

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT ĐẶT MESH 4 NHÁNH TRONG ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG Ở PHỤ NỮ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Văn Ân¹, Phạm Huy Vũ¹,
Đoàn Vương Kiệt¹, Lê Trương Tuấn Đạt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt mesh 4 nhánh trong điều trị sa bàng quang (BQ) ở phụ nữ tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu báo cáo loạt trường hợp; trên những bệnh nhân (BN) nữ mắc bệnh lý sa bàng quang; đã được phẫu thuật ngã âm đạo (ÂĐ) đặt mesh 4 nhánh tại khoa Niệu học chức năng của BV ĐHYD TP.HCM từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2023. Chỉ định mổ là sa BQ mức độ nặng. Theo dõi hiệu quả điều trị, tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ tại các mốc thời gian: ngay sau mổ, 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng và hằng năm.

Kết quả: Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 37 BN nữ mắc bệnh lý sa BQ, có chỉ định phẫu thuật và đồng ý can thiệp bằng phương pháp đặt mesh 4 nhánh ngã ÂĐ. Các đặc điểm được ghi nhận bao gồm: tuổi trung bình là 62,1 tuổi $\pm$ 7,36 (45 – 78); Thời gian mổ trung bình là 54,6 phút $\pm$ 13,2 (30 – 85); Thời gian nằm viện trung bình là 2,6 ngày (1 – 3); Thời gian theo dõi trung bình là 22,9 tháng $\pm$

16,9 (2 – 51); tỉ lệ thành công chung đạt 100%. Tai biến trong mổ không ghi nhận.

Kết luận: Phẫu thuật ngã ÂĐ đặt mesh 4 nhánh điều trị sa BQ vẫn còn được rất nhiều tác giả trên thế giới tin tưởng vì tính an toàn và hiệu quả. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng đã gạt hái được điều đó với tỉ lệ thành công rất cao mà không gặp biến chứng nặng nề, nguy hiểm.

Từ khoá: Sa bàng quang, mesh 4 nhánh, phẫu thuật ngã âm đạo.

SUMMARY

EFFICIENCY AND SAFETY OF 4-BRANCH MESH PROCEDURE IN TREATING THE WOMEN CYSTOCELE AT THE UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC

Objective: To evaluate the effectiveness and safety of 4-branch mesh procedure in treating the women cystocele at the University Medical Center HCMC (UMC)

Method: This is a case series report about female patients with cystocele undergoing 4-branch mesh procedure at the Department of Functional Urology of UMC from January 2019 to May 2023. Surgical indication was cystocele severity. Follow-up after surgery immediately and 6 weeks, 3 months, 6 months, 1 year then every year after that.

Results: During the study period, we collected 37 female patients with cystocele, indicated for surgery and agreed with 4-branch mesh procedure. The recorded characteristics

¹Khoa Niệu học chức năng, Bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Huy Vũ

Email: vu.ph@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 13/6/2023

include: mean age was 62.1 ± 7.36 (45 – 78); The average surgery time was 54.6 minutes ± 13.2 (30 – 85); Average hospital stay was around 2.6 days (1 – 3); The mean follow-up time was 22.9 months ± 16.9 (2 – 51); The overall success rate was 100%; Intraoperative complications were not recorded.

Conclusion: The 4-branch mesh procedure is still trusted by many authors around the world because of its safety and effectiveness. This study of ours also achieved that with a very high success rate without serious and dangerous complications.

Keywords: Cystocele, 4-branch mesh, transvaginal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa BQ ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước ÂĐ suy yếu và không còn đủ khả năng giữ chắc nội tạng vùng chậu đúng vị trí, chiếm khoảng 25% – 34% các trường hợp sa cơ quan đáy chậu. Sa BQ mức độ nhẹ có thể điều trị bảo tồn, nhưng khi ở mức độ nặng thường phải được can thiệp bằng phẫu thuật do gây ra những triệu chứng như: nặng tức vùng hạ vị - tầng sinh môn, nhiễm khuẩn hay viêm loét ÂĐ, nhiễm khuẩn đường tiểu hay rối loạn tiểu. Phẫu thuật sửa thành trước ÂĐ ra đời từ rất lâu với phẫu thuật Kelly (1913) nhưng còn tỉ lệ tái phát cao; tiếp sau đó là các tác giả Ulmsten (1995) với phẫu thuật TVT, tác giả Delorme (2001) cha đề phẫu thuật TOT. Tuy nhiên, điểm nhấn của phẫu thuật điều trị sa BQ phải kể đến tác giả Julian (1996) với phương pháp sử dụng mesh nâng đỡ BQ, hiện vẫn được nhiều tác giả áp dụng và cho thấy hiệu quả điều trị tốt hơn hẳn phẫu thuật kinh điển^[8]. Tại Việt Nam, hơn 10 năm trước đã có các tác giả sử dụng mesh trong điều trị sa BQ với hiệu quả cao, ít tai biến và biến chứng, cũng như mang lại sự hài

lòng cho bệnh nhân (BN); có thể kể đến các tác giả: Nguyễn Văn Ân (2011), Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), Nguyễn Trung Vinh (2012)^[1,2]....Tuy nhiên, nhận thấy số lượng các nghiên cứu về phương pháp này tại Việt Nam chưa nhiều, nên chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích: **Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt mesh 4 nhánh trong điều trị sa BQ ở phụ nữ tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả BN nữ sa BQ được phẫu thuật đặt mesh 4 nhánh qua ngã ÂĐ tại khoa Niệu học Chức năng, bệnh viện ĐHYD TP.HCM từ tháng 1/2019 đến tháng 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- BN sa BQ theo thang điểm POP-Q^[9]: Độ III trở lên hoặc độ II nhưng có triệu chứng gây khó chịu làm giảm chất lượng cuộc sống

- Không kèm theo sa khoang giữa và khoang sau mức độ nặng

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN không tái khám theo hẹn, mất liên lạc, số liệu theo dõi không đầy đủ

- BN đang có tình trạng viêm nhiễm hoặc các bệnh lý ác tính của âm hộ và các cơ quan vùng chậu...

- BN bị mắc các bệnh nền chưa điều trị ổn: bệnh tim mạch, bệnh đái tháo đường, rối loạn đông máu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu hồi cứu, báo cáo loạt trường hợp

Các biến số nghiên cứu: tỷ lệ thành công, tuổi, BMI, thời gian mổ, thời gian nằm viện, lượng máu mất, biến chứng trong lúc mổ và sau mổ.

Đánh giá mức độ hiệu quả:

- Tốt: độ sa BQ sau mổ đạt POP-Q độ 0
- Khá: độ sa BQ sau mổ đạt POP-Q độ I
- Kém: độ sa BQ sau mổ đạt POP-Q độ II

Các bước phẫu thuật: BN được gây tê tùy sống hoặc gây mê, nằm tư thế sản khoa. Rạch thành trước ÂĐ, bóc tách thành sau BQ

ra khỏi thành trước ÂĐ qua hai bên về phía lỗ bịt. Dùng kim chuyên dụng xuyên thích qua lỗ bịt 2 bên, soi bàng quang kiểm tra, đặt mesh 4 nhánh. Khâu lại thành trước ÂĐ, nhét gạc âm đạo có tẩm betadine, đặt thông tiểu lưu (thông tiểu và gạc thường rút trong vòng 24 tiếng sau mổ)



A



B



C

Hình 1: A – Sa BQ trước mổ / B – Xẻ dọc thành trước ÂĐ / C – Sau khi đặt mesh 4 nhánh

Loại mesh được sử dụng là 4 nhánh của công ty Dynamesh® (Đức), là loại mesh tổng hợp trọng lượng nhẹ do giảm diện tích thực nhờ có sợi lưới nhỏ cùng lỗ lưới lớn, với vật liệu được chế tạo là PVDF^[7]



Hình 2: Các vị trí đâm kim xuyên thích để đặt mesh 4 nhánh

Theo dõi sau mổ

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: ngay sau mổ, sau mổ 6 tuần, 3 tháng, 6 tháng và hằng năm
- Ghi nhận các tai biến – biến chứng và cách xử lý

Thống kê, xử lý số liệu: bằng Microsoft Excel và SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 37 BN với kết quả như sau:

Bảng 1: Các số liệu nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Min	Max
Tuổi	62,1	7,36	45	78
BMI	23,07	2,58	19,5	27,6
Độ sa BQ trước mổ	2,9	0,4	2	4
Aa trước mổ	1,85	1,04	-1	3,5
Ba trước mổ	3,32	0,68	2	5
C trước mổ	-0,5	1,6	-5	2,5
Độ sa BQ sau mổ theo POP-Q	0,1	0,3	0	1
Aa sau mổ	-1,5	2,12	-3	0
Ba sau mổ	-1	1,41	-2	0
C sau mổ	-4,5	0,7	-5	-4
Thời gian mổ (phút)	54,6	13,2	30	85
Lượng máu mất (mL)	25,7	11,9	20	50
Thời gian nằm viện (ngày)	2,6	0,6	1	3
Thời gian theo dõi (tháng)	22,9	16,9	2	51

- Nhìn chung, mẫu nghiên cứu đều từ độ tuổi trung niên trở lên; BMI ở mức độ trung bình, không quá ốm không quá mập.

- Hầu hết BN là sa BQ độ III (89%), còn lại là sa BQ độ II (8%) và sa BQ độ IV (3%)

- Thời gian mổ dao động trong khoảng 54 phút.

- Có 3 trường hợp (TH) (8,1%) thời gian mổ kéo dài trên 80 phút, trong đó:

+ 1 TH do bóc tách khó khăn vì dính nhiều từ thất bại của phẫu thuật khâu treo âm đạo trước đây;

+ 2 TH bị tiểu không kiểm soát khi gắng sức, có kèm suy cơ thất nội tại, được phẫu thuật trong cùng cuộc mổ với 2 nhánh trước

thực hiện phương pháp TVT hiệu chỉnh được (adjustable TVT) nên phải soi BQ kiểm tra 2 lần.

- Lượng máu mất không đáng kể, chỉ dao động khoảng 20 - 50 ml (tính dựa trên ước lượng máu thấm gạc).

- Thời gian nằm viện từ 1 – 3 ngày, trung bình là 2,6 ngày.

- Thời gian theo dõi BN trung bình là 22,6 tháng, thấp nhất là 2 tháng và dài nhất là 51 tháng, không ghi nhận tái phát hay biến chứng phát sinh thêm.

- Sau mổ 100% BN đạt mục tiêu phẫu thuật về giải phẫu (độ sa BQ theo POP-Q < II).

Bảng 2: Hiệu quả điều trị

Đánh giá mức độ hiệu quả	Số lượng (BN)	Tỉ lệ (%)
Tốt	35	94,6
Khá	2	5,4
Kém	0	0
Tổng cộng	37	100

Về tai biến, biến chứng:

- Không có trường hợp nào thủng bàng quang hay tổn thương mạch máu lớn trong lúc mổ.

- Không ghi nhận trường hợp nào tụ máu vùng âm đạo hoặc hố chậu nặng mà cần phải can thiệp lại.

- Về nhiễm khuẩn vết mổ, lộ mesh sau mổ, trong mẫu nghiên cứu cũng không ghi nhận trường hợp nào.

- Có 6 trường hợp đau vùng chậu sau mổ, trong số đó 5 trường hợp (13,5%) chỉ cần điều trị nội khoa, giảm đau thông thường; còn 1 trường hợp đã bị hội chứng đau vùng

chậu từ trước khi phẫu thuật nên sau mổ vẫn còn đau kéo dài, BN sau đó được mổ lấy lưới theo yêu cầu nhưng sau mổ vẫn còn đau vùng chậu và tiếp tục được điều trị nội khoa tích cực.

- 3 trường hợp (8,1%) tiểu khó nhẹ, tiểu nhiều lần, tiểu gấp sau mổ, được kiểm tra nước tiểu phát hiện có nhiễm khuẩn niệu và đều cải thiện tốt sau 1 tuần điều trị nội khoa.

- 1 trường hợp (2,7%) bí tiểu sau mổ, được cho mang thông tiểu ra viện và điều trị nội khoa 1 tuần, sau đó rút thông tiểu thì tiểu lại được bình thường.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Về hiệu quả điều trị:****Bảng 3: So sánh hiệu quả điều trị với các tác giả khác**

Tác giả	Số TH	Thời gian theo dõi (tháng)	Tỉ lệ thành công (%)
Adhoue (2004) ^[4]	52	27	95
De Tayrac (2006) ^[5]	63	37	89
Fekete (2018) ^[6]	62	12	96,8
N.V.Ân (2011) ^[1]	21	12	95,2
V.T.T.Phong (2019) ^[3]	32	12	100
Chúng tôi (2023)	37	23	100

Weber năm 2001 đưa ra tiêu chuẩn thành công sau phẫu thuật đặt mesh điều trị sa BQ là đạt được mức độ sa BQ theo POP-Q < II, do đó mẫu nghiên cứu của chúng tôi đạt tỉ lệ thành công là 100%, gần tương đồng khi so sánh với các tác giả khác trong khoảng 10 năm trở lại đây. Có thể lý giải là vì các tác giả gần đây đã kế thừa và phát triển thuần

thực hơn về kỹ thuật mổ (chẳng hạn cũng chính tác giả N.V.Ân 10 năm trước thực hiện cùng phương pháp phẫu thuật tại BV Bình Dân, với thời gian theo dõi trung bình ngắn hơn, nhưng có tỉ lệ thành công là 95,2% thấp hơn hiện tại).

4.2. Về tai biến - biến chứng:

Bảng 4: So sánh tai biến – biến chứng với các tác giả khác

Tác giả	Tổn thương BQ	Tổn thương niệu quản	Tổn thương ruột	Thủng thành trước ÂĐ	Chảy máu nặng	Đau vùng chậu sau mổ	Nhiễm khuẩn vết mổ	Khó tiểu nặng, bí tiểu	Lộ mesh
Adhoue (2004) ^[4]									3,8%
De Tayrac (2006) ^[5]						5,5%			9,1%
Fekete (2018) ^[6]	1,6%			1,6%		1,6%			
N.B.M.Nhi (2011) ^[2]	1,8%			9,5%					3,03%
V.T.T.Phong (2019) ^[3]				3,1%		3,1%			
Chúng tôi (2023)						13,5%		2,7%	

Nhìn chung, khi so sánh với các tác giả khác trong y văn thì loạt bệnh này của chúng tôi không có biến chứng nguy hiểm như: tổn thương đường niệu, tổn thương ruột hay mạch máu lớn. Đối với các biến chứng khác:

- Đau vùng chậu là biến chứng gặp nhiều nhất trong loạt bệnh của chúng tôi, và cũng khá cao so với các tác giả khác. Tuy nhiên tất cả BN đều ở mức độ đau nhẹ và chỉ cần điều trị nội khoa giảm đau thông thường.

- Chúng tôi gặp 1 TH bí tiểu sau mổ, được điều trị nội khoa 1 tuần thì tiểu lại được như trước mổ nhưng tốc độ dòng tiểu chỉ ở mức trung bình; có thể BN này đã có tiềm ẩn bệnh lý suy cơ Detrusor nhưng chúng tôi đã không khảo sát trước mổ vì phép đo áp lực bàng quang không được dùng thường quy cho phẫu thuật đặt mesh 4 nhánh.

- Lộ mesh là loại biến chứng muộn, gây phiền hà cho BN và phẫu thuật viên vì cần mổ lại để loại bỏ mesh, cũng như khó sửa chữa lại thành ÂĐ. Cho đến nay, chúng tôi chưa gặp TH nào bị lộ mesh với phẫu thuật ngã ÂĐ dùng mesh 4 nhánh để điều trị sa BQ.

V. KẾT LUẬN

Dù hiện nay phẫu thuật ngã ÂĐ để đặt mesh điều trị sa BQ đang gặp tranh cãi sau lệnh cấm của Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA-US) tại Mỹ từ đầu năm 2019. Tuy nhiên vẫn còn rất nhiều tác giả trên thế giới tin tưởng phương pháp này vì tính an toàn và hiệu quả. Nghiên cứu này của chúng tôi cũng đã đạt được điều đó với tỉ lệ thành công rất cao mà không gặp biến chứng nặng nề, nguy hiểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ân và cs** (2011), “Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt”, Tạp chí Y học Thực hành, số 718+719, tr.364-369.
2. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi và cs** (2011), “Đánh giá bước đầu phẫu thuật điều trị sa tạng chậu nữ có đặt mảnh ghép tổng hợp tại Bệnh viện Từ Dũ”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, số 2, tr.3-9.
3. **Võ Trọng Thanh Phong và cs** (2019), “Đánh giá kết quả điều trị sa bàng quang ở phụ nữ bằng giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt”, Tạp chí Y học Thực hành, tập 24, số 1, tr.192-198.
4. **Adhoue F et al** (2004), “Use of transvaginal polypropylene mesh (GyneMesh) for the treatment of pelvic floor disorders in women. Prospective study in 52 patients”, Program Urology, 2, pp.192-196 .
5. **De Tayrac R et al** (2006), “Long-term anatomical and functional assessment of transvaginal cystocele repair using a tension-free polypropylene mesh”, International Urogynecology Journal and Pelvic Floor Dysfunction, 5, pp.483-488.
6. **Fekete Z et al** (2018), “Does anchoring vaginal mesh increase the potential for correcting stress incontinence?”, BMC Urology, 1, pp.33.
7. **Jens Otto et al** (2013), “Elongation of textile pelvic floor implants under load is related to complete loss of effective porosity, thereby favoring incorporation in scar plates”, JBMR, 102, 4, pp.1079-1084.
8. **Julian TM et al** (1996), “The efficacy of Marlex mesh in the repair of severe, recurrent vaginal prolapse of the anterior midvaginal wall”. Am J Obstet Gynecol, 175, pp.1472-5.
9. **Kathleen C et al** (2012) “Evaluation of Patients with Urinary Incontinence and Pelvic Prolapse”. Campbell-Walsh Urology 12th, pp.2525-2538.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG KHỞI PHÁT MỚI SAU GHÉP THẬN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Thị Ánh¹, Nghiêm Trung Dũng², Đỗ Gia Tuyền¹
Đặng Thị Việt Hà¹, Cao Thị Như¹, Nguyễn Thị An Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỉ lệ đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai và đánh giá một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên 183 bệnh nhân được ghép thận và theo dõi ngoại trú sau ghép tại bệnh viện Bạch Mai từ 3 tháng trở lên trong giai đoạn năm 2016 – 2023, loại trừ các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường trước ghép thận.

Kết quả: Có 34 bệnh nhân mắc đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận, chiếm tỉ lệ 18,6% trong tổng số 183 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân được định lượng nồng độ glucose máu lúc đói hàng tháng sau ghép. Thời điểm khởi phát đái tháo đường sau ghép chủ yếu xảy ra trong năm đầu tiên sau ghép, 26/34 (chiếm tỉ lệ 76,5%). Các yếu tố liên quan đến tình trạng đái tháo khởi phát mới sau ghép thận bao gồm: Tuổi trung bình của nhóm NODAT là $46,41 \pm 11,27$ cao hơn so với nhóm Non – NODAT. BMI trung bình trước ghép thận và sau ghép thận 3 tháng của nhóm NODAT là $22,07 \pm 3,5$ và $21,71 \pm 4,04$ cao hơn so với nhóm non-NODAT. Trong nhóm NODAT, số

bệnh nhân có nguồn cho thận không cùng huyết thống là 24 (70,6%) cao hơn số bệnh nhân có nguồn cho thận cùng huyết thống, $p < 0,05$. Tỉ lệ bệnh nhân phát hiện tiền đái tháo đường (48%) và đái tháo đường (78,6%) 3 tháng sau ghép trong nhóm NODAT lớn hơn so với nhóm không NODAT.

Kết luận: Đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận là tình trạng không hiếm gặp. Phát hiện sớm, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ sẽ giúp giảm tỉ lệ tiến triển thành NODAT và hạn chế các biến chứng nặng nề đối với người bệnh.

Từ khóa: NODAT, đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận, ghép thận, bệnh viện Bạch Mai.

SUMMARY

NEW-ONSET DIABETES AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION AND PREVALENCE FACTORS AT BACH MAI HOSPITAL

Purpose: To determine the rate of new-onset diabetes patients after kidney transplantation (NODAT) at Bach Mai Hospital and prevalence factors.

Subjects and methods: A retrospective study was conducted on 183 patients who were not diabetic before transplant and underwent renal transplantation and was followed by doctor at the Renal Transplant Clinic and the Department of Nephro-Urology of Bach Mai Hospital from 2016 to 2023.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

Email: ngiemtrungdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

Results: There were 34 patients (18.6%) diagnosed NODAT among 183 kidney transplant recipients at Bach Mai hospital. Patients were tested for impaired fasting glucose (IFG) month by month after transplantation. The majority of patients 26/34 (76.5%) developed NODAT within the first year of transplantation. Some factors are related between NODAT such as: The average age of patients was 46.41 ± 11.27 years which was higher than Non – NODAT. The average BMI of patients before transplantation and after transplantation for 3 months were 22.07 ± 3.5 and 21.71 ± 4.04 which was higher than Non – NODAT. In the NODAT group, the number of patients with unrelated kidney donors was 24 (70.6%) higher than the number of patients with related kidney donors, $p < 0.05$. The proportion of patients diagnosed with prediabetes (48%) and diabetes (78.6%) 3 months after transplantation in the NODAT group was greater than that in the non-NODAT group.

Conclusion: NODAT is a frequent complication of kidney transplantation. Recognition of the associated factors may help to prevent this condition and minimize progression to NODAT and its potentially severe complications.

Keywords: NODAT, New-onset diabetes after transplantation, kidney transplantation, Bach Mai hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính là một vấn đề sức khỏe có tính toàn cầu. Các phương pháp điều trị thay thế với bệnh thận mạn luôn là vấn đề được quan tâm. Trong đó, ghép thận là phương pháp mang lại hiệu quả cao. Mặc dù,

tỉ lệ sống còn của thận ghép và bệnh nhân ghép thận hiện nay đã được cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, vẫn còn một số biến chứng sau ghép ảnh hưởng lớn tới kết quả điều trị. Trong đó, cần kể đến biến chứng đái tháo đường khởi phát mới sau ghép (New-Onset Diabetes After Transplantation – NODAT).

Trong nhiều năm, do chưa có một tiêu chuẩn chẩn đoán thống nhất về tình trạng bệnh này nên tỉ lệ chính xác của NODAT rất khó xác định. Mặc dù vậy, một số nghiên cứu đã đưa ra tỉ lệ NODAT sau ghép thận là 4% đến 25% [1].

Các yếu tố nguy cơ của NODAT có thể thay đổi được hoặc không thay đổi được, trước ghép hoặc sau ghép như tuổi, giới, nguồn cho thận, cân nặng trước ghép, cân nặng sau ghép, nhiễm virus như HBV, HCV, CMV; tình trạng tiền đái tháo đường trong những thời gian đầu sau ghép, ...

Tóm lại, tình trạng đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận, nếu không được kiểm soát tốt sẽ gây ra rất nhiều hậu quả như thải ghép, nhiễm trùng, giảm chức năng mảnh ghép, các biến cố tim mạch, từ đó dẫn đến giảm tỉ lệ sống của bệnh nhân sau ghép thận, ... [2]. Từ những cơ sở trên, cần nhận định NODAT là một biến chứng sau ghép thận có thể dẫn tới nhiều hậu quả nặng nề, ảnh hưởng lớn đến thời gian sống của mảnh ghép và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Việc tầm soát NODAT thường xuyên để phát hiện và điều trị sớm nhất là cần thiết, nhưng, trên thực tế không phải lúc nào người bệnh sau ghép thận cũng được theo dõi tình trạng đường huyết đúng – đủ thời gian.

Hiện nay, cơ sở dữ liệu về tỉ lệ NODAT cũng như các yếu tố nguy cơ liên quan đến bệnh lý này tại Việt Nam còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “Đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai”. Đề tài được tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát tỉ lệ đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới đái tháo đường khởi phát mới ở nhóm đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được ghép thận và theo dõi ngoại trú sau ghép tại bệnh viện Bạch Mai từ 3 tháng trở lên trong giai đoạn năm 2016 – 2023, loại trừ các bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường trước ghép thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu mô tả, hồi cứu; áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Xử lý số liệu

- Thiết kế và nhập số liệu, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0
- Giá trị trung bình được biểu diễn dưới dạng $\bar{x} \pm SD$.
- Mức giá trị xác suất $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

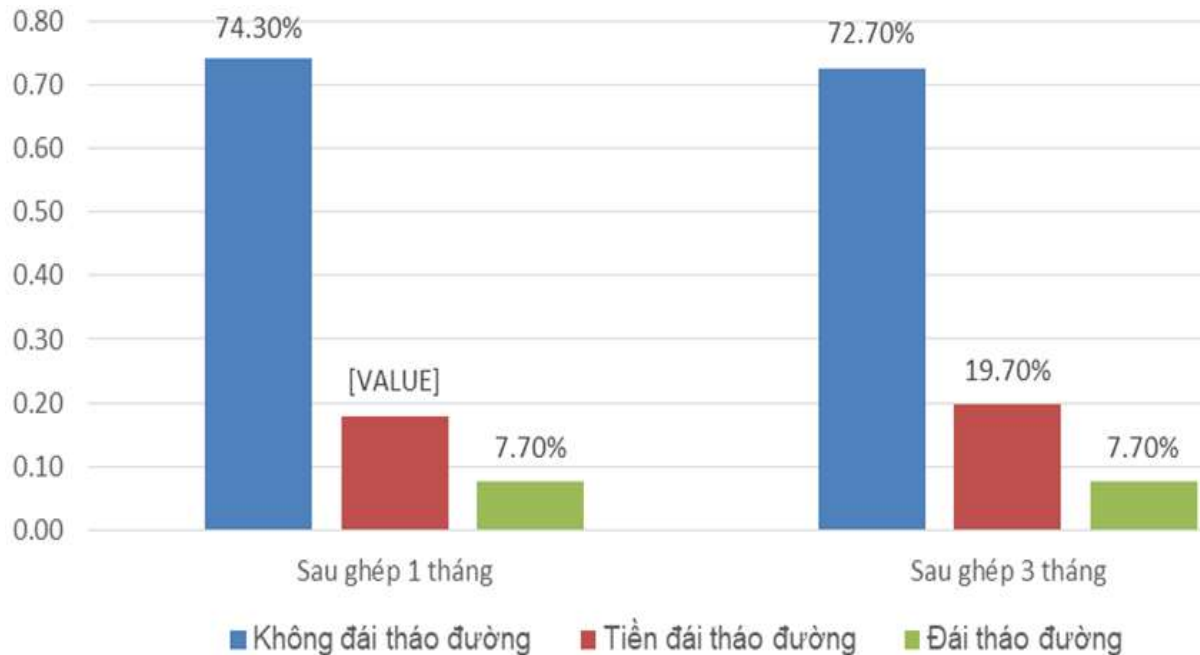
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai và đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin nhân khẩu học	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Nam	126	68,9
Nữ	57	31,1
NODAT	34	18,6
Non – NODAT	149	81,4
NODAT trước 1 năm	26	76,5
NODAT sau 1 năm	8	23,5

Nhận xét: Trong số 183 bệnh nhân có 126 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 68,9%; 57 bệnh nhân nữ chiếm 31,1%. Tỉ lệ bệnh nhân NODAT chiếm 18,6% (n=34). Thời điểm chẩn đoán NODAT chủ yếu trong năm đầu tiên sau ghép thận. Cụ thể, có 26 bệnh nhân chẩn đoán trong năm đầu sau ghép (chiếm tỉ lệ 76,5%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ không đái tháo đường, tiền đái tháo đường và đái tháo đường thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau ghép thận

Nhận xét:

Theo dõi đường máu 1 tháng sau ghép thận: Tỷ lệ không đái tháo đường, tiền đái tháo đường và đái tháo đường lần lượt là 74,3% (n=136); 18% (n=33) và 7,7% (n=14).

Theo dõi đường máu 3 tháng sau ghép thận: Tỷ lệ không đái tháo đường, tiền đái tháo đường và đái tháo đường lần lượt là

72,7% (n=133); 19,7% (n=36) và 7,7% (n=14).

3.2. Một số yếu tố liên quan tới đái tháo đường khởi phát mới ở nhóm đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Mối liên quan giữa yếu tố tuổi và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 2: Mối liên quan giữa yếu tố tuổi và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhóm	Tuổi trung bình	Độ lệch chuẩn	P
NODAT (n=34)	46,41	11,27	< 0,001
Non – NODAT (n=149)	35,92	9, 3	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của nhóm NODAT là 46, 41 ± 11,27) cao hơn so với độ tuổi trung bình của nhóm Non – NODAT là 35,92 ± 9,24. P < 0,001. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (Bảng 2).

3.2.2. Mối liên quan giữa BMI trước và sau ghép thận với đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 3: Mối liên quan giữa BMI trước và sau ghép thận và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhóm	BMI trung bình trước ghép	BMI trung bình sau ghép 3 tháng
NODAT	22,07 ± 3,5	21,71 ± 4,04
Non – NODAT	20,23 ± 2,67	20,38 ± 2,56
p	0,001	0,015

Nhận xét: BMI trung bình trước ghép thận của nhóm NODAT là 22,07 ± 3,5 cao hơn so với nhóm Non – NODAT là 20,23 ± 2,67. Với p= 0,001 <0,05 cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. BMI trung bình sau ghép thận 3 tháng của nhóm NODAT là

21,71 ± 4,04 cao hơn nhóm Non – NODAT là 20,38 ± 2,56; p= 0,015 <0,05 cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2.3. Mối liên quan giữa nguồn cho thận và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 4: Mối liên quan giữa nguồn cho thận và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhóm	Nguồn cho thận không cùng huyết thống		Nguồn cho thận cùng huyết thống		P
	n	%	n	%	
NODAT	24	70,6	10	29,4	0,046

Nhận xét: Trong nhóm NODAT, số bệnh nhân có nguồn cho thận không cùng huyết thống là 24 (70,6%) cao hơn số bệnh nhân có nguồn cho thận cùng huyết thống là 10 (29,4%). Trong nghiên cứu này, p=0,048

<0,05 cho thấy sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Mối liên quan giữa đường máu trong 3 tháng sau ghép và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 5: Mối liên quan giữa đường máu trong 3 tháng sau ghép và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhóm	Đường máu 3 tháng sau ghép						P
	Không đái tháo đường		Tiền đái tháo đường		Đái tháo đường		
	n	%	n	%	n	%	
NODAT	7	20,6	13	38,2	14	41,2	0,000
Non – NODAT	126	84,6	23	15,4	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tiền đái tháo đường (38,2%) và đái tháo đường (41,2%) ở thời điểm 3 tháng sau ghép trong nhóm NODAT lớn hơn so với nhóm Non –

NODAT (tỷ lệ lần lượt là 15,4% và 0%); p < 0,001, khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2.5. Mối liên quan giữa yếu tố nhiễm HBV, HCV, CMV và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 6: Mối liên quan giữa tiền sử nhiễm HBV, HCV, CMV và tái phát đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

	NODAT (n=34)		Non – NODAT (n=149)		p
	n	%	n	%	
Nhiễm VGB	2	5,9	18	12,1	0.238
Nhiễm VGC	3	8,8	19	12,8	0.383
Nhiễm CMV	18	52,9	99	66,4	0.101

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm VGB, VGC, CMV ở nhóm NODAT lần lượt là 5,9%; 8,8% và 52,9%. Tỷ lệ này ở nhóm Non – NODAT lần lượt là 12,1%, 12,8% và 66,4%. $p > 0,05$, không có sự khác biệt về NODAT giữa các nhóm có tiền sử viêm gan B, viêm gan C và CMV.

3.2.6. Mối liên quan giữa nồng độ Tacrolimus trung bình trong 1 tháng và 3 tháng đầu sau ghép thận với tái phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ Tacrolimus trung bình trong 1 tháng và 3 tháng đầu sau ghép thận với tái phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhóm	Nồng độ Tacrolimus trung bình 1 tháng sau ghép (ng/ml)	Nồng độ Tacrolimus trung bình 3 tháng sau ghép (ng/ml)
NODAT (n=34)	$8,91 \pm 2,89$	$7,84 \pm 2,45$
Non – NODAT (n=149)	$8,42 \pm 2,91$	$7,87 \pm 2,36$
P	0,376	0,948

Nhận xét: Nồng độ Tacrolimus trung bình 1 tháng sau ghép ở nhóm NODAT và Non – NODAT lần lượt là $8,91 \pm 2,89$ và $8,42 \pm 2,91$. $P > 0,05$, vậy không thấy sự khác biệt về nồng độ Tacrolimus trung bình 1 tháng sau ghép ở 2 nhóm.

Nồng độ Tacrolimus trung bình 3 tháng sau ghép ở nhóm NODAT và Non – NODAT lần lượt là $7,84 \pm 2,45$ và $7,87 \pm 2,36$. $P > 0,05$, vậy không thấy sự khác biệt về nồng độ Tacrolimus trung bình 3 tháng sau ghép ở 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tái phát đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai và đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trên 183 trường hợp được ghép thận và theo dõi ngoại

trú sau ghép tại bệnh viện Bạch Mai từ 3 tháng trở lên giai đoạn năm 2016 – 2023 đáp ứng đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu.

Chúng tôi ghi nhận có 34 trường hợp được chẩn đoán mắc tái phát đường khởi phát mới sau ghép thận, chiếm tỷ lệ 18,6%. Tỷ lệ này tương đồng với kết quả 17,9% bệnh nhân NODAT của tác giả B. Lockridge MD thực hiện năm 2021 trên 261 đối tượng người Mỹ gốc châu Á [3]. So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tường thực hiện năm 2018 tại bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ NODAT là 15,35 % trong tổng số 508 bệnh nhân thì tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn. Sự khác biệt này có thể do sự thay đổi về nhu cầu dinh dưỡng và sự tăng BMI của người Việt Nam trong những năm gần đây theo kết quả nghiên cứu của Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia Việt Nam [4].

Thời điểm chẩn đoán NODAT chủ yếu trong năm đầu tiên sau ghép (tỉ lệ 76,5%), kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hoàng Khắc Chuẩn thực hiện năm 2019 tại bệnh viện Chợ Rẫy (tỉ lệ 79%) và nghiên cứu của tác giả Okumi (2017) tại Nhật Bản [5] [6].

4.2. Một số yếu tố liên quan tới đái tháo đường khởi phát mới ở nhóm đối tượng nghiên cứu

- Mỗi liên quan giữa yếu tố tuổi và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả độ tuổi trung bình của nhóm NODAT là 46, 41 (SD= 11,27) cao hơn so với độ tuổi trung bình của nhóm non-NODAT là 35,92 (SD=9,24).

$P < 0,001$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Có nhiều nghiên cứu trên thế giới và trong nước cũng ghi nhận kết quả tương tự. Theo nghiên cứu của tác giả Rodrigo thực hiện năm 2006, tuổi là yếu tố nguy cơ cho thấy có sự liên quan nhiều nhất đến đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận [7]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Khắc Chuẩn (2019) cũng cho kết quả: tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm NODAT cao hơn nhóm bệnh nhân không NODAT (48,8 tuổi so với 34,5 tuổi) có ý nghĩa thống kê [5].

- Mỗi liên quan giữa BMI trước và sau ghép thận với đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả BMI trung bình trước ghép thận của nhóm NODAT là $22,07 \pm 3,5$ và sau ghép thận 3 tháng là $21,71 \pm 4,04$ cao hơn so với nhóm Non – NODAT, có ý nghĩa thống kê. Tác giả Santosh Kumar thực hiện nghiên cứu năm 2018 cũng kết luận BMI trung bình của nhóm NODAT cao hơn ở nhóm non-

NODAT (lần lượt là $25,09 \pm 4,44$ và $20,53 \pm 3,33$) [8]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Khắc Chuẩn cũng ghi nhận tình trạng béo phì hoặc thừa cân có nguy cơ tương đối với NODAT cho bệnh nhân BMI từ 25 -30 kg/m² và > 30 kg/ m² lần lượt là 1,4 và 1,8 [5]. Đây là yếu tố có thể tác động thay đổi được nên cần giáo dục nhận thức người bệnh sớm ngay từ trước khi ghép thận, giảm nguy cơ tiến triển thành NODAT về sau.

- Mỗi liên quan giữa nguồn cho thận và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả trong nhóm NODAT, số bệnh nhân có nguồn cho thận không cùng huyết thống là 24 (70,6%) cao hơn số bệnh nhân có nguồn cho thận cùng huyết thống là 10 (29,4%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Đây là điểm mới chưa được thực hiện và ghi nhận ở các nghiên cứu trước đây.

- Mỗi liên quan giữa đường máu 3 tháng sau ghép và đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Tỉ lệ bệnh nhân phát hiện tiền đái tháo đường (38,2%) và đái tháo đường (41,2%) ở thời điểm 3 tháng sau ghép trong nhóm NODAT lớn hơn so với nhóm Non – NODAT (tỉ lệ lần lượt là 15,4% và 0%). ($P < 0,001$). Nghiên cứu của tác giả Song Yu (2016) trên 418 bệnh nhân sau ghép tại Hàn Quốc cũng cho thấy tỉ lệ NODAT cao hơn hẳn (84%) là xuất hiện trong 3 tháng đầu tiên [9]. Kết quả này cho thấy tiền đái tháo đường ở thời gian đầu sau ghép có giá trị cảnh báo về nguy cơ NODAT sau đó, trong quá trình điều trị cần phát hiện và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ với người bệnh ngay từ giai đoạn sớm.

- Mọi liên quan giữa tiền sử nhiễm HBV, HCV, CMV và đái tháo đường khởi phát mới bệnh nhân sau ghép thận

Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử nhiễm HBV, HCV và CMV với NODAT. Nghiên cứu của tác giả Archana thực hiện năm 2016 trên 115 bệnh nhân tại trường cao đẳng y tế Stanley [10] và nghiên cứu của tác giả Hoàng Khắc Chuẩn cũng có kết luận tương tự [5]. Tuy nhiên, cũng có một số nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa HCV và CMV với NODAT. Cụ thể, theo nghiên cứu của Fabrizi F và Martin P, bệnh nhân nhiễm viêm gan C có khả năng mắc NODAT cao hơn gần bốn lần so với những người không bị nhiễm bệnh [11].

- Mọi liên quan giữa nồng độ Tacrolimus trung bình trong 1 tháng và 3 tháng đầu sau ghép thận với đái tháo đường khởi phát mới ở bệnh nhân sau ghép thận

Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Tacrolimus trung bình trong 1 tháng và 3 tháng đầu sau ghép thận với NODAT.

Tuy nhiên, có một số nghiên cứu cho kết luận khác biệt. Cụ thể, theo nghiên cứu của Johnson C, nồng độ tacrolimus >15 ng/mL có liên quan đến sự khởi phát NODAT sau một năm [12]. Nghiên cứu của tác giả Hoàng Khắc Chuẩn cũng kết luận sử dụng Tacrolimus gây tăng nguy cơ NODAT [5]. Tacrolimus thuộc nhóm ức chế Calcinerin được sử dụng rộng rãi sau ghép thận. Có nhiều cơ chế dẫn tới tăng đường huyết khi sử dụng nhóm thuốc ức chế miễn dịch này. Thứ nhất, sự giảm calcinerin sẽ gây giảm sản xuất Insulin, do sự giảm GLUT – 4 trên bề mặt tế bào mỡ, dẫn tới giảm sự vận chuyển glucose, ức chế sự hấp thu glucose ở tế bào. Thứ hai, Tacrolimus cũng gây giảm hoạt động của

enzyme glucokinase, ức chế sự giải phóng Insulin ngay cả khi đường máu tăng. Bên cạnh đó, CNI còn được cho là gây ức chế biểu hiện gene mã hóa cho Insulin. Kết quả của chúng tôi không tương đồng với các báo cáo trên có thể do yếu tố thời điểm khảo sát, bệnh nhân đã được điều chỉnh nồng độ thuốc để điều trị đái tháo đường và gây ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Đái tháo đường khởi phát mới sau ghép thận là tình trạng không hiếm gặp (tỉ lệ 18,6% trong nghiên cứu của chúng tôi). Tình trạng tiền đái tháo đường trong thời gian đầu sau ghép có giá trị cảnh báo về nguy cơ tiến triển thành NODAT sau đó. Các yếu tố nguy cơ liên quan có thể thay đổi được như BMI, nguồn cho thận...

Cần theo dõi sát, phát hiện sớm, điều chỉnh các yếu tố nguy cơ để giảm tỉ lệ NODAT và hạn chế các biến chứng nặng nề đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Solhjoo M, Kumar SC. New Onset Diabetes After Transplant. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2022. Accessed May 23, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544220/>
2. Dubois-Laforgue D. [Post-transplantation diabetes mellitus in kidney recipients]. Nephrol Ther. 2017;13 Suppl 1:S137-S146. doi:10.1016/j.nephro.2017.01.011
3. Lockridge JB, Pryor JB, Stack MN, et al. New onset diabetes after kidney transplantation in Asian Americans – Is there an increased risk? Transplant Rep. 2021;6(3):100080. doi:10.1016/j.tpr.2021.100080

4. **Kết quả điều tra Thừa cân - béo phì và một số yếu tố liên quan ở người Việt Nam 25- 64 tuổi.** Viện Dinh dưỡng Quốc gia Việt Nam. Accessed May 23, 2022. <https://viendinhduong.vn/vi/dinh-duong-nguoi-lon/>
5. **Hoàng Khắc Chuẩn và cộng sự.** Tình hình đái tháo đường sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp Chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2019;23 (3).
6. **Cosio FG, Kudva Y, van der Velde M et al** (2005). New onset hyperglycemia and diabetes are associated with increased cardiovascular risk after kidney transplantation. *Kidney Int*; 67:2415-2421
7. **Rodrigo E, Fernández-Fresnedo G, Valero R et al** (2006). Newonset diabetes after kidney transplantation: risk factors. *J Am Soc Nephrol*; 17:S291-S295
8. **Kumar S, Sanyal D, Das P, Bhattacharjee K, Rungta R.** An observational Prospective Study to Evaluate the Preoperative Risk Factors of New-onset Diabetes Mellitus after Renal Transplantation in a Tertiary Care Centre in Eastern India. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018;22(5):610-615. doi:10.4103/ijem.IJEM_121_18
9. **Yu H, Kim H, Baek CH, Baek SD, Jeung S, Han DJ, Park SK** (2016). Risk factors for new-onset diabetes mellitus after living donor kidney transplantation in Korea - a retrospective single center study. *BMC Nephrol*; 17:106
10. **Prevalence and risk factors for new onset diabetes mellitus after renal transplantation.** Accessed May 23, 2023. <http://repositorytnmgrmu.ac.in/14472/1/200100216archana.pdf>
11. **Fabrizi F, Martin P, Dixit V, Bunnapradist S, Kanwal F, Dulai G** (2005). Post-transplant diabetes mellitus and HCV seropositive status after renal transplantation: meta-analysis of clinical studies. *Am J Transplant*; 5(10):2433.
12. **Maes BD, Kuypers D, Messiaen T et al** (2001). Posttransplantation diabetes mellitus in FK-506-treated renal transplant recipients: analysis of incidence and risk factors. *Transplantation*; 72(10):1655.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT MỘT PHẦN THẬN ĐIỀU TRỊ BƯỚU THẬN KHU TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XUYỀN Á TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Vĩnh Bình¹, Phan Đức Hữu¹, Võ Đình Bảo¹, Phạm Cao Thập¹
Lê Khải Ngọc¹, Phan Huy Thông¹, Lâm Văn Chương¹, Nguyễn Đình Đức¹
Nguyễn Đoàn Ngọc Trán¹, Nguyễn Phước Vinh¹, Nguyễn Trần Nhựt Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bướu thận khu trú tại Bệnh viện Xuyen Á TP. Hồ Chí Minh bằng phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt trường hợp. Bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận giai đoạn T1, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận từ 03/2020 – 05/2023.

Kết quả: Có 5 trường hợp T1a và 3 trường hợp T1b. Kích thước bướu trung bình $37,8 \pm 14,1$ mm. Tuổi trung bình $55,1 \pm 8,1$ tuổi, tỉ lệ nam chiếm 87,5%. Thời gian mổ trung bình $145 \pm 33,9$ phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình $13,1 \pm 2,4$ phút. Lượng máu mất trung bình 100ml (50ml – 500ml) và 1 trường hợp truyền máu trong mổ. Có 7/8 trường hợp kẹp động mạch thận và tất cả đều khâu bằng chỉ V-loc. Giải phẫu bệnh 87,5% là RCC. Theo dõi đến hiện tại chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận có tính khả thi, an toàn, hiệu quả và dần thay thế mổ hở cũng như chỉ định cắt thận rộng trong điều trị bướu thận giai đoạn T1

Từ khóa: bướu thận, cắt một phần thận.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPI C PARTIAL NEPHRECTOMY TREATMENT LOCALIZED RENAL TUMOR IN XUYEN A GENERAL HOSPITAL – HO CHI MINH CITY

Objectives: Evaluate the treatment results of localized renal tumor at Xuyen A Hospital in Ho Chi Minh City by retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy.

Subjects and methods: Case series report. The patient was diagnosed with a stage T1 renal tumor, we performed retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy from 03/2020 to 05/2023.

Results: There are 5 cases of T1a and 3 cases of T1b. The average tumor size was 37.8 ± 14.1 mm. The mean age is 55.1 ± 8.1 years old, and the proportion of males is 87.5%. The average operation time was 145 ± 33.9 minutes. Mean warm ischemia time 13.1 ± 2.4 minutes. The average blood loss was 100ml (50ml – 500ml) and 1 case of intraoperative blood transfusion. There were 7/8 cases of renal artery clamping and all were sutured with V-loc sutures. Pathology 87.5% is RCC. The follow-up to date has not recorded any cases of recurrence.

Conclusion: Retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy is feasible, safe, effective, and gradually replace open surgery as well as an indication for radical nephrectomy in the treatment of stage T1 renal tumor.

Keywords: renal tumor, partial nephrectomy.

¹Bệnh viện Đa khoa Xuyen Á, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Võ Đình Bảo

Email: Vodinhbaoyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 20/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN, ung thư tế bào thận (RCC) đứng hàng thứ 3 trong ung thư hệ tiết niệu (sau ung thư tuyến tiền liệt và ung thư bàng quang), chiếm 4.6% tất cả ung thư và là loại ung thư đường tiết niệu gây tử vong cao nhất [5]. Vào năm 2020, ước tính có khoảng 431.288 trường hợp mắc RCC mới trên toàn cầu, và tỉ lệ mắc bệnh trên toàn thế giới tăng khoảng 2% mỗi năm. Năm 2022, tỉ lệ tử vong trên toàn thế giới do RCC là 179.368 [4].

Bất chấp những tiến bộ trong hiểu biết của chúng ta về di truyền học và sinh bệnh học của RCC, phẫu thuật vẫn là phương pháp chính để điều trị căn bệnh này [5]. Năm 1969, Robson đã đưa kỹ thuật cắt thận rộng thành “tiêu chuẩn vàng” để điều trị RCC [14]. Nhược điểm chính của phương pháp này là tăng nguy cơ bệnh thận mạn, liên quan đến các biến cố tim mạch nghiêm trọng và tăng tỉ lệ tử vong [12], nên phương pháp này không còn được ưa chuộng đối với các bướu thận nhỏ [6].

Phẫu thuật cắt một phần thận lần đầu tiên được mô tả bởi Czerny vào năm 1890, nhưng phương pháp này không được áp dụng thường xuyên cho đến những năm 1980 [8]. Những tiến bộ trong chẩn đoán hình ảnh, kinh nghiệm phẫu thuật, cải tiến dụng cụ, hoàn thiện phương pháp mổ làm gia tăng tỉ lệ phát hiện bướu thận giai đoạn T1 và gia tăng chỉ định phẫu thuật cắt một phần thận [15]. Phẫu thuật cắt một phần thận hiện nay là tiêu chuẩn điều trị các bướu thận giai đoạn T1 (đặc biệt là T1a) [6], với kết quả về mặt ung thư học tương đương phẫu thuật cắt thận rộng [13], và giảm nguy cơ bệnh thận mạn so với cắt thận rộng (20% so với 65%) [9]. Phẫu thuật nội soi được ưu tiên hơn vì thời gian nằm viện và hồi phục của bệnh nhân ngắn

hơn so với mổ mở, lượng máu mất ít hơn, không có sự khác biệt về biến chứng sau mổ cũng như thời gian sống còn [11]. Vì vậy, theo khuyến cáo của AUA từ năm 2017, với các bướu thận giai đoạn T1, phẫu thuật cắt một phần thận nên là lựa chọn ưu tiên [6].

Với thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật cắt một phần thận điều trị bướu thận khu trú tại bệnh viện Đa khoa Xuyên Á TP. Hồ Chí Minh

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận tại bệnh viện đa khoa Xuyên Á

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận giai đoạn T1 theo TNM (2017)
- Bướu không chèn ép vào đài bể thận và động mạch, tĩnh mạch thận

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do bệnh lý hô hấp, tim mạch
- Bệnh nhân đã từng mổ mở vùng sau phúc mạc bên dự định phẫu thuật
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Nội dung nghiên cứu:** Tuổi, giới tính, BMI, triệu chứng lâm sàng, kích thước bướu, vị trí bướu, thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, các tai biến và biến chứng trong mổ, thời gian rút dẫn lưu, thời gian nằm viện, các biến chứng muộn sau mổ. Bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1 tháng, 3

tháng, 6 tháng, và sau đó mỗi 6 tháng / lần trong suốt thời gian nghiên cứu để theo dõi các biến chứng và tỷ lệ tái phát của bướu.

2.3. Các bước tiến hành phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận:

- Tạo khoang sau phúc mạc bằng bóng bơm khoảng 250 – 300ml)
- Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng 3 trocar (2 trocar 10mm và 1 trocar 5mm. Bơm khí CO₂ với áp lực ≤ 12mmHg.
- Vén phúc mạc và mỡ, tìm cơ thất lưng chậu. Bộc lộ mặt sau thận, tách rời thận ra khỏi cơ thất lưng chậu. Tìm rốn thận và bộc lộ động mạch thận.
- Bộc lộ phần thận có bướu, bóc tách để di động thận đảm bảo sau khi cắt bướu có thể thao tác khâu dễ dàng.
- Đánh dấu đường cắt quanh bướu bằng dao điện (cách mép bướu 1cm).

- Đưa bulldog vào khoang sau phúc mạc qua trocar 10mm, kẹp động mạch thận. Bắt đầu tính thời gian thiếu máu nóng.

- Tiến hành cắt bướu bằng kéo theo đường cắt đã đánh dấu đến phần thận lành tính, lấy mô thận dưới bướu (margin).

- Nếu đường cắt có vào đài bể thận thì khâu lại bằng chỉ vicryl 4.0. Khâu nhu mô thận bằng chỉ V-loc 2.0.

- Mở bulldog. Ghi nhận thời gian thiếu máu nóng

- Kiểm tra lại mặt cắt, nếu còn chảy máu thì khâu tăng cường bằng chỉ vicryl 2.0

- Phủ một miếng surgicel lên mặt cắt

- Lấy bướu ra ngoài qua túi bệnh phẩm.

Bướu và margin được gửi giải phẫu bệnh

- Đặt dẫn lưu cạnh thận. Đóng các lỗ trocar

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel 365.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2020 đến tháng 05/2023 chúng tôi có 8 bệnh nhân (BN) bướu thận giai đoạn T1 được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung:

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	8 trường hợp
Tuổi trung bình	55,1 ± 8,1 tuổi (45 – 68)
Giới tính	Nam 87,5% Nữ 12,5%
BMI (kg/m ²)	24,5 ± 2,7 (20,02 – 27,9)

Nhận xét: BN có tuổi trung bình 55,1 ± 8,1 tuổi, bướu thận thường gặp ở người lớn tuổi, BMI đạt giá trị trung bình 24,5 ± 2,7 kg/m². Về giới tính nam chiếm nhiều hơn nữ (Nam/Nữ = 7/1)

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân (n = 8)	Tỷ lệ (%)
Đau hông lưng	3	37,5%
Phát hiện tình cờ	5	62,5%

Nhận xét: 62,5% BN phát hiện tình cờ bướu qua siêu âm bụng và chụp cắt lớp vi tính khi khám sức khỏe định kỳ hoặc đi khám vì một bệnh lý khác. 37,5% BN có triệu chứng đau hông lưng.

Bảng 3. Đặc điểm của bướu

Đặc điểm	Trung bình hoặc tỉ lệ
Kích thước bướu trung bình (mm)	37,8 ± 14,1 (18 - 60)
Bên thận có bướu (phải /trái)	4/4
Vị trí bướu	
Cực trên	4 (50%)
Giữa thận	1 (12,5%)
Cực dưới	3 (37,5%)
Mặt trước	2 (25%)
Mặt sau	6 (75%)
Dạng bướu	
Đặc	8 (100%)
Nang	0
Giai đoạn bướu	
T1a	5 (62,5%)
T1b	3 (37,5%)

Nhận xét: Tất cả BN đều chụp cắt lớp vi tính trước phẫu thuật, ghi nhận kích thước bướu trung bình 37,8 ± 14,1 mm, 100% bướu dạng đặc và chủ yếu nằm ở cực trên sau. Bướu giai đoạn cT1a chiếm 62,5% và không

có trường hợp nào suy thận trước mổ (creatinin trung bình trước mổ 87,9 ± 16,3 umol/L)

3.2. Đánh giá kết quả

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Trung bình hoặc tỉ lệ
Số lượng động mạch thận	
- 1 động mạch	7 (87,5%)
- 2 động mạch	1 (12,5%)
Kẹp động mạch thận	
- Có	7 (87,5%)
- Không	1 (12,5%)
Thời gian mổ trung bình (phút)	145 ± 33,9 (100 – 195)
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	13,1 ± 2,4 (10 – 17)
Lượng máu mất trung bình (ml)	100 (50 – 500)
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	4,4 ± 1,7 (3 – 7)
Thời gian rút thông niệu đạo (ngày)	2,6 ± 0,9 (2 – 4)
Thời gian hậu phẫu trung bình (ngày)	9 ± 3,4 (5 - 16)
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	13,5 ± 4,8 (6 – 20)
Thời gian theo dõi trung bình (năm)	1,6 ± 1

Nhận xét: Thời gian thiếu máu nóng trung bình $13,1 \pm 2,4$ phút, thoả tiêu chuẩn ≤ 30 phút của đa số tác giả trên thế giới. 6/8 trường hợp kẹp động mạch thận bằng bulldog, 1/8 không chế động mạch thận bằng dây cao su (do bulldog bị lỗi), 1/8 không kẹp động mạch thận. Tất cả các trường hợp đều

khâu bằng chỉ V-loc 2.0 và có phủ Surgicel lên mặt cắt. Lượng máu mất nhiều nhất là 500ml do trường hợp này không kẹp động mạch thận. Các biến số trên khác nhau giữa các bệnh nhân do khác nhau về vị trí bướu, kích thước bướu, số lượng động mạch thận, biến chứng trong và sau mổ.

Bảng 5. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân (n = 8)	Tỷ lệ (%)
Chảy máu phải truyền máu	1	12,5%
Tụ dịch sau phúc mạc	1	12,5%
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	12,5%

Nhận xét: Có 1 trường hợp phải truyền máu do không kẹp động mạch trước khi cắt bướu, nhưng trường hợp này vẫn không chế được chảy máu qua mổ nội soi. Một trường hợp tụ dịch sau mổ nhưng ổ tụ dịch nhỏ nên

chỉ theo dõi và siêu âm kiểm tra lại ngày tái khám không còn ổ tụ dịch. Một trường hợp bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ, cấy ra vi khuẩn E.coli và được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, bệnh nhân diễn tiến tốt.

Bảng 6. Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Số bệnh nhân (n = 8)	Tỷ lệ (%)
Ung thư thận tế bào sáng		
Furhman 1	1	12,5
Furhman 2	4	50,0
Furhman 3	1	12,5
Ung thư thận dạng nhú	1	12,5
AML	1	12,5
Biên phẫu thuật âm tính	8	100

Nhận xét: RCC chiếm 87,5% và tất cả các trường hợp margin âm tính

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $55,1 \pm 8,1$ tuổi, không khác biệt với một số tác giả. Theo Chiancone (2021) với $n = 72$ có độ tuổi trung bình là $60,15 \pm 10,39$ tuổi [7], Kizilay (2019) với $n = 71$ độ tuổi trung bình là $54,6 \pm 12,4$ tuổi [10]. Theo EAU thì độ

tuổi thường gặp là 60 – 70 tuổi [11]. Các nghiên cứu trong nước, Nguyễn Minh Tuấn (2023) với $n = 30$ có độ tuổi trung bình là $54,9 \pm 12,1$ tuổi [1], tác giả Phạm Phú Phát (2018) với $n = 36$ ghi nhận độ tuổi trung bình là $44,94 \pm 11,82$ tuổi [2].

Về giới tính, nam chiếm 7/8 (87,5%) và nữ chiếm 1/8 (12,5%), trong khi theo EAU

2023 thì tỉ lệ Nam/ Nữ vào khoảng 1,5 – 2/1 [11], tác giả Phạm Phú Phát (2019) thì tỉ lệ Nam/Nữ là 1,25/1. Có thể nghiên cứu này có số mẫu còn nhỏ nên không thể hiện đúng tỉ lệ này và cần mở rộng thêm nghiên cứu để đánh giá chính xác hơn.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Có 5/8 trường hợp bướu phát hiện tình cờ (62,5%), 3 trường hợp còn lại đến khám vì đau hông lưng. Số liệu này phù hợp với hướng dẫn của EAU, 60% BN không có triệu chứng và tam chứng kinh điển đau hông lưng, tiểu máu đại thể, sờ thấy khối bướu hiếm gặp (6-10%) [11]. Theo Campbell (2020) hơn 60% RCC phát hiện tình cờ [5]. Tác giả Trương Thanh Tùng (2018) với $n = 7$ ghi nhận tất cả BN đều phát hiện bướu tình cờ [3]. Còn với tác giả Phạm Phú Phát (2018) triệu chứng đau hông lưng chiếm 81,8%, chỉ 19,4% phát hiện tình cờ, chính tác giả cũng thấy không phù hợp và lý giải rằng những BN đau hông lưng có thể do đau cột sống nhưng khi khám bệnh thì phát hiện bướu thận [2].

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận kích thước bướu trung bình $37,8 \pm 14,1$ mm, và nằm nhiều ở cực trên, mặt sau, bướu giai đoạn T1a và T1b lần lượt là 62,5% và 37,5%. So với các nghiên cứu khác: Kizilay (2019) kích thước bướu trung bình $27,9 \pm 11,8$ mm [10], Wurnschimmel (2020) với $n = 54$ có kích thước trung bình 35 mm, T1a và T1b tương đương nhau (44% và 50%) [18], Chiancone (2021) với 22,2% T1a và 68,1% T1b [7], Trương Thanh Tùng (2018) ghi nhận kích thước bướu trung bình 34,3 mm và bướu giai đoạn T1a (71,4%) và T1b (28,6%)

[3], Phạm Phú Phát (2018) tất cả bướu giai đoạn T1a với kích thước trung bình $27,9 \pm 8,2$ mm [2], Nguyễn Minh Tuấn (2023) 93,3% bướu T1a và 6,7% bướu T1b và kích thước trung bình là $25,7 \pm 0,7$ mm [1]. Kích thước bướu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn một số tác giả do chúng tôi có 3 trường hợp bướu > 4 cm, tuy nhiên giai đoạn T1a vẫn nhiều hơn tương tự các nghiên cứu trên. Phẫu thuật cắt một phần thận cần đánh giá không chỉ kích thước mà còn cả vị trí bướu. Đối với bướu cực trên, phẫu trường nằm sâu hơn, khó thao tác hơn và phải mất thời gian để tạo khoang ở vùng cực trên thận. Bướu mặt sau dễ tiếp cận qua ngã sau phúc mạc hơn bướu mặt trước.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

Chúng tôi so sánh kết quả nghiên cứu với các tác giả trong và ngoài nước cùng thực hiện phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận. Webb (2015) với $n = 31$, thời gian thiếu máu nóng trung bình $24,07 \pm 0,93$ phút, lượng máu mất trung bình 100ml (50 – 150), thời gian nằm viện trung bình 2 ± 1 ngày [16]. Kizilay (2019) với $n = 71$ ghi nhận thời gian thiếu máu nóng trung bình $24,39 \pm 12,09$ phút, thời gian mổ trung bình 158 phút, lượng máu mất trung bình 240 ml (120 - 330), thời gian nằm viện trung bình 3,5 ngày [10]. Chiancone (2021) cho kết quả thời gian mổ $143,06 \pm 48,71$ phút, lượng máu mất trung bình $309,72 \pm 152,67$ ml, thời gian rút ống dẫn lưu $3,08 \pm 1,42$ ngày, thời gian nằm viện $6,39 \pm 1,03$ ngày [7]. Wurnschimmel (2020) với $n = 54$, thời gian mổ trung bình $192,3 \pm 44,5$ phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình $19,6 \pm 7,7$ phút, thời gian nằm viện trung bình $6,1 \pm 2,9$ ngày [18]. Còn với

các tác giả trong nước, Trương Thanh Tùng (2018) ghi nhận thời gian mổ trung bình 135 phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình 30,57 phút, lượng máu mất trung bình 87,14 ml, thời gian trung bình rút dẫn lưu và nằm viện 5 và 6 ngày [3]. Phạm Phú Phát (2018) thì ghi nhận thời gian thiếu máu nóng trung bình $23,03 \pm 6,69$ phút, thời gian mổ trung bình $131,53 \pm 43,31$ phút, lượng máu mất trung bình $67,19 \pm 102,98$ ml (2 – 500ml), thời gian rút ống dẫn lưu $4,33 \pm 2,16$ ngày, thời gian nằm viện $5,97 \pm 5,09$ ngày [2].

Trong nghiên cứu chúng tôi, thời gian thiếu máu nóng trung bình $13,1 \pm 2,4$ phút, thời gian mổ trung bình $145 \pm 33,9$ phút, lượng máu mất trung bình 100ml, thấp nhất 50ml và nhiều nhất 500ml, thời gian rút ống dẫn lưu trung bình $4,4 \pm 1,7$ ngày, thời gian hậu phẫu trung bình $9 \pm 3,4$ ngày. Thời gian thiếu máu nóng tùy từng tác giả, nhưng được chấp nhận rộng rãi là ≤ 30 phút, chúng tôi ghi nhận thời gian thiếu máu nóng thấp hơn các tác giả, điều này có thể giải thích do tất cả trường hợp cắt bướu đều không cắt vào đài bể thận nên không mất thời gian khâu đài bể thận và chúng tôi khâu nhu mô thận bằng chỉ V-loc 2.0 nên cũng rút ngắn thời gian thao tác. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương tự các tác giả đã đề cập ở trên. Chúng tôi có một trường hợp trong mổ mất máu 500ml, đây là trường hợp bướu có kích thước 24x26 mm, nằm ở cực dưới và mặt sau, bướu nhô ra ngoài > 50%, nên chúng tôi quyết định không kẹp động mạch thận, tuy nhiên trong khi cắt bướu có tổn thương động mạch phân thùy nên máu chảy nhiều gây khó khăn trong thao tác khâu cầm máu, trường hợp này chúng tôi vẫn kiểm soát được máu chảy qua

nội soi mà không cần chuyển mổ mở, sau trường hợp này chúng tôi rút kinh nghiệm nên không chế động mạch thận dù bướu nhỏ và nằm nông. Tác giả Wolf (2010) thì đưa ra quan điểm đối với những bướu có độ sâu trong nhu mô > 5mm thì nên kẹp động mạch thận, còn khi ≤ 5 mm thì không cần kẹp động mạch thận [17]. Chúng tôi có ghi nhận một trường hợp thận có 2 động mạch, trường hợp này là bướu thận phải, kích thước 45x 40 mm, nằm ở cực trên và mặt sau, khi phẫu thuật chúng tôi thấy kích thước động mạch thận không tương xứng với kích thước thận và có diện đập ở vùng cực trên thận, bóc tách thì chúng tôi thấy có động mạch cực trên thận, khi kẹp động mạch cực trên chúng thấy diện thiếu máu ngay vị trí bướu nên quyết định kẹp cắt động mạch này và kẹp động mạch ngay rốn thận bằng bulldog trước khi cắt bướu. Qua trường hợp này chúng tôi nhận thấy, cần dựng hình mạch máu tất cả các trường hợp cắt bướu thận, nên bóc tách từ gốc động mạch thận vì khi bóc tách đầu xa động mạch sẽ phân nhánh nhiều, khó kiểm soát hết; cần chú ý mối tương quan giữa kích thước động mạch thận và kích thước thận, chú ý tìm các nhánh động mạch thận khác, vì nếu không không chế tốt các động mạch sẽ làm tăng lượng máu chảy gây trở ngại trong thao tác cắt bướu và khâu nhu mô thận. Thời gian rút ống dẫn lưu của chúng tôi tương đương với các tác giả trên, tuy nhiên thời gian nằm viện của chúng tôi lâu hơn vì có một trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ nên kéo dài thời gian nằm viện (16 ngày). Hơn nữa, đây là phẫu thuật phức tạp nên chúng tôi chủ động cho bệnh nhân nằm viện dài ngày đến khi lâm sàng thật sự ổn định. Hy vọng trong

thời gian tới với đường cong học tập được cải thiện chúng tôi sẽ tự tin cho BN ra viện sớm hơn giúp rút ngắn thời gian nằm viện so với các tác giả khác trên thế giới.

Về biến chứng, chúng tôi ghi nhận một trường hợp chảy máu trong mổ đã đề cập ở trên, bệnh nhân được truyền một đơn vị máu và kiểm soát được máu chảy qua nội soi mà không cần chuyển mổ mở. Có 2/8 trường hợp (25%) có biến chứng sớm sau mổ: một trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ, cấy mủ ra vi khuẩn E.coli, bệnh nhân được thay băng hàng ngày và dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, xuất viện trong tình trạng ổn định; một trường hợp bệnh nhân siêu âm có tụ dịch sau mổ, nhưng kích thước nhỏ (19 mm), trường hợp này chỉ theo dõi và khi tái khám không còn ổ tụ dịch. Kizilay (2018) ghi nhận 4/71 trường hợp (5,6%) chảy máu trong mổ cần phải truyền máu [10]. Chiancone (2021) ghi nhận 14/72 trường hợp (19,4%) có biến chứng sau mổ, 3 trường hợp (4,2%) phải truyền máu, 4 trường hợp chuyển mổ mở [7]. Tác giả Phạm Phú Phát (2018) có 4/36 trường hợp (11,1%) tụ dịch sau mổ, trong đó có 2 trường hợp tự khỏi, 2 trường hợp phải dẫn lưu ổ tụ dịch và 1/36 trường hợp (2,7%) chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở [2]. Tác giả Trương Thanh Tùng ghi nhận 1/7 trường hợp (14,3%) chảy máu trong mổ phải chuyển sang cắt thận rộng [3].

4.4. Đặc điểm ung thư học

Tỉ lệ RCC trong nghiên cứu này là 87,5% và 100% biên phẫu thuật không còn tế bào bướu. Tỉ lệ RCC trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với EAU 2023 (RCC khoảng 90%) [11], cũng như phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước: Webb (2015) 90,48%,

Wurnschimmel (2020) 79,6%, Nguyễn Minh Tuấn (2023) 100%, Phạm Phú Phát (2018) 80,6% [16, 18, 1, 2]. Theo dõi đến hiện tại chưa ghi nhận trường hợp nào bướu tái phát với thời gian theo dõi lâu nhất là 3 năm.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận có tính khả thi, an toàn, hiệu quả và dần thay thế mổ mở cũng như chỉ định cắt thận rộng trong điều trị bướu thận giai đoạn T1. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi với số mẫu còn nhỏ và thời gian theo dõi còn ngắn nên cần mở rộng nghiên cứu thêm để nâng cao đường cong học tập, để có cái nhìn đúng và đủ hơn về bệnh lý bướu thận cũng như phương pháp phẫu thuật cắt một phần thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Tuấn và cs.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư tế bào thận bằng phẫu thuật cắt thận bảo tồn thận tại bệnh viện Đà Nẵng. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 58/2023, tr. 232 – 237.
2. **Phạm Phú Phát.** Đánh giá kết quả Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt một phần thận trong bướu thận nhỏ (2018), Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh
3. **Trương Thanh Tùng và cs.** Kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận điều trị u thận tại Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Thanh Hoá. Tạp chí phẫu thuật nội soi Việt Nam, 2018. Số 1 – Tập 8;40-46
4. **Bukavina, L., et al.** Epidemiology of Renal Cell Carcinoma: 2022 Update. Eur Urol, 2022. 82: 529. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36100483/>
5. **Campbell SC, Brian RL, Phillip MP.** Malignant Renal Tumors, Campbell Walsh

- Wein Urology, Chapter 97, Part XI, 12th ed. 2020; pp. 2133-2184.
6. **Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME, et al.** Renal mass and localized renal cancer: AUA Guideline. J Urol. 2017;198(3):520–529.
 7. **Chiancone F, Fabiano M, Meccariello C, et al.** Laparoscopic versus open partial nephrectomy for the management of highly complex renal tumors with PADUA score ≥ 10 : A single center analysis, UJ, 2021 Nov;88(4):343-347
 8. **Herr HW.** A history of partial nephrectomy for renal tumors. J Urol. 2005;173(3):705–708.
 9. **Huang WC, Levey AS, Serio AM, et al.** Chronic kidney disease after nephrectomy in patients with renal cortical tumours: a retrospective cohort study. Lancet Oncol. 2006;7(9):735–740.
 10. **Kizilay F, Turna B, Apaydin E.** Comparison of long-term outcomes of laparoscopic and robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy, KJMS. 2019, 35(4):238-243
 11. **Ljungberg B, Albiges L, Bedke J, et al.** Renal Cell Carcinoma, European Association of Urology 2023.
 12. **Mashni JW, Assel M, Maschino A, et al.** New chronic kidney disease and overall survival after nephrectomy for small renal cortical tumors. Urology. 2015;86(6):1137–1143.
 13. **Pierorazio PM, Johnson MH, Patel HD, et al.** Management of renal masses and localized renal cancer: systematic review and meta-analysis. J Urol. 2016;196(4):989–999.
 14. **Robson CJ, Churchill BM, Anderson W.** The results of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J Urol. 1969;101(3):297–301
 15. **Uzzo RG, Novick AC.** Nephron sparing surgery for renal tumors: indications, techniques and outcomes. J Urol. 2001;166(1):6–18.
 16. **Webb CM, Kamel M, Eltahawy E, et al.** A comparative study of open, laparoscopic and robotic partial ne-phrectomy in obese patients. Urol Ann. 2015, 7, 231–234
 17. **Wolf JS.** Laparoscopic partial nephrectomy. Current clinical urology: Essential urologic laparoscopy. Humana press. 2010, pp.165-184.
 18. **Würnschimmel C, Di Pierro GB, Moschini M, et al.** Robot-Assisted Laparoscopic Partial Nephrectomy Vs Conventional Laparoscopic Partial Nephrectomy: Functional and Surgical Outcomes of a Prospective Single Surgeon Randomized Study. J. Endourol. 2020, 34, 847–855.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN LỚN BẰNG PHẪU THUẬT LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ VÀ ĐƯỜNG HẦM TIÊU CHUẨN TRÊN CÙNG MỘT VỊ TRÍ VỚI ỐNG SỎI THẬN NHỎ (PHƯƠNG PHÁP ĐƯỜNG HẦM HYBRID)

Trương Văn Cẩn¹, Hoàng Vương Thắng¹, Phạm Ngọc Hùng¹,
Võ Đại Hồng Phúc¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹,
Trương Minh Tuấn¹, Lê Nguyên Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả của việc sử dụng đường hầm nhỏ và đường hầm tiêu chuẩn trên cùng một vị trí trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da với ống soi thận nhỏ điều trị sỏi thận lớn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được thực hiện trên 51 thận của 48 bệnh nhân sỏi thận lớn được điều trị bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại khoa Ngoại Thận-Tiết niệu, bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2019 đến tháng 5/2023. Bệnh nhân được lấy sỏi thận qua da qua một đường hầm biến đổi kênh nhỏ và kênh tiêu chuẩn.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân $38,6 \pm 8,7$ tuổi (22 – 68). Sỏi bể thận 6 trường hợp (11,8%), sỏi san hô 28 trường hợp (54,9%), sỏi đài bể thận 17 trường hợp (33,3%). Mức độ ứ nước thận, độ I: 21 trường hợp (41,2%), độ II: 23 trường hợp (45,1%), độ III: 2 trường hợp (3,9%), không ứ nước 5 trường hợp (9,8%). Kích thước sỏi, 21-30mm: 8 trường hợp (15,7%), 31-40mm: 27 trường hợp (52,9%) và > 40mm: 16 trường hợp (31,4%). Vị trí chọc dò: đài dưới 14 trường

hợp (27,4%), đài giữa 31 trường hợp (60,8%) và đài trên 6 trường hợp (11,8%). Thời gian chọc dò trung bình $1,2 \pm 2,2$ phút. Thời gian nông đường hầm trung bình $2,6 \pm 1,7$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình $113,7 \pm 87,5$ phút (64 phút – 375 phút). Tỷ lệ sạch sỏi 45/51 chiếm 88,2%.

Kết luận: Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da bằng một đường hầm kết hợp kênh nhỏ và kênh tiêu chuẩn điều trị sỏi thận lớn với máy Laser công suất trung bình (40-65W) mang lại hiệu quả cao với thời gian phẫu thuật ngắn và tỷ lệ sạch sỏi cao.

Từ khóa: Lấy sỏi thận qua da, Chọc dò vào đài thận.

SUMMARY

EFFECTIVE OF TREATMENT LARGE KIDNEY STONE BY PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMIES WITH MINI-PCNL SHEATH AND STANDARD-PCNL SHEATH ON ONE WAY WITH MINI-NEPHROSCOPE (HYBRID TUNNEL METHOD)

Objectives: Evaluation of a effective of used the mini-PCNL sheath and standard-PCNL sheath on only one tunnel (hybrid tunnel) in PCNL to treatment large kidney stones.

Materials and Methods: 48 kidneys on 51 patients of percutaneous nephrolithotomy have been performed in the Department of Urology at Hue Central Hospital from Sep 2019 to May

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Cẩn

ĐT: 0914145436

Email: truongvancan@ymail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 16/6/2023

2023. The patients underwent PCNL by hybrid tunnel with mini-PCNL sheath and standard-PCNL sheath on one tunnel.

Results: Mean age of patients was 38.6 ± 8.7 years (22 - 68). Renal pelvis stones in 6 cases (11.8%), staghorn stones in 28 cases (54.9%) and renal pelvis-calyx stones in 17 cases (33.3%). Hydronephrosis of grade I: 21 cases (41.2%), grade II: 23 cases (45.1%), grade III: 2 cases (3.9%), no hydronephrosis: 5 cases (9.8%). Size of the stone, 21-30mm: 8 cases (15.7%), 31-40mm: 27 cases (52.9%) and > 40mm: 16 cases (31.4%). Percutaneous renal access into inferior posterior of the kidney in 14 cases (27.4%), middle calyx 31 cases (60.8%) and superior calyx 6 cases (11.8%). Average time of puncture: 1.2 ± 2.2 minutes. Average time of dilation: 2.6 ± 1.7 minutes. Average time of operation: 113.7 ± 87.5 minutes (fastest 64 min and slowest 375 min). The proportion of clean gravel 45/51 cases (88,2%).

Conclusion: PCNL by only one tunnel with mini-PCNL sheath and standard-PCNL sheath to treatment for large kidney stone with medium-power Laser (40-65W) is effective with short time operation and high rate to clean gravel.

Keywords: percutaneous nephrolithotomy, percutaneous renal access.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lấy sỏi THẬN qua da (PCNL) là một phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho sỏi thận lớn hoặc phức tạp [3], [6], trong đó điều trị sỏi thận lớn (đường kính >2cm) bằng PCNL là chọn lựa đầu tiên [9]. Kích thước sỏi có mối liên quan trực tiếp đến biến chứng sau phẫu thuật PCNL. Do đó, điều trị sỏi thận lớn vẫn còn là một thách thức đối với các phẫu thuật viên niệu khoa [8]. Để làm giảm biến chứng và gia tăng tỷ lệ sạch sỏi, lấy sỏi thận qua da qua đường hầm tiêu chuẩn đã có

nhiều cải tiến. Năm 2021, Sanjay Khadgisio và cộng sự khi sánh giữa hai phương pháp lấy sỏi san hô thận qua da với đường hầm nhỏ (mini-PCNL) và đường hầm lớn (standard-PCNL) cho thấy rằng mini-PCNL ít biến chứng chảy máu hơn, giảm thời gian nằm viện trong khi tỷ lệ sạch sỏi tương đương nhau. Việc di chuyển qua các đài thận bằng kênh thao tác tiêu chuẩn để tiếp cận sỏi thường gặp khó khăn, có thể gây rách và chảy máu cổ đài thận [11]. Trong khi đó, kênh thao tác nhỏ hơn sẽ hạn chế tổn thương nhu mô thận cũng như dễ dàng di chuyển qua các nhóm đài để tiếp cận sỏi mà không gây thương tổn cổ đài thận cũng như sử dụng đường hầm thứ hai. Một nghiên cứu tương tự được thực hiện bởi Xu R và cộng sự năm 2012 cho thấy thời gian phẫu thuật của mini-PCNL kéo dài hơn so với standard-PCNL [7]. Đây là một trong những bất lợi khi sử dụng các dụng cụ nhỏ, đó là cần phải tán sỏi thành những mảnh nhỏ hơn đủ để lấy sỏi qua sheath [12]. Để gia tăng tỷ lệ sạch sỏi mà không làm tăng biến chứng, nhiều nghiên cứu đã kết hợp lấy sỏi thận qua da đường hầm lớn với đường hầm thứ hai nhỏ hơn trong điều trị sỏi san hô thận hoặc sỏi thận phức tạp [13], [2], tuy nhiên việc sử dụng nhiều đường hầm sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu và tỷ lệ truyền máu [5], [10].

Nhằm khắc phục những nhược điểm trên chúng tôi đã thực hiện phương pháp đường hầm hybrid trong điều trị sỏi thận lớn bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da một đường hầm kết hợp kênh thao tác nhỏ và kênh tiêu chuẩn với ống soi thận nhỏ. Trong tầm hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên trình bày hiệu quả của việc kết hợp hai đường hầm PCNL thành một trong điều trị sỏi thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 51 đơn vị thận của 48 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận bao gồm sỏi bể thận, sỏi đài bể thận và sỏi san hô được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi thận qua da một đường hầm kết hợp kênh nhỏ và lớn với ống soi thận nhỏ tại bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 9/2019 đến tháng 5/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tuổi: từ 18 tuổi trở lên.
- ASA $\leq$ 3.
- Sỏi thận lớn > 20mm.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da $\geq$ 2 đường hầm.
- Phụ nữ mang thai.
- Sỏi trên thận có bất thường về giải phẫu: Thận móng ngựa, thận xoay, bể thận đôi, thận ghép.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Phương tiện nghiên cứu chính

- Dàn nội soi: Camera, nguồn sáng và màn hình.

- Máy tăng sáng huỳnh quang (C-arm).

- Máy tán sỏi bằng laser 60W - Accutech.

- Dụng cụ chuyên dụng trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da:

+ Ống thông niệu quản 6Fr và sonde JJ.

+ Kim chọc dò: 16 gauge.

+ Dây dẫn.

+ Bộ nong Amplatz: các que nong số 6Fr, 8-30Fr và vỏ Amplatz sheath 16,5Fr đến 30Fr.

+ Ống soi niệu quản 9,5Fr của Karl Storz.

+ Ống soi thận cứng 12Fr, 12⁰ của Karl Storz.

+ Dụng cụ gấp sỏi: Kềm 2 chấu và 3 chấu, rọ gấp sỏi (Dormia).

+ Máy bơm áp lực tưới rửa thận.



Hình 1: Ống soi thận cứng Karl Storz 12Fr, 120



Hình 2: Amplatz sheath 16.5Fr (trên) và 30Fr (dưới)

2.3. Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị bệnh nhân

- Chuẩn bị về mặt tâm lý: giải thích cho bệnh nhân hiểu được phẫu thuật và những diễn biến bệnh có thể xảy ra.

- Chuẩn bị trước mổ: như phẫu thuật thận thông thường, vệ sinh trước mổ, thật tháo sạch.

- Gây mê: nội khí quản.

Kỹ thuật lấy sỏi thận qua da

Bước 1: Đặt catheter niệu quản. Đặt bệnh nhân ở tư thế sản khoa; đưa máy soi vào bàng quang qua niệu đạo; đặt sonde JJ và ống thông niệu quản cùng lúc vào niệu quản phía thận phẫu thuật; rút máy soi, đặt sonde Foley niệu đạo, buộc cố định ống thông niệu quản vào sonde Foley niệu đạo.

Bước 2: Chọc dò vào thận. Đặt bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng 90^0 so với mặt bàn có kê gối hoặc dùng nâng gối của bàn mổ. Xác định đài thận cần chọc dò dưới hướng dẫn của C-arm hoặc siêu âm và lựa chọn vị trí chọc dò vào đài thận thích hợp. Vị trí chọc

kim được chọn sao cho hướng kim vào đài thận so với mặt phẳng ngang khoảng $50 - 60^0$ và gần với vị trí đài thận được chọn nhất (thông thường là điểm dưới sườn 12 và ngoài cơ dựng sống). Chọc dò bằng kim 18G. Sau khi chắc chắn kim chọc vào đài thận, rút kim đặt dây dẫn cong vào (tốt nhất là đưa dây dẫn xuống được niệu quản hoặc đưa qua nhóm đài khác để khỏi tuột)

Bước 3: Nong đường hầm vào thận. Theo dây dẫn, nong rộng đường hầm bằng bộ nong Amplatz theo thứ tự từ số 6Fr đến 16,5Fr, sau đó đặt Amplatz sheath 16,5Fr. Đặt sheath và rút que nong ra nhưng vẫn để lại dây dẫn. Quá trình nong đường hầm được kiểm soát bởi C-arm để biết được hướng và độ sâu của que nong. Tiếp tục nong đến số 24Fr trong trường hợp thời gian phẫu thuật sẽ kéo dài nếu dùng sheath nhỏ. Trường hợp sỏi san hô lớn, có thể nong đến số 28Fr hoặc 30Fr, sau đó đặt Amplatz sheath 28Fr hoặc 30Fr tương ứng.



Hình 3: Ống soi thận trong Amplatz sheath 16.5Fr (trái) và 30Fr (phải)

Bước 4: Soi thận, tán sỏi và gấp sỏi. Đưa ống soi thận cứng 12Fr, 12^0 qua sheath 16,5Fr vào đài thận, tiếp cận sỏi. Tiến hành tán sỏi, nếu sỏi cứng hoặc sỏi lớn thì tiếp tục nong lên số 24Fr hoặc một số trường hợp nong lên đến số 28Fr hoặc 30Fr để tán và gấp sỏi. Trường hợp tán sỏi lớn xong còn các viên sỏi nằm trong một số đài thận không thể

đưa sheath lớn qua cổ đài thận thì đặt lại dây dẫn sau đó thay sheath nhỏ 16,5Fr để tiếp cận sỏi đài thận. Sau tán sỏi: Kiểm tra tình trạng sạch sỏi dưới C-arm. Đặt ống dẫn lưu thận vào đài thận. Trong trường hợp chảy máu qua dẫn lưu nhiều thì kẹp dẫn lưu để cầm máu.



Hình 4: Mảnh sỏi được lấy qua Amplatz sheath 18Fr (trên) và 30Fr (dưới)
Theo dõi sau phẫu thuật

- Rút dẫn lưu thận thường trong 24 giờ sau mổ.
- Chụp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị kiểm tra vào ngày 1 - 3 sau phẫu thuật.



Hình 5: Sỏi đài bể thận trái trước (trái) và sau (phải) phẫu thuật

2.4. Xử lý số liệu: tất cả số liệu thu thập trong nghiên cứu đều được xử lý theo phương pháp thống kê Y học, phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 51 đơn vị thận ở 48 bệnh nhân có sỏi thận lớn được phẫu thuật tán sỏi thận qua da

bằng kênh thao tác nhỏ và kênh thao tác tiêu chuẩn trên một đường hầm trong thời gian từ tháng 9/2019 đến tháng 5/2023.

Bệnh nhân

- Tổng số thận: 51/48 bệnh nhân.
- Tuổi trung bình: $38,6 \pm 8,7$ tuổi (22 – 68).

Sỏi và thận có sỏi

- Sỏi thận tái phát: 23/51 trường hợp.

Bảng 1: Phân loại sỏi theo vị trí

Loại sỏi	n	Tỷ lệ %
Sỏi bể thận	6	11,8
Sỏi san hô thận	28	54,9
Sỏi đài bể thận	17	33,3
Tổng	51	100

Bảng 2: Mức độ ứ nước thận

Phân độ ứ nước	n	Tỷ lệ %
Ứ nước độ 3	2	3,9
Ứ nước độ 2	23	45,1
Ứ nước độ 1	21	41,2
Không ứ nước	5	9,8
Tổng	51	100

Bảng 3: Phân loại kích thước sỏi

Kích thước	n	Tỷ lệ %
21 mm – 30 mm	8	15,7
31 mm – 40 mm	27	52,9
> 40 mm	16	31,4
Tổng	51	100

Bảng 4: Phân loại sỏi theo chỉ số Guy

Phân loại	n	Tỷ lệ %
Độ I	6	11,8
Độ II	17	33,3
Độ III	12	23,5
Độ IV	16	31,4
Tổng	51	100

Quá trình phẫu thuật

- Thời gian chọc dò thận trung bình: 1,2 ± 2,2 phút.

- Thời gian nong đường hầm trung bình: 2,6 ± 1,7 phút.

- Quá trình chọc và nong đường hầm dưới hướng dẫn của C-arm với 32 trường hợp, siêu âm với 19 trường hợp.

Bảng 5: Vị trí chọc dò

Chọc dò đài thận	n	Tỷ lệ %
Đài trên	6	11,8
Đài giữa	31	60,8
Đài dưới	14	27,4
Tổng	51	100

Kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật trung bình: 113,7 ± 87,5 phút (64 phút – 375 phút).

- Thời gian hậu phẫu trung bình: 3,7 ± 2,2 ngày.

Bảng 6: Tỷ lệ sạch sỏi

Tỷ lệ sạch sỏi	n	Tỷ lệ %
Sạch sỏi	45	88,2
Sốt sỏi	6	11,8
Tổng	51	100

Bảng 7: Biến chứng

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu (phải truyền máu)	2	3,9
Sốt	4	7,8
Không	45	88,3
Tổng	51	100

IV. BÀN LUẬN

Điều trị sỏi thận lớn là một vấn đề nan giải đối với phẫu thuật viên bởi thời gian mổ kéo dài, biến chứng còn cao và tỷ lệ sạch sỏi sau mổ thấp hơn khi so sánh với sỏi thận nhỏ. Việc loại bỏ hoàn toàn sỏi thận trong một lần phẫu thuật là mục tiêu quan trọng để giảm thiểu nguy cơ tái phát cũng như biến chứng.

Để nâng cao tỷ lệ sạch sỏi, nhiều tác giả đã thực hiện kỹ thuật PCNL với nhiều đường hầm. Khi so sánh kết quả điều trị sỏi san hô thận bằng PCNL giữa một và nhiều đường hầm, Akman và cộng sự (năm 2010) đã cho thấy mặc dù có tỷ lệ sạch sỏi cao hơn nhưng thời gian phẫu thuật kéo dài và biến chứng chảy máu hay gặp hơn ở nhóm nhiều đường hầm [1]. Việc chỉ sử dụng một đường hầm giúp làm giảm nguy cơ chảy máu trong và sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp biến chứng chảy máu được điều trị nội khoa bảo tồn thành công chiếm tỷ lệ 3,9%.

Trong một nghiên cứu tiền cứu về các yếu tố ảnh hưởng đến sự mất máu trong PCNL, Kukreja và cộng sự đã kết luận rằng có sự liên quan giữa đường kính sheath và nguy cơ chảy máu [4]. PCNL với đường hầm tiêu chuẩn có tỷ lệ chảy máu cao hơn mini-

PCNL [11]. Trong khi đó, mini-PCNL có thời gian phẫu thuật kéo dài hơn [7]. Như vậy, việc kết hợp đường hầm nhỏ và lớn trong cùng một vị trí giúp hạn chế nguy cơ chảy máu mà vẫn đảm bảo thời gian phẫu thuật tương đương với sử dụng một đường hầm tiêu chuẩn.

Một vấn đề khác cần được bàn luận có liên quan đến biến chứng nhiễm khuẩn ngược dòng trong mổ, đó là áp lực trong thận. Wu và cộng sự khi so sánh áp lực bể thận và nguy cơ sốt sau mổ giữa standard-PCNL và mini-PCNL đã đưa ra kết luận rằng kênh thao tác càng nhỏ thì áp lực trong thận càng cao [14]. Nguy cơ gia tăng áp lực trong thận, một bất lợi của PCNL đường hầm nhỏ, sẽ rất thấp với phương pháp của chúng tôi khi sử dụng ống soi thận nhỏ trong kênh thao tác lớn bởi điều này làm tăng lưu lượng nước thoát ra ngoài từ đó giảm áp lực trong thận. Ngoài ra, việc sử dụng ống soi thận nhỏ thay vì tiêu chuẩn giúp tiết kiệm thời gian khi phải thay đổi Amplatz sheath trong quá trình phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp sốt sau mổ chiếm tỷ lệ 7,8% (hết sốt sau 3 ngày điều trị kháng sinh sau mổ).

Chưa có nhóm đối chứng là một trong những hạn chế của nghiên cứu này. Tuy nhiên chúng tôi tin rằng phương pháp đường

hầm hybrid có thể đạt mục tiêu sạch sỏi mà không làm gia tăng tỷ lệ biến chứng cũng như cải thiện thời gian phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da là lựa chọn ưu tiên và được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi thận lớn (>2cm). Điều trị sỏi thận lớn bằng phương pháp lấy sỏi thận qua da đường hầm kết hợp kênh nhỏ và kênh tiêu chuẩn trên cùng một vị trí với máy Laser công suất trung bình (40-65W) có hiệu quả với thời gian mổ ngắn, tỷ lệ sạch sỏi cao và ít tai biến, biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akman, T. và các cộng sự.** (2010), "Comparison of outcomes after percutaneous nephrolithotomy of staghorn calculi in those with single and multiple accesses", *J Endourol.* 24(6), tr. 955-60.
2. **Buldu, İ và các cộng sự.** (2016), "Combined micro-and standard percutaneous nephrolithotomy for complex renal calculi", *Turk J Urol.* 42(3), tr. 150-4.
3. **Cormio, L. và các cộng sự.** (2013), "Nephrostomy in percutaneous nephrolithotomy (PCNL): does nephrostomy tube size matter? Results from the Global PCNL Study from the Clinical Research Office Endourology Society", *World J Urol.* 31(6), tr. 1563-8.
4. **Kukreja, R. và các cộng sự.** (2004), "Factors affecting blood loss during percutaneous nephrolithotomy: prospective study", *J Endourol.* 18(8), tr. 715-22.
5. **Netto, N. R., Jr. và các cộng sự.** (2005), "Comparative study of percutaneous access for staghorn calculi", *Urology.* 65(4), tr. 659-62; discussion 662-3.
6. **Poudyal, S.** (2022), "Current insights on haemorrhagic complications in percutaneous nephrolithotomy", *Asian J Urol.* 9(1), tr. 81-93.
7. **Xu, Ran và các cộng sự.** (2012), "[Percutaneous nephrolithotomy of staghorn calculi in patients by mini-tract and standard-tract]", *Zhong nan da xue xue bao. Yi xue ban = Journal of Central South University. Medical sciences.* 37(8), tr. 840-843.
8. **Bai, Yunjin và các cộng sự.** (2017), "Management of large renal stones: laparoscopic pyelolithotomy versus percutaneous nephrolithotomy", *BMC Urology.* 17(1), tr. 75.
9. **Ganpule, Arvind P. và các cộng sự.** (2020), "Multitract percutaneous nephrolithotomy in staghorn calculus", *Asian Journal of Urology.* 7(2), tr. 94-101.
10. **Jiao, Binbin và các cộng sự.** (2020), "Single- versus Multiple-Tract Percutaneous Nephrolithotomy in the Surgical Management of Staghorn Stones or Complex Caliceal Calculi: A Systematic Review and Meta-analysis", *BioMed Research International.* 2020, tr. 8817070.
11. **Khadgi, Sanjay và các cộng sự.** (2021), "Comparison of standard- and mini-percutaneous nephrolithotomy for staghorn stones", *Arab Journal of Urology.* 19(2), tr. 147-151.
12. **Ruhayel, Yasir và các cộng sự.** (2017), "Tract Sizes in Miniaturized Percutaneous Nephrolithotomy: A Systematic Review from the European Association of Urology Urolithiasis Guidelines Panel", *European Urology.* 72(2), tr. 220-235.
13. **Wang, Y. và các cộng sự.** (2014), "Standard-Tract Combined with Mini-Tract in Percutaneous Nephrolithotomy for Renal Staghorn Calculi", *Urologia Internationalis.* 92(4), tr. 422-426.
14. **Wu, Cheng và các cộng sự.** (2017), "Comparison of renal pelvic pressure and postoperative fever incidence between standard- and mini-tract percutaneous nephrolithotomy", *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences.* 33(1), tr. 36-43.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG LASER HOLMIUM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH QUẢNG NGÃI

Nguyễn Thái Chấn¹, Bùi Anh Văn¹, Nguyễn Văn Thành¹,
Nguyễn Thanh Huy¹, Phạm Ngọc Trân¹, Nguyễn Quang Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh bị sỏi niệu quản được phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản và đánh giá kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu được thực hiện trên 109 người bệnh sỏi niệu quản đã được phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 01/2021 đến tháng 11/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình $49,6 \pm 13,2$. Nam 53,2%, nữ 46,8%. Đau âm ỉ thắt lưng 82,6%. Bạch cầu niệu dương tính 49,5%. Sỏi niệu quản bên phải 52,3%, sỏi bên trái 47,7%. Sỏi niệu quản vị trí 1/3 dưới nhiều nhất với 58,7%. Sỏi niệu quản 1 viên hay gặp nhất với 83,5%. Kích thước trung bình của sỏi: 9 ± 4 mm; sỏi kích thước ≤ 15 mm chiếm 91,8%. Thận ứ nước độ I chiếm đa số với 77,1%. Phẫu thuật thành công đạt 98,2%, thất bại 1,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình $29,4 \pm 8,1$ phút. Thời gian hậu phẫu trung bình $3,5 \pm 0,8$ ngày. Có 10,1% trường hợp tổn thương niêm mạc niệu quản, sốt sau tán sỏi 5,5% và tiểu máu 3,7%. Phẫu thuật cho kết quả

tốt lúc tái khám 89%. Kích thước sỏi và vị trí sỏi trên niệu quản là 2 yếu tố độc lập liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi và kết quả phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium.

Kết luận: Qua nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng điều trị sỏi niệu quản bằng nội soi tán sỏi bằng Laser Holmium là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, ít đau sau mổ, tỷ lệ thành công và tỷ lệ sạch sỏi cao.

Từ khóa: Nội soi tán sỏi niệu quản, Laser Holmium

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY WITH HOLMIUM LASER AT QUANG NGAI GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe the clinical and subclinical characteristics of patients with ureteral stones treated by ureteroscopic lithotripsy with Holmium Laser at Quang Ngai General Hospital and we evaluate the results of treatment of these patients.

Materials and methods: The prospective study was performed on 109 patients with ureteral stones from January 2021 to November 2021 at the General Surgery Department, Quang Ngai General Hospital.

Results: A total of 109 patients were treated of ureteral stones including 58 males' patients (53.2%) and females' patients (46.8%) with mean age of 49.6 ± 13.2 (from 20 to 84). Mild flank pain was the most common symptom with 82.6%. There were 57 ureteral stones on the right

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Ngãi

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Chấn

ĐT: 0913428811

Email: thaichanbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

side (52.3%) and 52 on the left side (47.7%). The locations of stone on X-ray and CT were the upper ureter, middle ureter, and lower ureter accounting for 28.5% (31/109), 12.8% (14/109) and 58.7% (64/109). The degree of hydronephrosis on I, II and III level were 77.1%, 17.4% and 5.5% respectively. The average stone diameter was 9 ± 4 mm. The success rate and failure rate were 98.2% and 1.8%. The mean operation time was 29.4 ± 8.1 minutes. The mean post-operation hospital time was 3.5 ± 0.8 days. The good and moderate results after 1 month were 89% and 11% respectively. The complications rate was 18.4% (ureteral mucousal lesion was 10.1%, fever after operation was 5.5% and hematuria was 3.7%). The size of stone and the locations of stone on the ureter were independent factors which related to stone-free rate and results of the operation.

Conclusion: Ureteroscopic lithotripsy with Holmium Laser is a minimum invasive, safe, effective procedure with high stone-free and low complication in treating ureteral stone.

Keywords: Ureteroscopic lithotripsy, Holmium laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản là bệnh lý thường gặp trong niệu khoa, chiếm 25-35% sỏi hệ tiết niệu. Sỏi niệu quản nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ nhanh chóng gây các biến chứng đe dọa tính mạng của người bệnh [1].

Ngày nay có nhiều phương pháp can thiệp ít xâm lấn điều trị sỏi niệu quản. Phương pháp nội soi niệu quản tán sỏi bằng Laser đã trở thành “tiêu chuẩn vàng” trong tán sỏi niệu quản.

Ở Việt Nam, nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium đã được nhiều bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh thực hiện. Khoa

Ngoại Tổng hợp bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi áp dụng phương pháp này từ năm 2020 và bước đầu đã mang lại kết quả điều trị tốt. Để đánh giá một cách đầy đủ về hiệu quả của phương pháp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản và được phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Ngãi từ tháng 01/2021 đến tháng 9/2021.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tất cả người bệnh sỏi niệu quản có chỉ định nội soi tán sỏi

- Thận còn chức năng trên phim chụp hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa được điều trị ổn định.

- Bệnh lý nội khoa chống chỉ định can thiệp phẫu thuật.

- Các trường hợp không thể đặt ống soi niệu quản để tiếp cận sỏi được như: hẹp niệu đạo, hẹp lỗ niệu quản, hẹp niệu quản,...

- Người bệnh không tái khám sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế: mô tả tiến cứu

2.2.2. Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: Giới, tuổi, nghề, địa dư
Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng, triệu chứng tiểu tiện.

Đặc điểm cận lâm sàng: Sinh hóa máu (ure, creatinin), tổng phân tích nước tiểu, siêu âm hệ tiết niệu, Xquang hệ tiết niệu (KUB, CT). Đối với sỏi niệu quản nhiều viên

thì kích thước sỏi được tính bằng tổng chiều dài lớn nhất của các viên sỏi [13].

2.2.3. Phương pháp phẫu thuật và đánh giá kết quả

Phương tiện dụng cụ và trang thiết bị:

- Máy soi bàng quang hãng Karl-Storz.
- Ống soi niệu quản cứng cỡ 9,5Fr, dài 34cm của hãng Karl-Storz với 2 kênh thao tác. Hệ thống camera, màn hình, nguồn sáng.
- Laser Holmium, công suất 90W, dây truyền năng lượng 560µm.
- Thông niệu quản, dây dẫn đường (guidewire). Thông JJ 6Fr, dài 28-30mm.
- Thông có giỏ (Dormia). Dung dịch rửa Natriclorua 0,9%.

Kỹ thuật phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium:

- Soi bàng quang kiểm tra
- Soi và luồn dây dẫn (guidewire) vào niệu quản có sỏi
- Dựa trên dây dẫn đưa máy soi vào niệu quản
- Tán sỏi: Tán sỏi bằng Laser (14Hz; 0,5-1,5J) cho đến khi sỏi vỡ nhỏ, mỗi mảnh $\leq 2-3\text{mm}$ là đạt. Trường hợp có polyp che lấp sỏi thì sử dụng Laser cắt polyp để bộc lộ sỏi rồi mới tán sỏi.
- Sau tán sỏi: Bơm rửa niệu quản và kiểm tra. Đặt thông JJ (tùy trường hợp).
- Đặt thông tiểu

2.2.4. Đánh giá kết quả điều trị

Đánh giá trong phẫu thuật:

- Tình trạng hai lỗ niệu quản, niêm mạc niệu quản dưới sỏi, sỏi bị che khuất, dây dẫn đường vượt qua sỏi lúc khởi đầu, các tai biến có thể xảy ra,...

- Thời gian phẫu thuật (tính bằng phút): được tính từ khi bắt đầu đặt máy soi cho đến khi đặt thông tiểu.

Đánh giá và theo dõi sau phẫu thuật:

- Ghi nhận: toàn trạng, mạch, huyết áp, nhiệt độ, màu sắc nước tiểu.

- Theo dõi và ghi nhận các biến chứng sau tán sỏi

- Ghi nhận thời gian nằm viện hậu phẫu (tính bằng ngày)

Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật:

- Thành công: Đặt được máy soi, tán được sỏi thành những mảnh vụn.

- Thất bại: Các trường hợp thất bại được xác định ngay trong mổ

+ Sỏi di chuyển ngược vào thận trong quá trình tán sỏi.

+ Tổn thương niệu quản, tai biến trong phẫu thuật phải dừng phẫu thuật hoặc chuyển phương pháp điều trị.

Đánh giá lúc tái khám sau 01 tháng [2],[4]:

- Sạch sỏi: Không còn sỏi hoặc còn các mảnh sỏi $\leq 3\text{mm}$ trên siêu âm hoặc trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị.

- Không sạch sỏi

+ Phim hệ tiết niệu không chuẩn bị: Sỏi còn trên đường đi của niệu quản.

+ Siêu âm: Còn sỏi ở niệu quản $> 3\text{mm}$.

Đánh giá kết quả phẫu thuật (theo Vũ Nguyễn Khải Ca [2]):

- Tốt: Tán hết sỏi, lấy hết các mảnh sỏi, không có tai biến và biến chứng.

- Trung bình: Tán vỡ sỏi nhưng lấy không hết sỏi kèm theo thương tổn nhẹ niêm mạc niệu quản, miệng niệu quản, chảy máu ít.

- Xấu: Gồm những trường hợp thất bại được xác định ngay trong mổ: Sỏi chạy lên thận, có tai biến và biến chứng,...phải chuyển phương pháp điều trị khác.

Để so sánh với kết quả của các tác giả khác, chúng tôi đánh giá thành công của phẫu thuật gồm kết quả tốt và trung bình và thất bại phẫu thuật là kết quả xấu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình: $49,6 \pm 13,2$ tuổi (20-84)
- Nam 53,2%, nữ 46,8%, tỷ lệ nam/nữ 1,14
- Người bệnh ở nông thôn 87,2%, ở thành thị 12,8%.

Đặc điểm lâm sàng

- Đau âm ỉ thắt lưng 82,6%, cơn đau quặn thận 16,5% và đau hạ vị 0,9%.
- Tiểu buốt rất 23,9%, có 19,3% tiểu rất, 11% tiểu khó và 10,1% tiểu máu.

Đặc điểm cận lâm sàng

- 16,5% trường hợp ure máu tăng và 29,4% creatinin máu tăng.
- 67% có hồng cầu niệu và 49,5% có bạch cầu niệu.
- Sỏi vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 dưới chiếm 28,5%, 12,8% và 58,7%.
- Sỏi bên trái 47,7% và sỏi bên phải 52,3%.
- Sỏi niệu quản đơn thuần 45,9%, sỏi thận hai bên 20,2%, sỏi thận đối bên 18,3% và sỏi thận cùng bên 15,6%.
- Niệu quản có 1 viên sỏi 83,5%, niệu quản có 2 viên sỏi 14,7% và niệu quản có 3

viên sỏi 1,8%.

- Kích thước sỏi trung bình 9 ± 4 mm (nhỏ nhất 4mm, lớn nhất 25mm).

- Thận ứ nước độ I, độ II và độ III lần lượt là 77,1%, 17,4% và 5,5%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

- Vô cảm: 94,5% tê tủy sống và 5,5% mê nội khí quản.
- 16,5% niệu quản có polyp dưới sỏi.
- 3,7% sỏi bị che khuất hoàn toàn.
- 18,3% (20/109) trường hợp không đưa dây dẫn qua được sỏi lúc khởi đầu.
- Thời gian phẫu thuật trung bình: $29,4 \pm 8,1$ phút.
- Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình: $3,5 \pm 0,8$ ngày (2-7).
- Tán sỏi thành công 98,2% và 1,8% thất bại (2 trường hợp sỏi chạy lên thận).
- Tổn thương niêm mạc niệu quản 10,1%, sót trong thời gian hậu phẫu 5,5% và tiểu máu trong thời gian hậu phẫu 3,7%.
- Tất cả 109 người bệnh tái khám sau 01 tháng có tỷ lệ sạch sỏi 89% (97/109).
- Kết quả phẫu thuật chung:

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Yếu tố	Phẫu thuật thành công		Phẫu thuật thất bại	Tổng cộng
	Tốt	Trung bình		
Số lượng (n)	97	10	2	109
Tỷ lệ (%)	89	9,2	1,8	100

Các yếu tố liên quan đến phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản

Bảng 2. Liên quan giữa giới và kết quả phẫu thuật

Yếu tố		Kết quả chung của phẫu thuật			p
		Thành công		Thất bại (n=2)	
		Tốt (n=94)	Trung bình (n=13)		
		n (%)	n (%)		
Giới tính	Nam	48 (82,8%)	8 (13,8%)	2 (3,4%)	0,443
	Nữ	46 (90,2%)	5 (9,8%)	0 (0%)	

Tỷ lệ phẫu thuật thất bại ở nam (3,4%) là cao hơn so với ở nữ (0%) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,443 > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan tỷ lệ sạch sỏi với kích thước chung của sỏi

Yếu tố		Sạch sỏi		p
		Có (n=97)	Không (n=12)	
		n (%)	n (%)	
Kích thước sỏi (mm)	<10	72 (98,6%)	1 (1,4%)	<0,001
	10-15	22 (81,5%)	5 (18,5%)	
	>15	3 (33,3%)	6 (66,7%)	

Tỷ lệ sạch sỏi cao nhất ở nhóm người bệnh có sỏi < 10mm với 98,6%, tiếp theo là nhóm có sỏi 10-15mm (81,5%) và thấp nhất là nhóm có sỏi > 15mm (33,3%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Bảng 4. Liên quan tỷ lệ sạch sỏi với vị trí của sỏi

Yếu tố		Sạch sỏi		p
		Có (n=97)	Không (n=12)	
		n (%)	n (%)	
Vị trí sỏi trên niệu quản	1/3 trên	24 (77,4%)	7 (22,6%)	0,021
	1/3 giữa	12 (85,7%)	2 (14,3%)	
	1/3 dưới	61 (95,3%)	3 (4,7%)	

Tỷ lệ sạch sỏi cao nhất ở nhóm người bệnh có sỏi ở vị trí 1/3 dưới (95,3%), tiếp theo là nhóm có sỏi ở vị trí 1/3 giữa (85,7%) và 1/3 trên (77,4%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,021 < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan tỷ lệ sạch sỏi và số lượng viên sỏi

Yếu tố		Sạch sỏi		p
		Có (n=97)	Không (n=12)	
		n (%)	n (%)	
Số lượng sỏi	1 viên	82 (90,1%)	9 (9,9%)	0,512
	2 viên	13 (81,3%)	3 (18,8%)	
	≥ 3 viên	2 (100%)	0 (0%)	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi theo số lượng viên sỏi trên niệu quản không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,512 > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng:

Đau âm ỉ vùng thắt lưng có tỷ lệ cao nhất với 82,6%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Kim Hường (86,4%) [5] và Trần Cảnh Toàn (70,7%) [9].

Phương pháp vô cảm:

Có 94,5% trường hợp được vô cảm bằng gây tê tủy sống. Tê tủy sống thì độ giãn cơ có

giới hạn nên việc đặt ống soi lên cao để tán sỏi niệu quản 1/3 trên sẽ khó khăn hơn. Những trường hợp thời gian phẫu thuật kéo dài sẽ có tình trạng co thắt niệu quản làm bó ống soi niệu quản (bó máy) gây khó khăn cho phẫu thuật. Do đó, sỏi niệu quản 1/3 trên có kích thước lớn chúng tôi đề nghị vô cảm nội khí quản (5,5%).

Tình trạng lỗ niệu quản:

Có 27,5% lỗ niệu quản viêm phù nề và

8,3% lỗ niệu quản hẹp. Trường hợp lỗ niệu quản hẹp chúng tôi phải nong rộng lỗ niệu quản bằng ống soi hoặc bằng 2 dây dẫn đường. Sỏi nằm sát lỗ niệu quản thường kèm viêm phù nề lỗ niệu quản.

Tình trạng đặt được dây dẫn đường qua sỏi lúc khởi đầu:

Có 18,3% trường hợp không đặt được dây dẫn đường qua sỏi lúc khởi đầu. Những viên sỏi nằm lâu tại niệu quản thì niêm mạc niệu quản sẽ quá phát thành polyp, phù nề làm hẹp lòng niệu quản, nó có thể che khuất một phần hoặc hoàn toàn viên sỏi và thường không thể đặt dây dẫn đường vượt qua sỏi. Các trường hợp này chúng tôi tán vỡ sỏi dần đến khi có khe hở giữa viên sỏi và thành niệu quản để đưa dây dẫn đường vượt qua viên sỏi.

Đặt thông JJ sau tán sỏi:

Thông JJ nhằm mục đích giảm đau, ngăn ngừa biến chứng tắc nghẽn do phù nề niêm mạc niệu quản và các biến chứng do quá trình tán sỏi gây ra. Một số tác giả lại cho rằng thông JJ làm giảm tỷ lệ hẹp niệu quản, bảo vệ chức năng thận và giúp giảm đau sau mổ [2], [4], [5]. Những trường hợp tán sỏi thuận lợi, lấy được hết các mảnh sỏi vụn thì chúng tôi không đặt thông JJ. Nghiên cứu này có 95,4% đặt thông JJ.

Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện:

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình $29,4 \pm 8,1$ phút. Thực tế, thời gian phẫu thuật mất nhiều thời gian chết do những công đoạn chuyển tiếp và tác nghiệp của ê kíp và những yếu tố không thuộc về người bệnh hay phẫu thuật viên [9]. Nguyễn Kim Hương ($30 \pm 16,1$ phút) [5], Vũ Văn Long ($40 \pm 14,3$ phút) [6], Nguyễn Kim Tuấn ($34,2 \pm 8,5$ phút) [10] có thời gian phẫu thuật gần giống chúng tôi.

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $3,5 \pm 0,8$ ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất là 7 ngày. Nhiều nghiên cứu có kết quả tương tự chúng tôi như Nguyễn Duy Thịnh (3,2 ngày) [8], Vũ Văn Long ($3,32 \pm 1,4$ ngày) [6], Trần Cảnh Toàn ($3,55 \pm 1,48$ ngày) [9].

Kết quả phẫu thuật:

Chúng tôi có 98,2% thành công và 1,8% thất bại (2 trường hợp) do sỏi chạy lên thận. Hai trường hợp này là sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên gần đoạn khúc nối bể thận-niệu quản, sau đó không bắt sỏi lại được, chúng tôi tiến hành tán sỏi ngoài cơ thể.

Niệu quản 1/3 trên là vị trí đặt máy soi khó khăn nhất vì khi lên càng cao thì niệu quản gấp khúc hoặc đổi hướng khi đi qua các đoạn cơ thể. Nếu thận ứ nước nhiều sẽ đẩy lệch niệu quản và khó tiếp cận sỏi hơn. Chúng tôi áp dụng các cách đã được một số tác giả ứng dụng để khắc phục tình trạng sỏi chạy lên thận như: Vô cảm bằng mê nội khí quản, đặt người bệnh tư thế đầu cao. Tiếp cận sỏi cẩn thận và đưa rọ nhẹ nhàng lên trên sỏi. Trường hợp sỏi có kích thước lớn và dự đoán khả năng khó bắt được sỏi ngay, chúng tôi bung rọ bên trên sỏi và rọ lúc này được dùng để ngăn không cho sỏi chạy lên trên, khi tán sỏi nhỏ bớt lại thì lúc này mới dùng rọ bắt sỏi [10]. Nhiều tác giả ghi nhận tình trạng sỏi chạy lên thận như: Đỗ Ngọc Thế (8,4%) [7], Nguyễn Duy Thịnh (6,1%) [8], Nguyễn Kim Hương (13,8%) [5] và Vũ Văn Long (3,8%) [6]. Khi sỏi chạy lên thận, chúng tôi cho xả hết nước trong bể thận, chỉnh bàn cao đầu và nghiêng bàn về bên đối diện, giảm áp lực nước vào và tiếp tục soi lên và tìm sỏi.

Tai biến, biến chứng:

Có 11 trường hợp (10,1%) tổn thương niêm mạc niệu quản do sỏi khảm chặt vào

niêm mạc niệu quản, không có trường hợp nào thủng niệu quản, đứt niệu quản, lộn lòng niệu quản, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Chúng tôi gặp 3,7% tiểu máu sau tán sỏi. Các trường hợp này chỉ dùng thuốc điều trị và ổn định, không cần phải truyền máu hay phẫu thuật.

Có 6 trường hợp (5,5%) xuất hiện sốt sau tán sỏi, đều được cấy nước tiểu, kết quả tất cả đều âm tính. Sử dụng kháng sinh, hạ sốt, chăm sóc dinh dưỡng thì tất cả đều ổn định.

Triệu chứng lâm sàng sau tán sỏi:

Đa số có triệu chứng rối loạn tiểu tiện, chiếm 83,5%. Các triệu chứng như tiểu máu và các rối loạn tiểu tiện như tiểu buốt, tiểu rất, tiểu gấp,... lại tăng một cách có ý nghĩa so với trước tán sỏi và đều ở nhóm có đặt thông JJ sau tán sỏi.

Tỷ lệ sạch sỏi:

Tỷ lệ sạch sỏi là 89% trước khi rút thông JJ. Tỷ lệ này tương đồng với một số tác giả như Vũ Nguyễn Khải Ca (88,9%) [2], Trần Cảnh Toàn (88%) [9], Cheung MC [11] và Elashry OM [12].

Một số yếu tố liên quan đến phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản:

Liên quan giữa tỷ lệ sạch sỏi với kích thước sỏi:

Nghiên cứu này có tỷ lệ sạch sỏi cao nhất ở nhóm người bệnh có sỏi < 10mm với 98,6%, tiếp theo là nhóm có sỏi 10 - 15mm (81,5%) và thấp nhất là người bệnh có sỏi > 15mm (33,3%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sạch sỏi liên quan với kích thước sỏi như: Perez Castro và cộng sự kết luận rằng tỷ lệ sạch sỏi thấp có ý nghĩa thống kê ở nhóm có viên sỏi > 10mm ($p < 0,001$) [14]. Nguyễn Trung Hiếu chia sỏi làm 4 nhóm kích thước ($\leq$

10mm, 11-15mm, 16-20mm và ≥ 20 mm) đã kết luận rằng tỷ lệ sạch sỏi càng cao khi kích thước sỏi càng nhỏ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,023 < 0,05$) [3]. Trần Cảnh Toàn chia kích thước sỏi làm 5 nhóm và kết luận rằng sỏi < 10mm thuận lợi cho tán sỏi và tỷ lệ sạch sỏi cao. Ngược lại kích thước sỏi càng lớn thì tỷ lệ sạch sỏi càng giảm và khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [9].

Liên quan giữa tỷ lệ sạch sỏi với vị trí sỏi:

Tỷ lệ sạch sỏi cao nhất ở nhóm sỏi niệu quản ở 1/3 dưới (95,3%), tiếp theo là nhóm có sỏi ở vị trí 1/3 giữa (85,7%) và 1/3 trên niệu quản (77,4%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,021 < 0,05$).

Như vậy, kích thước sỏi và vị trí sỏi trên niệu quản là 2 yếu tố độc lập liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi và kết quả nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Holmium.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng điều trị sỏi niệu quản bằng phẫu thuật nội soi niệu quản tán sỏi bằng Laser Holmium là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, thời gian nằm viện ngắn, tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quán Anh** (2007), Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr. 201-212.
2. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc, Trần Quốc Hòa, Nguyễn Đức Minh, Chu Văn Lâm, Lê Nguyên Vũ, Trịnh Hoàng Giang** (2012), “Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi Holmium Laser tại Bệnh viện Việt Đức”, Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 16(3), tr. 331-334.

3. **Nguyễn Trung Hiếu, Đàm Văn Cường, Huỳnh Trần Tuấn, Lê Quang Trung, Đặng Hoàng Minh** (2016), “Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi Laser tại Bệnh viện Đại học Y Dược Cần Thơ”, Y Học Việt Nam. 445, tr. 229-234.
4. **Trần Văn Hình** (2013), Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr. 9-48, 278-309, 327-345.
5. **Nguyễn Kim Hường** (2018), Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi niệu quản ngược dòng ở bệnh nhân nhiễm trùng đường tiết niệu, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Vũ Văn Long** (2019), Kết quả tán sỏi nội soi niệu quản ngược dòng bằng Holmium Laser tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2018 - 5/2019, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Đỗ Ngọc Thử, Trần Các, Trần Đức, Nguyễn Văn Phúc** (2012), “Đánh giá nội soi tán sỏi niệu quản bằng Laser Ho:YAG trên 107 bệnh nhân sỏi niệu quản”, Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 16(3), tr. 318-322.
8. **Nguyễn Duy Thịnh, Nguyễn Văn Phước, Trần Văn Vy** (2013), “Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội”, Y Học Việt Nam. đặc biệt tháng 8, tr. 104-108.
9. **Trần Cảnh Toàn** (2020), Ứng dụng toán đồ Imamura trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi niệu quản bằng Laser, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
10. **Nguyễn Kim Tuấn, Lê Quang Thi, Hồ Duy Hải** (2021), “Kết quả nội soi tán sỏi niệu quản 1/3 trên bằng Laser tại Bệnh viện Trung ương Huế cơ sở 2”, Tạp chí Y Dược Học, Trường Đại Học Y Dược Huế, tr. 210-213.
11. **Cheung MC, Lee F, Yip SKH, Tam PC** (2001), Outpatient Holmium Laser Lithotripsy Using Semirigid Ureteroscope, Is the Treatment Outcome Affected by Stone Load? Eur Urol, 39. pp, 702-708.
12. **Elashry OM, Elgamasy AK, Sabaa MA, Abo-Elenien M, Omar MA, Elatawy HH** (2008), Ureteroscopic management of lower ureteric calculi: a 15-year single-centre experience, Urology Department, Tanta University, Tanta, Egypt Accepted for publication 8, p.p 1010-1014.
13. **Imamura Yusuke, Koji Kawamura, Tomokazu Sazuka, Shinichi Sakamoto, Takashi Imamoto, Naoki Nihei and Tomohiko Ichikawa** (2013), Development of a monogram for predicting the stone-free rate after tralsurethral ureterolithotripsy using semi-rigid ureteroscope”, International Journal of Urology, 20, pp. 616-621.
14. **Perez CE, Osther PJ, Jinga V, Razvi H, Stravodimos KG, Parikh K, et al** (2014), “CROES Ureteroscopy global Studygroup. Differences in ureteroscopic stone treatment and outcomes for distal, mid, proximal, or multiple ureteral locations”, the Clinical Research Office of the Endourological Society ureteroscopy global study. Eur Urol, 66, pp. 102-109.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU QUẢN THẬN CẤP TRÊN BỆNH NHÂN CÓ THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐHYD HOÀNG ANH GIA LAI

Trần Lê Linh Phương¹, Nguyễn Đức Hùng¹, Tô Ngọc Chung¹
Trần Xuân Sơn¹, Nguyễn Trần Bảo Phi¹,
Hoàng Văn Công¹, Nguyễn Văn Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các phương pháp điều trị đau quản thận cấp trên bệnh nhân có thai, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc các yếu tố liên quan như có sỏi niệu quản hay không, vị trí, kích thước sỏi... cũng như mức độ đau sau điều trị.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu, chọn tất cả bệnh nhân nữ mang thai có triệu chứng đau quản thận cấp (bao gồm giãn niệu quản, có hoặc không có sỏi niệu quản) từ 1/1/2013 đến 1/5/2023.

Kết quả: có tất cả 43 trường hợp được điều trị tại Khoa Ngoại TQ- BV HAGL. Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện đau quản thận cấp trong Quý I là 16,27%, Quý II là 55,82%, Quý III là 27,91%. Về vị trí xuất hiện cơn đau: 65,12% bệnh nhân đau quản hông lưng, 34,88% đau vùng hạ vị, hông kèm triệu chứng đường tiểu dưới. Vị trí sỏi 16,27% sỏi 1/3 trên, 27,9% sỏi 1/3 giữa, 18,62% sỏi 1/3 dưới và 37,21% không phát hiện sỏi. Kích thước sỏi: 37,21% không phát hiện sỏi, 41,86% sỏi < 1cm, 20,93% sỏi > 1cm. Phương pháp điều trị: Nội khoa chiếm 41,86% trường hợp. 58,15% trường hợp điều trị Ngoại khoa gồm 27,91%

trường hợp nội soi tán sỏi và 30,23% trường hợp đặt sonde JJ. Đánh giá đau sau mổ: sử dụng thước đánh giá đau theo thang điểm Wong Barker từ 0- 10, có 72,09% trường hợp đau nhẹ (1- 2 điểm) và 27,91% đau vừa (3 điểm).

Kết luận: phần lớn trường hợp có triệu chứng đau quản thận cấp xảy ra trong Quý II, III của thai kỳ. Phần lớn bệnh nhân thường ít đau sau điều trị, việc lựa chọn phương pháp điều trị phụ thuộc vào tình trạng có sỏi niệu quản hay không, vị trí, kích thước sỏi.

Từ khóa: đau quản thận cấp, sỏi niệu quản thai kỳ.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF RENALCOLIC PAIN MANAGEMENT IN PREGNANCY AT HOANG ANH GIA LAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the treatment methods for renal colic in pregnant patients, the choice of treatment method depends on relevant factors such as whether there are ureteral stones, the location and size of stones... as well as the degree of pain after treatment.

Subjects and research methods: retrospective study, selecting all pregnant patients with symptoms of renal colic (including ureteral dilatation, ureteral stones) from 1/1/2013 to 1/4/ 2023.

Results: all 40 cases were treated at the Department of General Surgery – Hoang Anh Gia Lai Hospital. The rate of patients presenting

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Hoàng Anh Gia Lai

Chịu trách nhiệm chính: Tô Ngọc Chung

ĐT: 0394100531

Email: bsngocchung95@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

with renal colic in the first Trimester was 16.27%, the second Trimester was 55.82%, and the third Trimester was 27.91%. About pain symptoms: 65.12% of patients have back and flank pain. 34.88% pain in the hypogastric, iliac regions and lower urinary tract symptoms. Stone location 16.27% at 1/3 upper tract, 27.9% at middle tract, 18.62% lower tract and 37.21% no stones detected. Stone size: 37.21% no stones detected, 41.86% stones < 1cm, 20.93% stones > 1cm. Treatment methods: Non-surgery accounted for 41.86%, 57.5% of invasive intervention treatment cases included 27.91% ureterolithotripsy and 30.23% JJ catheter placement. Evaluation of postoperative pain: using the Wong Barker pain scale from 0 to 10, 72.09% of cases were mild (1-2 points) and 27.91% had moderate pain (3 points).

Conclusion: the majority of cases with renal colic symptoms occurred in the second and third trimesters of pregnancy. The majority of patients feel mild pain after the treatment, the choice of treatment depends on whether or not there is the presence of the stone in the ureter as well as the location and size of the stone.

Keywords: Renal colic, ureteral stones in pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau quặn thận cấp trên phụ nữ mang thai chủ yếu do sỏi niệu quản hoặc do niệu quản bị chèn ép trong quá trình phát triển của thai kì, thường gặp, nguyên nhân do sỏi niệu quản chiếm tỉ lệ khoảng 28-30 % tỉ lệ sỏi tiết niệu nói chung. Trên phụ nữ mang thai, tỉ lệ mắc Sỏi niệu quản khoảng 1/188 - 1/4600. Khả năng sỏi được tiểu ra ngoài khoảng 65-70%. Những trường hợp đau quặn thận cấp do sỏi nếu không được xử trí kịp thời sẽ gây ra nhiều biến chứng cho mẹ (tiền sản giật, thận ứ nước, viêm thận bể thận...) và đặc biệt là thai kì (sinh non, sảy thai...) Những sự

thay đổi trong quá trình mang thai có thể tạo thuận lợi cho quá trình hình thành sỏi và gây ra khó khăn trong quá trình điều trị. Cho đến nay việc điều trị đau quặn thận cấp, điều trị bảo tồn (nội khoa) được đưa ra đầu tiên, việc điều trị bảo tồn có thể thành công khoảng 70-80% trường hợp. Điều trị ngoại khoa được đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại bao gồm đặt sonde JJ, tán sỏi niệu quản nội soi hoặc dẫn lưu thận ra da. Nghiên cứu đánh giá hiệu quả các phương pháp điều trị cơn đau quặn thận, mức độ đau sau điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 43 bệnh nhân có thai được điều trị tại khoa Ngoại Tổng Hợp BV ĐHYD HAGL từ tháng 1/2013- 5/2023 được chẩn đoán đau quặn thận cấp. Chẩn đoán đau quặn thận cấp bao gồm các triệu chứng như: Đau quặn hông, lưng. Đau có thể lan xuống bẹn, hạ vị kèm triệu chứng đường tiểu dưới tiểu buốt, tiểu rất. Hình ảnh trên siêu âm bụng, siêu âm bụng đánh giá giúp phát hiện có sỏi niệu quản hoặc không có sỏi niệu quản nhưng kèm giãn niệu quản, ứ nước thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung, việc lựa chọn bệnh nhân theo một quy trình và các tiêu chí đánh giá thống nhất. Tiến hành nghiên cứu, thu thập số liệu hồ sơ bệnh án đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức của bệnh viện.

*** Một số tiêu chí đánh giá bao gồm:** Thời điểm mắc đau quặn thận trong thai kì (tính theo Quý), vị trí xuất hiện cơn đau, vị trí sỏi, kích thước sỏi, phương pháp điều trị đau quặn thận (bao gồm điều trị nội khoa, ngoại khoa), mức độ đau sau điều trị.

Nhập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm máy tính SPSS 20. Kết quả số liệu các biến số được trình bày theo tỉ lệ % dưới dạng bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Thời điểm mắc đau quặn thận cấp trong thai kì**

QUÝ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
I	7	16,27%
II	24	55,82%
III	12	27,91%
Tổng	43	100%

Phần lớn các trường hợp đau quặn thận cấp thường xảy ra vào quý II, III của thai kì. Trong quý II, III do sự phát triển của thai nên làm tử cung lớn sẽ chèn ép vào niệu quản gây giãn niệu quản, ứ nước và gây đau.

Bảng 2: Vị trí xuất hiện cơn đau

Vị trí đau	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Đau hông lưng	28	65,12%
Đau hạ vị kèm triệu chứng đường tiểu dưới	15	34,88%
Tổng	43	100%

Vị trí xuất hiện cơn đau phụ thuộc vào vị trí sỏi, phần lớn bệnh nhân đau hông lưng do vị trí sỏi cao.

Bảng 3: Vị trí Sỏi

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
1/3 trên	7	16,27%
1/3 giữa	12	27,9%
1/3 dưới	8	18,62%
Không phát hiện Sỏi	16	37,21%
Tổng	43	100%

Đa số sỏi nằm ở vị trí 1/3 giữa, với những trường hợp không phát hiện sỏi chiếm 37,2% có tình trạng giãn niệu quản.

Bảng 4: Kích thước sỏi

Kích thước	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
< 1cm	18	41,86%
1-2 cm	9	20,93%
Không phát hiện sỏi	16	37,21%
Tổng	43	100%

Phần lớn sỏi có kích thước dưới 1cm, kích thước sỏi ảnh hưởng đến vị trí sỏi trên niệu quản, cũng như mức độ đau

Bảng 5: Phương pháp điều trị

Phương pháp		Số lượng	Tỉ lệ
Nội khoa		18	41,86%
Ngoại khoa	Đặt sonde JJ	13	30,23%
	Nội soi tán sỏi	12	27,91%
	Dẫn lưu thận ra da	0	0
Tổng		43	100%

Phần lớn điều trị nội khoa chiếm 41,86%, trên nhóm không phát hiện sỏi trên siêu âm.

Bảng 6: Đánh giá đau sau điều trị: Theo thang điểm đau Wong- Barker

Mức độ đau		Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Nội khoa	Đau ít (1-2 điểm)	14	32,56%
	Đau vừa (3-4 điểm)	4	9,30%
Ngoại khoa	Đau ít	17	39,54%
	Đau vừa	8	18,60%
Tổng		43	100%

Phần lớn bệnh nhân đau ít sau điều trị chiếm 72,09%, đau mức độ vừa khi có can thiệp ngoại khoa trên những bệnh nhân có tán sỏi và đặt sonde JJ.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán đau quặn thận cấp thai kỳ chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng và đánh giá trên siêu âm. Đau quặn thận cấp trong thai kỳ chủ yếu do sỏi niệu quản gây ra, thường xảy ra vào quý II, III của thai kỳ với tỉ lệ 83%. Bên cạnh nguyên nhân do sỏi, những trường hợp không có sỏi thường là do sự phát triển của thai, tử cung lớn chèn ép vào niệu quản gây tình trạng giãn niệu quản, thận ứ nước. Điều trị ban đầu là nội khoa gồm bù dịch, kháng sinh, giảm đau, giãn cơ trơn niệu quản. Phần lớn sỏi niệu quản có kích thước dưới 1cm và nằm ở vị trí 1/3 trên. Điều trị nội khoa đáp ứng tốt trong điều trị giảm đau, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân không phát hiện sỏi niệu quản trên siêu âm. Với những trường hợp có sỏi niệu quản điều trị nội khoa không đáp ứng, chỉ định ngoại khoa được đặt

ra bao gồm đặt sonde JJ, nội soi tán sỏi, dẫn lưu thận ra da. Đa số các trường hợp điều trị bằng đặt sonde JJ để giảm áp bể thận, dẫn lưu nước tiểu tránh các sang chấn có thể ảnh hưởng đến thai kỳ. Nội soi tán sỏi có thể được thực hiện trong những trường hợp sỏi kích thước <1 cm, những sỏi kích thước lớn hơn 1-2cm thì nên đặt sonde JJ. Kiểm tra sonde có nằm đúng vị trí trên bể thận hay không được thực hiện trong lúc đặt với máy siêu âm, do bác sĩ siêu âm thực hiện. Việc điều trị sỏi triệt để sẽ được thực hiện sau khi bệnh nhân đã sinh con. Trong nghiên cứu thì không có trường hợp nào phải mổ thận ra da. Trong những trường hợp đặt sonde JJ, nội soi tán sỏi đa số bệnh nhân thường ít đau, khoảng 18,6% bệnh nhân đau vừa. Đau thường do sonde JJ gây nên.

V. KẾT LUẬN

Đau quặn thận cấp trong thai kì phần lớn thường do sỏi niệu quản hoặc do niệu quản bị chèn ép bởi tử cung. Đối với những trường hợp niệu quản giãn nhưng không phát hiện sỏi trên siêu âm điều trị nội khoa đáp ứng tốt. Với trường hợp có sỏi niệu quản điều trị ngoại khoa đặt sonde JJ đem lại kết quả tốt. Đa số bệnh nhân ít đau sau điều trị, 1 tỉ lệ nhỏ những bệnh nhân được tán sỏi và đặt sonde JJ sẽ có triệu chứng đau ở mức độ vừa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shireen Meher, et al.** “Renal stones in pregnancy”.
2. **Leonardo Tortolero, et al.** “Renal colic during pregnancy: Diagnostic and therapeutic aspects”. Literature review.
3. **Blanco, et al.** “Pregnancy and Urolithiasis Treatment & Management”.
4. **Robert O Wayment, et al.** “Management of Renal Colic during Pregnancy”.
5. **Maomao He, et al.** “The identification of pregnant women with renal colic who may need surgical intervention”.
6. **Xiaoting Lin, et al.** “Management of ureteric stone in pregnancy: a review”.
7. **Avinash P. S. Thakur, et al.** “Kidney stones in adults: Kidney stones during pregnancy”.
8. **Glenn M Preminger, et al.** “Symptomatic physiologic hydronephrosis in pregnancy: incidence, complications and treatment”.
9. **Ross AE, et al** “Kidney stones during pregnancy: an investigation into stone composition”.
10. **White WM, Johnson EB, Zite NB, et al.** “Predictive value of current imaging modalities for the detection of urolithiasis during pregnancy: a multicenter, longitudinal study”.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ RÚT THÔNG TIỂU SỚM SAU PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT QUA NIỆU ĐẠO

Lê Đình Đạm¹, Trần Quý Đôn¹, Nguyễn Xuân Mỹ¹,
Nguyễn Nhật Minh¹, Nguyễn Trường An¹,
Nguyễn Khoa Hùng¹, Lê Đình Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ 07/2022 đến 03/2023.

Kết quả: 52 bệnh nhân có tuổi trung bình là $72,42 \pm 8,72$ tuổi, vào viện vì bí tiểu cấp 67,3%, thời gian nghi ngờ mắc bệnh trung bình là $1,90 \pm 0,93$ năm; các triệu chứng đường tiểu dưới xuất hiện với tần số cao, điểm IPSS trung bình $25,17 \pm 3,22$ điểm, QoL trung bình $5,56 \pm 0,50$ điểm, thể tích trung bình tuyến tiền liệt qua siêu âm $47,33 \pm 19,96$ ml. Sau rút thông tiểu, có 3 bệnh nhân (9,7%) trong nhóm đối tượng được rút thông tiểu ≤ 2 ngày sau phẫu thuật và 3 bệnh nhân (14,3%) trong nhóm đối tượng được rút thông tiểu thường quy > 2 ngày sau phẫu thuật có triệu chứng bí tiểu/tiểu nhỏ giọt. Sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Không có bệnh nhân nào tiểu máu tái phát hay tiểu không tự chủ sau rút ống thông.

Kết luận: Rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo là an toàn và tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân.

Từ khóa: Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo, rút thông tiểu sớm.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT EARLY FOLEY CATHETER REMOVAL AFTER TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE

Objectives: Evaluate the result of early foley catheter removal after transurethral resection of the prostate.

Subjects and methods: Cross-sectional descriptive study on 52 male patients diagnosed and treated for benign prostatic hyperplasia by transurethral resection of the prostate at Hue University of Medicine and Pharmacy hospital from 07/2022 until 03/2023.

Results: 52 patients had a average age of 72.42 ± 8.72 years old, hospitalized for acute urinary retention 67.3%, the average time of suspicion of illness was 1.90 ± 0.93 years, lower urinary tract symptoms appear with high frequency, average IPSS score was 25.17 ± 3.22 points, average QoL was 5.56 ± 0.50 points, mean prostate volume through ultrasound was 47.33 ± 19.96 ml, 94.7% of cases had $Q_{max} < 10$ ml/s, mean prostate volume by ultrasound was 47.33 ± 19.96 ml. After catheter removal, there were 3 patients (9.7%) in the group having removal ≤ 2 days after surgery and 3 patients (14.3%) in the group having removal > 2 days

¹Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Đạm

ĐT: 0913501945

Email: ledinhdam@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 18/6/2023

after surgery with symptoms of urinary retention/drip. The difference between the 2 groups was not statistically significant with $p > 0.05$. Research subjects did not have any recurrent hematuria or urinary incontinence after catheter removal.

Conclusion: Early foley catheter removal after transurethral resection of the prostate is safe and cost-effective for the patients.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, transurethral resection of the prostate, early foley catheter removal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt là bệnh thường xuất hiện chủ yếu ở nam giới tuổi trung niên và tuổi già, có xu hướng tăng lên cùng với tuổi, gây nên các triệu chứng đường tiểu dưới, ảnh hưởng trực tiếp và rõ rệt lên chất lượng sống của người bệnh⁵. Đối với các trường hợp có chỉ định phẫu thuật thì phương pháp cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo là **“phẫu thuật tiêu chuẩn”**⁵. Thời gian lưu thông tiểu kéo dài sau phẫu thuật sẽ dẫn đến tăng thời gian nằm viện, đó là một yếu tố nguy cơ làm tăng chi phí điều trị và một số biến chứng cho người bệnh. Theo các hướng dẫn điều trị và nghiên cứu khác nhau thì ống thông tiểu sẽ được rút ra sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo khoảng từ 3 đến 5 ngày, tuy nhiên cũng có một vài nghiên cứu và ý kiến chuyên gia đề nghị rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật khi đủ điều kiện để rút¹⁰. Nhằm kiểm tra tính khả thi và an toàn của việc rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật giúp giảm chi phí điều trị và các biến chứng, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết quả rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu 52 bệnh nhân nam được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và điều trị bằng phương pháp cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, từ tháng 07/2022 đến tháng 03/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt và có chỉ định phẫu thuật bằng phương pháp cắt tiền liệt tuyến qua niệu đạo (phù hợp với các chỉ định điều trị ngoại khoa) và bệnh nhân phải đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chỉ định điều trị ngoại khoa của tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt¹: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái diễn, sỏi bàng quang thứ phát, tiểu máu tái diễn, bí tiểu cấp tái diễn, trào ngược niệu quản bể thận, túi thừa bàng quang, suy thận và không đáp ứng với điều trị nội khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh lý khác của tuyến tiền liệt – bàng quang (Ung thư tuyến tiền liệt, viêm áp xe tuyến tiền liệt, bệnh lý bàng quang thần kinh)

- Tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến kèm theo như hẹp niệu đạo, dẫn lưu bàng quang, bệnh lý khớp háng không đặt bệnh nhân tư thế sản khoa.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Mô tả cắt ngang, chọn mẫu ngẫu nhiên thuận tiện.

Quy trình nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành thu thập các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân: đặc điểm chung, lý do vào viện; thời gian nghi ngờ mắc bệnh; triệu chứng đường tiểu dưới; đánh giá thang điểm IPSS và QoL; thăm

khám trực tràng; khám và phát hiện các bệnh lý kèm theo và thực hiện một số cận lâm sàng cơ bản (đo niệu dòng đồ, siêu âm bụng, creatinin máu,...). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua niệu đạo bằng dao điện cao tần đơn cực. Sau phẫu thuật và tiến hành súc rửa bàng quang liên tục bằng NaCl 0,9%, tất cả các bệnh nhân sẽ được rút ống thông tiểu ngay khi lâm sàng ổn định (dấu hiệu sống ổn định, không có máu cục kèm theo và dịch súc rửa bàng quang liên tục ra trong)¹⁰. Chúng tôi tiến hành phân thành 2 nhóm (nhóm A và nhóm B) để tiến

hành đánh giá kết quả rút ống thông tiểu sớm sau phẫu thuật. Nhóm A bao gồm những bệnh nhân được rút ống thông tiểu ≤ 2 ngày sau phẫu thuật (31 người), nhóm B là những bệnh nhân được rút ống thông tiểu sau > 2 ngày (21 người).

Đánh giá các trường hợp có thể xảy ra sau khi rút ống thông niệu đạo trên cả 2 nhóm bệnh nhân: chảy máu tái phát sau; bí tiểu hoặc tiểu nhỏ giọt; tiểu không tự chủ (nước tiểu chảy rỉ rả qua lỗ miệng sáo không theo ý muốn của bệnh nhân) sau rút thông tiểu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1: Đặc điểm chung

		n	%
Tuổi	≤ 60	5	9,6
	61-70	19	36,55
	70-80	19	36,55
	≥ 81	9	17,3
Tuổi trung bình: $72,42 \pm 8,72$			
Nơi ở	Thành thị	20	38,5
	Nông thôn	32	61,5
Lý do vào viện	Bí tiểu	35	67,3
	Rối loạn tiểu tiện	17	32,7
	Khác (tiểu máu,...)	0	0
Thời gian nghi ngờ mắc bệnh	< 1 năm	19	36,5
	1-2 năm	24	46,2
	> 2 năm	9	17,3
Các bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	8	15,4
	Thoát vị bẹn	4	7,7
	Đái tháo đường	2	3,8
	Sỏi hệ tiết niệu (sỏi thận, sỏi bàng quang)	4	7,7
	Gout	2	3,8
	Bệnh tim (rung nhĩ, block nhĩ thất)	2	3,8
	Táo bón	2	3,8
	Không có bệnh kèm	28	54

Độ tuổi trung bình: $72,42 \pm 8,72$ tuổi, đa số sống ở nông thôn (61,5%). Vào viện vì bí tiểu cấp: 67,3%, rối loạn tiểu tiện 32,7%. Thời gian nghi ngờ mắc bệnh: $1,90 \pm 0,93$ năm.

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.2: Các triệu chứng lâm sàng trước phẫu thuật

Triệu chứng lâm sàng		n	%
Nhóm triệu chứng rối loạn chứa đựng nước tiểu			
Tiểu gấp		32	61,5
Tiểu nhiều lần		49	94,2
Tiểu đêm		49	94,2
Tiểu không kiểm soát		4	7,7
Nhóm triệu chứng liên quan đến bài xuất nước tiểu			
Tiểu khó, phải rặn tiểu, tiểu chậm, đứng lâu mới tiểu hết được		52	100
Tia nước tiểu yếu và nhỏ, nhỏ từng giọt		52	100
Tia tiểu không thành dòng, tiểu ngắt quãng, tiểu ngập ngừng		50	96,2
Nhóm triệu chứng sau đi tiểu			
Cảm giác tiểu không hết		51	98,1
Tiểu xong còn nhỏ giọt		51	98,1
Điểm IPSS và QoL			
IPSS	20-35 điểm	52	100
QoL	5-6 điểm	52	100
Thăm hậu môn – trực tràng			
Bề mặt nhẵn		52	100
Có rãnh giữa		52	100
Mềm, chắc		52	100
Có nhân rắn		0	0
Ấn đau		0	0

Các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) xuất hiện với tỷ lệ cao trong nhóm nghiên cứu, riêng tiểu không kiểm soát là triệu chứng ít xuất hiện nhất trong nhóm đối tượng nghiên cứu này (7,7%). Điểm IPSS trung bình: $25,17 \pm 3,22$ điểm, điểm QoL trung bình: $5,56 \pm 0,50$ điểm.

Tuyến tiền liệt có bề mặt nhẵn, có rãnh giữa, sờ mềm, chắc xuất hiện ở 100% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu khi thăm trực tràng, 76,9% bệnh nhân sờ được tuyến có kích thước lớn, không có trường hợp nào đau hay phát hiện thấy nhân rắn.

Bảng 3.3: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng			n	%
Siêu âm	Thể tích tuyến tiền liệt	≤ 30	12	23,1
		31-40	10	19,2
		41-50	10	19,2
		51-60	9	17,3
		>60	11	21,2

	Thể tích nước tiểu tồn dư sau đi tiểu	< 50 ml	4	26,7
		Từ 50 - 100 ml	11	73,3
		> 100 ml	0	0
Lưu lượng dòng tiểu tối đa	< 10 ml/s		36	94,7
	10-15ml/s		2	5,3
Creatinin máu	$\leq 100 \mu\text{mol/l}$		52	100

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình: $47,33 \pm 19,96$ ml. Thể tích tuyến (đo bằng siêu âm bụng) liên quan một cách có ý nghĩa với thời gian nghi ngờ mắc bệnh với $p = 0,024$ ($< 0,05$). Thể tích nước tiểu tồn dư sau khi đi tiểu trung bình của 15 đối tượng nghiên cứu (những đối tượng khác đã được đặt thông tiểu ngay khi vào cấp cứu) là $60,87 \pm 13,50$

ml. Trong 38 bệnh nhân được đo niệu dòng đồ: 94,7% trường hợp $Q_{\max} < 10\text{ml/s}$, số còn lại đều có $Q_{\max}$ từ 10-15 ml/s. Mức creatinin máu trung bình: $83,02 \pm 6,67 \mu\text{mol/l}$, tất cả đều dưới $100 \mu\text{mol/l}$.

3.3. Kết quả rút thông tiểu sớm sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo

Bảng 3.4: Các triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau khi rút thông tiểu

Triệu chứng lâm sàng	≤ 2 ngày		> 2 ngày	
	n	%	n	%
Không có triệu chứng sau rút ống thông tiểu	28	90,3	18	85,7
Chảy máu tái phát	0	0	0	0
Bí tiểu / Tiểu nhỏ giọt	3	9,7	3	14,3
Tiểu không tự chủ	0	0	0	0
Tổng	31	100	21	100

Có 9,7% số bệnh nhân trong nhóm A có biểu hiện bí tiểu/tiểu nhỏ giọt sau rút ống thông, tỷ lệ này ở nhóm B chiếm 14,3%. Chúng tôi rút ra được không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số ngày rút thông tiểu và các triệu chứng bất thường khi đi tiểu sau khi rút thông tiểu ở hai nhóm đối tượng được rút ống thông tiểu ≤ 2 ngày sau phẫu thuật và nhóm được rút thông tiểu > 2 ngày sau phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt qua niệu đạo do $p > 0,05$ (0,675).

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, cắt tiền liệt tuyến qua niệu đạo bằng điện cao tần đơn cực là phương pháp điều trị tiêu chuẩn các trường hợp tăng sinh

lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định vì tính hiệu quả và an toàn cao³. Thời gian rút thông tiểu sau phẫu thuật tùy thuộc vào ý kiến và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Thông thường, thông tiểu được lưu trong 3 ngày sau phẫu thuật nhưng có thể dao động < 2 ngày đến 5 ngày⁹.

Đặt thông tiểu thời gian dài sau phẫu thuật làm hạn chế sự vận động sớm của bệnh nhân và gây cảm giác khó chịu trong quá trình sinh hoạt, có thể gây nên các bệnh chứng như hẹp niệu đạo, nhiễm khuẩn niệu liên quan đến ống thông, tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị⁷. Với sự cải tiến của trang thiết bị, sự tiến bộ các kỹ năng phẫu thuật gây mê và chăm sóc hậu phẫu thì việc lưu thông tiểu kéo dài là không cần thiết⁴.

Tiêu chí để được rút ống thông tiểu là phải ổn định về dấu hiệu sống, không có cục máu đông và dịch súc rửa bàng quang trong. Với những bệnh nhân không có diễn biến bất thường trong dịch rửa và toàn trạng, chúng tôi sẽ rút ống thông niệu đạo - bàng quang sau 24-48 giờ. Ngược lại, các trường hợp dịch rửa bàng quang luôn có máu cục ở các mức độ, đòi hỏi phải lưu ống thông để súc rửa bàng quang cho đến khi dịch chảy ra trong hẳn, kết hợp với sử dụng kháng sinh, kháng viêm và có thể có phương pháp cầm máu thích hợp để hạn chế chảy máu (nếu có) và nhiễm khuẩn phẫu thuật. Cụ thể, trong nghiên cứu này, thời gian rút ống thông sớm nhất là sau 2 ngày phẫu thuật và muộn nhất là sau 4 ngày phẫu thuật. Đặt ống thông bàng quang – niệu đạo là một thủ thuật bắt buộc phải làm sau mổ nhưng đây cũng là một trong những yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn đường tiểu, do đó việc đặt ra vấn đề rút ống thông tiểu sớm sau phẫu thuật có ý nghĩa rất thiết thực. Sau khi rút ống thông tiểu, tỷ lệ bệnh nhân đi tiểu được bình thường trong nhóm được rút ống thông tiểu ≤ 2 ngày là 90,3%, nhóm >2 ngày là 85,7%, tuy nhiên vẫn còn có 9,7% số bệnh nhân trong nhóm ≤ 2 ngày và 14,3% trong nhóm > 2 ngày có biểu hiện bí tiểu/tiểu nhỏ giọt sau khi rút làm bệnh nhân cảm thấy vẫn còn khó chịu sau khi đã trải qua cuộc phẫu thuật giải phóng tắc nghẽn. Trong nghiên cứu của Mohammad Mahfuzur Rahman⁶, tỷ lệ bí tiểu sau rút ống thông ở nhóm được rút trong thời gian ≤ 2 ngày hậu phẫu là 10%, kết quả gần như không có sự khác biệt so với nhóm đối tượng cũng được rút trong thời gian này ở nghiên cứu của chúng tôi. Tình trạng bí tiểu/tiểu nhỏ giọt sau rút ống thông tiểu không phải là một biến chứng nặng nề nhưng gây nên sự lo lắng không đáng có cho người bệnh. Nguyên nhân

là do tình trạng phù nề tại chỗ, mảnh cắt còn sót lại trong lòng bàng quang sau mổ, cục máu đông hoặc tình trạng cắt còn sót mô tuyến tiền liệt và không đủ để giải phóng tắc nghẽn, ngoài ra còn có ý kiến cho rằng, có thể là do sự bất thường của cơ trơn ở cổ bàng quang. Những trường hợp này thường được đặt lại ống thông tiểu, sử dụng các thuốc kháng viêm chống sưng nề, đồng thời trấn an bệnh nhân và rút ống thông sau 24 giờ. Về biến chứng chảy máu tái phát sau rút ống thông bàng quang – niệu đạo, nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Akpayak I. C² khi không có đối tượng nào trong 2 nhóm nghiên cứu xảy ra biến chứng trên. Tuy nhiên, nếu xét về biến chứng tiểu không tự chủ sau rút ống thông, nghiên cứu của Subramaniyan K⁸ ghi nhận tỷ lệ xuất hiện là 6% ở nhóm đối tượng được rút ống thông tiểu sau 2 ngày và 8% ở nhóm đối tượng được rút ống thông tiểu sau 4 ngày trong khi nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận được bệnh nhân nào có biểu hiện tiểu không tự chủ ở cả 2 nhóm được rút ống thông tiểu sớm và muộn. Điều này có thể được giải thích là do không có sự tổn thương của nhóm cơ thắt niệu đạo trong quá trình phẫu thuật, hoặc có thể tổn thương tạm thời nhưng đã hồi phục tốt trong quá trình đặt ống thông tiểu, hay không có hiện tượng chảy máu tái phát tại vết mổ sau rút ống thông. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không tìm ra được mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa số ngày rút ống thông tiểu sau phẫu thuật và các triệu chứng bất thường khi đi tiểu sau rút ống thông tiểu với $p = 0,675$ (bảng 3.4). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đó của Akpayak I. C và cộng sự, Mohammad Mahfuzur Rahman, Subramaniyan K và cộng sự.

V. KẾT LUẬN

Qua phân tích các số liệu trong nghiên cứu, chúng tôi kết luận rút thông tiểu sớm (≤ 2 ngày) sau phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua niệu đạo là an toàn, các biến chứng không khác biệt so với rút thông tiểu > 2 ngày, hạn chế các triệu chứng không mong muốn khi mang thông tiểu, giảm chi phí điều trị và thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 11-24.
2. **Akpayak I.C, Shuaibu S.I, Onowa V.E, Agbo C.A** (2020), "Early versus delayed foley catheter oval after transurethral resection of the prostate", *Nigerian Journal of Medicine*, 29(1), pp.111-114.
3. **Gratzke, Christian, et al**, "EAU guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction", *European urology* 67.6 (2015), pp. 1099-1109.
4. **Kirollos MM**, "Length of postoperative hospital stay after transurethral resection of the prostate" *Ann R Coll Surg Engl*. 1997 Jul;79(4), pp. 284-8.
5. **Lerner LB, McVary KT, Barry MJ, Bixler BR, Dahm P, Das AK, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, Martin L, Parsons JK, Roehrborn CG, Stoffel JT, Welliver C, Wilt TJ**. "Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia", *AUA GUIDELINE PART I-Initial Work-up and Medical Management*. *J Urol*. 2021 Oct;206(4), pp. 806-817
6. **Mohammad Mahfuzur Rahman** (2017), "Comparative study between outcome of early and conventional catheter removal after transurethral resection of prostate", *Bangladesh J. Urol*. 2017, 20(2), pp. 82-86.
7. **Mueller EJ, Zeidman EJ, Desmond PM, Thompson IM, Optenberg SA, Wasson J**, "Reduction of length of stay and cost of transurethral resection of the prostate by early catheter removal", *Br J Urol*, 1996 Dec;78(6), pp. 893-6.
8. **Subramaniyan K, Veerappan R, Safdar Hayat, Hussain, Saravanan K, Govindaraja** (2018), "Early versus delayed removal of urinary foley catheter following transurethral resection of prostate - Our institutional experience", *Indian journal of applied research*, 8, 6, pp. 2018.
9. **Shum CF, Mukherjee A, Teo CP**, "Catheter-free discharge on first postoperative day after bipolar transurethral resection of prostate: clinical outcomes of 100 cases", *Int J Urol*. 2014 Mar;21(3), pp. 313-8.
10. **Tatsuo Nakagawa, Allan G. Toguri** (2006), "Early Catheter Removal following Transurethral Prostatectomy: A Study of 431 Patients", *Med Princ Pract* ,15, (2), pp. 126–130.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TÁN SỎI THẬN BẰNG ống SOI MỀM VỚI HỆ THỐNG HÚT LIÊN TỤC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA GIA ĐÌNH ĐÀ NẴNG

Đặng Phước Đạt¹ và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tán sỏi thận bằng ống mềm với hệ thống hút liên tục tại bệnh viện Đa khoa Gia Đình Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả tiền cứu 24 trường hợp tán sỏi thận bằng laser qua nội soi ngược dòng ống mềm với hệ thống hút liên tục tại khoa Ngoại - Bệnh viện Đa khoa Gia Đình Đà Nẵng từ tháng 6/2022- 5/2023.

Kết quả: 24 bệnh nhân (gồm 19 nam và 5 nữ), với độ tuổi trung bình: $44,2 \pm 11,1$ tuổi (29-61). Kích thước sỏi trung bình là: $16,5 \pm 3,9$ mm. Phức hợp sỏi đài bể thận và niệu quản chiếm 45,8% trường hợp. Mức độ ứ nước thận trên CT-Scanner trước mổ: 11 trường hợp đài bể thận ứ nước độ I (chiếm 45,8%), 6 trường hợp độ II (chiếm 25,0%), 5 trường hợp độ III (chiếm 20,8%) và 2 trường hợp (8,3%) không có ứ nước. Thời gian tán sỏi trung bình: $55,0 \pm 13,0$ phút (30-75 phút). Thời gian nằm viện sau tán sỏi trung bình: $2,6 \pm 1,3$ ngày; có 87,5% bệnh nhân hết sỏi sau 3 tuần phẫu thuật, có 3 bệnh nhân (12,5%) còn sót mảnh sỏi được tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung sau phẫu thuật.

Kết luận: Tán sỏi thận qua nội soi ngược dòng ống mềm với hệ thống hút liên tục mang lại

nhiều ưu điểm: an toàn, ít xâm lấn, thời gian tán sỏi nhanh, sớm hồi phục sau phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi cao, ít tai biến biến chứng.

Từ khóa: Phẫu thuật trong thận nội soi ngược dòng, nội soi ống mềm.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF RENAL CALCULI WITH SUCTIONING FLEXIBLE URETEROSCOPES AT FAMILY HOSPITAL

Objectives: To evaluation the results of treatment of renal calculi with flexible ureterorenoscopy with continuous suctioning system at Department of Surgery - Family Hospital.

Subjects and methods: Prospective study of 24 retrograde nephrolithotripsy cases treated by flexible ureterorenoscopy with continuous suctioning system at Family Hospital from 6-2022 to 5-2023.

Results: 24 patients (19 male and 5 female) with mean age of 44.2 ± 11.1 years (29-61 years). Mean size stone: 16.5 ± 3.9 mm. The location of the stone was at pelvicalyceal and ureteral stones 45.8%. Estimate the hydronephrosis on preoperative CT-Scanner includes: 2 normal (8.3%), 11 grade I (45.8%), 6 grade II (25.0%) and 5 grade III (20.8%). The mean lithotripsy time: 55.0 ± 13.0 minutes (the shortest was 30 minutes and the longest was 75 minutes). The mean of hospital stays after surgery: 2.6 ± 1.3 day. 87.5% patients were stone

¹Bệnh viện Đa khoa Gia Đình Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phước Đạt

ĐT: 0919480180

Email: bsdangphuocdat@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

free after 3 weeks surgeon, 3 patients (12.5%) who still had residual stones treated with extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) after surgery.

Conclusion: Flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy for treatment and pelvicalyceal stones is a new, safe, quick stone fragmentation time, and less invasive treatment.

Keywords: retrograde intrarenal surgery, flexible ureterorenoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một trong những bệnh lý tiết niệu phổ biến nhất, với tỷ lệ ước tính dao động từ 1% đến 20% phụ thuộc vào các yếu tố địa lý, khí hậu, chủng tộc, chế độ ăn uống và yếu tố di truyền [1]. Sỏi thận có tỷ lệ tái phát cao với 14%, 32% và 52% lần lượt sau 1 năm, 5 năm và 10 năm [2]. Việt Nam là nước nằm trong vùng có tỷ lệ sỏi cao trên thế giới và sỏi thận chiếm khoảng 40% các trường hợp [3].

Phẫu thuật trong đường bài xuất của thận, niệu quản qua nội soi ngược dòng (RIRS) là phương pháp tiếp cận và điều trị sỏi thận hoàn toàn theo đường tự nhiên của cơ thể, cùng với nguồn phát tia laser Holmium ngày càng mạnh mẽ, linh hoạt có thể tán sỏi ở tất cả các vị trí trong đài bể thận, niệu quản với tỷ lệ thành công và hiệu quả sạch sỏi cao. Tán sỏi thận nội soi ống mềm được thực hiện trên thế giới từ năm 1996 và trong nước từ năm 2010 với tỷ lệ thành công đạt 70-93% [4,5]. Tán sỏi bằng ống soi mềm là lựa chọn tối ưu khi các phương pháp điều trị sỏi phổ biến khác như tán sỏi thận qua da (PCNL) chỉ định đối với trường hợp sỏi thận > 2 cm và tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) đối với sỏi thận < 2 cm bộc lộ những hạn chế. Với các trường hợp sỏi thận nhiều viên, ở nhiều vị trí thì tỷ lệ thành công của tán sỏi ngoài cơ thể

chỉ đạt 50%, đặc biệt tán sỏi ngoài cơ thể không hiệu quả trong các trường hợp sỏi nhóm đài dưới, sỏi quá cứng hay quá mềm, hay có bất thường giải phẫu các nhóm đài bể thận. Tán sỏi thận qua da mặc dù có tỷ lệ sạch sỏi tương đối cao, khoảng 78% - 96%, nhưng đây lại là phương pháp không đi theo con đường tự nhiên của cơ thể và có tỷ lệ các nguy cơ tiềm ẩn có thể xảy ra (như: chảy máu, tổn thương tạng), đối với những bệnh nhân mắc bệnh béo phì, hay mắc các bệnh liên quan đến rối loạn đông máu thì tán sỏi thận qua da không phải là lựa chọn tối ưu [4].

Kết quả của phẫu thuật tán sỏi thận bằng ống mềm phụ thuộc rất nhiều vào các yếu tố liên quan đến bệnh nhân (đặc điểm của sỏi, giải phẫu đường tiết niệu, các bệnh đồng mắc) và trang thiết bị. Với sự phát triển không ngừng của khoa học kỹ thuật, các dụng cụ nội soi mềm được cải tiến thường xuyên để tăng tính an toàn và hiệu quả điều trị, trong một vài năm gần đây việc sử dụng giá đỡ có kênh hút liên tục áp lực 80 – 120mmHg đã cho thấy hiệu quả làm rõ phẫu trường để tán sỏi và tăng hiệu quả hút sỏi từ đó giúp giảm thời gian phẫu thuật và giảm khả năng sót sỏi.

Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật tán sỏi thận bằng ống soi mềm với hệ thống hút liên tục tại Bệnh viện đa khoa Gia Đình Đà Nẵng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 24 bệnh nhân được tán sỏi nội soi bằng ống mềm có hệ thống hút liên tục tại khoa Ngoại - Bệnh viện đa khoa Gia Đình Đà Nẵng từ 6/2022 – 5/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có sỏi thận được xác định bằng chụp phim CT-Scanner.
- Sỏi đài bể thận có kích thước từ ≤ 2.5 cm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sỏi đài, bể thận > 2.5 cm.
 - Hẹp niệu quản, dị dạng thận niệu quản không đặt được máy nội soi.
 - Sỏi đài dưới với góc bể thận đài dưới (LIP) < 30 độ, chiều dài đài thận (IL) > 3 cm và đường kính cổ đài < 5 mm.
 - Hẹp, gấp khúc niệu quản, dị dạng thận niệu quản không đặt được máy nội soi.
 - Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị, thận mất chức năng.
 - Có rối loạn đông máu, suy tim, suy hô hấp nặng.
 - Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.
- Bệnh nhân không đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc, không đối chứng.

Quy trình phẫu thuật:

Chuẩn bị trước mổ: 100% bệnh nhân sỏi thận được chụp CLVT, các xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, nhóm máu, đông máu, sinh hóa máu, điện tim, X-quang tim phổi, xét nghiệm nước tiểu, soi nước tiểu nhuộm gram, cấy nước tiểu nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Bệnh nhân được đặt sonde JJ 7F trước mổ 10-14 ngày hoặc không đặt JJ trước tán sỏi trong một số trường hợp nhất định. Bệnh nhân được giải thích các vấn đề liên quan đến quy trình phẫu thuật, các tai biến, biến chứng.

Phương tiện phẫu thuật: Dàn máy nội soi hãng Karl-Storz, máy tán laser 80W, ống nội soi mềm, ống nội soi bán cứng, Guidewide, Sheat có 2 kênh tán và hút liên tục, sonde JJ 6F, 7F.

Phương pháp vô cảm: Gây mê toàn thân.

Phẫu thuật:

- Tư thế sản khoa.
- Đặt ống soi bàng quang rút sonde JJ trong trường hợp có đặt sonde JJ trước tán sỏi 10-14 ngày. Đặt ống soi bán cứng lên niệu quản bên có sỏi thận, đặt guidewide lên. Đặt Sheat qua guidewide, rút nòng trong của Sheat. Đặt ống soi mềm lên thận qua Sheat.
- Tiến hành tìm sỏi thận qua các đài, sử dụng hệ thống hút liên tục giúp tuần hoàn dịch rửa trong đài bể thận. Sau khi thấy sỏi, điều chỉnh đầu laser để tán sỏi vỡ nhỏ, kích thước dưới 4(mm).

- Rút máy, đặt JJ 6F hoặc 7Fr vào niệu quản tương ứng. Đặt thông tiểu Foley 14Fr.

Theo dõi bệnh nhân sau tán sỏi:

- bệnh nhân được chụp X-quang hệ tiết niệu sau mổ ngày thứ 1 hoặc ngày thứ 2.
- bệnh nhân được tái khám tại thời điểm sau mổ 3 tuần: Được khám lâm sàng, siêu âm, chụp X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị. Nếu thời điểm khám lại 3 tuần kiểm tra hết sỏi thì được rút JJ tại thời điểm đó. Nếu còn sót mảnh sỏi lớn thì tư vấn tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung và tái khám sau 2 tuần rút sonde JJ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, tiền sử liên quan đến các can thiệp sỏi thận, triệu chứng lâm sàng, có đặt JJ trước tán sỏi hay không, đặc điểm sỏi thận (vị trí sỏi trong thận, sỏi ở một bên thận hay cả 2 thận, số lượng sỏi, kích thước sỏi đo được trên phim CT scan, mức độ thận ứ nước của đài bể thận).

Kết quả điều trị: Thời gian thực hiện tán sỏi ; Số ngày dùng thuốc giảm đau sau mổ, Số ngày nằm viện sau phẫu thuật.

Biến chứng: Sốt, nhiễm khuẩn, chảy máu, tụ dịch quanh thận.

Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ 3 tuần.

Đánh giá hết sỏi khi: Kiểm tra bể thận và các đài thận hết sỏi, chụp phim Xquang hệ tiết niệu hết sỏi hoặc còn mảnh sỏi nhỏ $\leq 4\text{mm}$.

Không hết sỏi khi: Không tiếp cận được sỏi, không tán được sỏi; Không đưa được ống soi mềm vào thận; Đưa ống soi mềm vào thận nhưng không soi thấy sỏi mục tiêu do bí hẹp cổ đài thận, hoặc soi thấy sỏi thận nhưng không thao tác đưa ống soi tiếp cận được sỏi; Tán được sỏi nhưng còn sót sỏi $>4\text{mm}$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 24 bệnh nhân sỏi thận được tán sỏi nội soi ngược dòng ống mềm sử dụng hệ thống hút liên tục tại khoa Ngoại - Bệnh viện đa khoa Gia Đình từ 6/2022-5/2023, chúng tôi thu được kết quả:

3.1. Đặc điểm chung:

Độ tuổi trung bình là: $44,2 \pm 11,1$ tuổi (29-61 tuổi).

Tỷ lệ nam có 19 trường hợp chiếm 79,2%, nữ có 5 trường hợp chiếm 20,8%.

16 BN (66,7%) có chỉ số BMI bình thường, 7 BN (29,2%) có thừa cân, béo phì.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n = 24)

	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tiền sử can thiệp sỏi		
- Mổ hở lấy sỏi	9	37,5%
- Tán sỏi ngoài cơ thể	3	12,5%
Triệu chứng đi khám bệnh		
- Đau hông lưng bên có sỏi	23	95,8%
- Đái máu	7	29,2%
- Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	5	20,8%

Đặc điểm của sỏi thận: Kích thước sỏi trung bình là: $16,5 \pm 3,9$ mm (7-25 mm), 100% sỏi cản quang trên phim chụp KUB. 20 bệnh nhân (83,3%) được đặt sonde JJ niệu quản bên có sỏi trước tán sỏi ống mềm 2 tuần. 05 bệnh nhân (20,8%) được đặt sonde JJ và tiến hành tán sỏi thận 2 bên trong một lần phẫu thuật.

Bảng 2. Đặc điểm sỏi thận

	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Số lượng viên sỏi		
- 1 viên	3	12,5%
- 2 viên	10	41,7%
- 3 viên	8	33,3%
- > 3 viên	3	12,5%
Vị trí sỏi		
- Đài thận	7	29,2%
- Đài bể thận	6	25,0%
- Đài bể thận và niệu quản	11	45,8%

Độ ứ nước của đài bể thận		
- Không ứ nước	2	8,3%
- Độ I	11	45,8%
- Độ II	6	25,0%
- Độ III	5	20,8%

3.2. Kết quả điều trị

- 100% đặt được giá đỡ nội soi ống mềm, tiếp cận được sỏi và tán sỏi bằng laser.

- Thời gian tán sỏi trung bình: $55,0 \pm 13,0$ phút (30-75)

- Thời gian nằm viện sau tán sỏi trung bình: $2,6 \pm 1,3$ ngày (1-7)

- Số ngày dùng giảm đau sau phẫu thuật trung bình: $1,3 \pm 0,6$ ngày (1-3)

- Bệnh nhân hết sỏi sau 3 tuần phẫu thuật: 21 bệnh nhân (87,5%)

- Tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung sau phẫu thuật: 03 bệnh nhân (12,5%)

Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật:

- Sốt, nhiễm khuẩn: 01 bệnh nhân (4,2%)

- Tụ dịch quanh thận: 01 bệnh nhân (4,2%)

Không có tai biến biến chứng hẹp niệu quản, đứt niệu quản, thủng, lộn nòng niệu quản, tổn thương bàng quang, niệu đạo.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $44,2 \pm 11,1$ tuổi (29-61 tuổi), nam giới chiếm 79,2%, nữ giới chiếm 20,8%. Kết quả nghiên cứu tương đương với các tác giả trong và ngoài nước. Theo Okan Bas và cộng sự 2019 [9] tuổi trung bình nhóm bệnh nhân tán sỏi ống mềm là $45,6 \pm 14,0$ tuổi (2-86). Theo Bùi Sỹ Tuấn Anh và cộng sự 2021[6], độ tuổi trung bình là $45,32 \pm 14,38$ (31-72 tuổi), nam giới chiếm 82,35%, nữ giới chiếm 17,65%. Trước khi làm tán sỏi ống mềm, 12 BN (50,0%) có tiền căn đã có ít nhất một lần can thiệp điều trị đối với sỏi thận, trong đó 9 BN (37,5%) có tiền căn mổ hở lấy sỏi, 03

BN (12,5%) đã tán sỏi ngoài cơ thể. Triệu chứng đau hông lưng bên có sỏi là phổ biến nhất có ở 23 BN (95,8%).

Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu là $16,5 \pm 3,9$ mm (7-25mm), 100% sỏi cản quang trên phim chụp KUB. Tỷ lệ bệnh nhân có từ 2 viên sỏi trở lên là 87,5%, phổ biến nhất là có 2 viên sỏi ở 41,7% BN. Tỷ lệ có sỏi đài bể thận và sỏi niệu quản phối hợp chiếm 45,8%. Theo Okan Bas và cộng sự 2019 [9], kích thước sỏi trung bình là $15,15 \pm 8,32$ mm. Theo Nguyễn Minh An và cộng sự [8] kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là $20,8 \pm 7,8$ mm, 29% BN có 1 viên và 71% là sỏi phức hợp. Các tác giả thống nhất lựa chọn nhóm bệnh nhân tán sỏi ống mềm có kích thước sỏi dưới 2,5cm. Tỷ lệ bệnh nhân thận không ứ nước chiếm 8,3%, thận ứ nước độ 1 chiếm 45,8%, thận ứ nước độ 2 chiếm 25,0%, thận ứ nước độ 3 chiếm 20,8%.

Trong nghiên cứu 100% trường hợp đặt được Sheat (giá đỡ nội soi ống mềm), tiếp cận được sỏi và tán sỏi bằng laser thành công. Thời gian tán sỏi trung bình của nghiên cứu là $55,0 \pm 13,0$ phút, (30-75 phút). Theo Hoàng Long và cộng sự [7], thời gian tán sỏi trung bình là $58,31 \pm 23,16$ phút (từ 25-120 phút). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $2,6 \pm 1,3$ ngày (1- 7 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau mổ 3 tuần là 87,5%. Theo Hoàng Long [7], tỷ lệ sạch sỏi sớm đạt 87,3%, theo dõi sau mổ sau 2 - 4 tuần đạt tỷ lệ 90,5%, thời gian nằm viện trung bình: $2,14 \pm 1,57$ ngày (2 - 5 ngày),

còn theo nghiên cứu của Phan Trường Bảo [5] tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ là 51,7%, tỉ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 61,7% và tỉ lệ sạch sỏi toàn bộ sau 3 tháng là 75%.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, không có trường hợp nào bị chảy máu hay lộn nòng niệu quản, không có trường hợp tắc sonde JJ do máu cục, có 01 trường hợp (4,2%) bị nhiễm khuẩn huyết và tụ dịch quanh thận, nguyên nhân có thể do sỏi bệnh nhân có kích thước lớn, bệnh nhân tiền căn có viêm thận bể thận do sỏi đã điều trị trước đó nhiều đợt.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá kết quả bước đầu 24 trường hợp nội soi tán sỏi thận ống mềm với hệ thống hút liên tục tại Bệnh viện Đa khoa Gia Đình bước đầu tán sỏi thận đạt hiệu quả sạch sỏi cao 87,5% sau 3 tuần, thời gian tán sỏi nhanh, thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn, ít đau phù hợp với xu hướng can thiệp xâm lấn tối thiểu hiện nay. Đây là một lựa chọn điều trị sỏi thận mới hiệu quả và có thể thực hiện thường quy tại các bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trinchieri A. et al.** Epidemiology, In: Stone Disease, C.P. Segura JW, Pak CY, Preminger GM, Tolley D., Editors. 2003, Health Publications: Paris.
2. **The first kidney stone. Uribarri J, Oh MS, Carroll HJ.** Ann Intern Med. 1989; 111:1006– 1009.
3. **Trần Văn Hình** (2013), Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh** (2017). Nghiên cứu ứng dụng nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi đài thận bằng Laser Holmium, Y học Việt Nam, tập 452, số1/2017: 8 - 11.
5. **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 TP Hồ Chí Minh.
6. **Bùi Sỹ Tuấn Anh** (2021), Kết quả bước đầu điều trị tán sỏi thận bằng nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm tại Bệnh viện Giao thông vận tải, Y học Việt Nam, tập 509, số 12/2021: 37-40.
7. **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.
8. **Nguyễn Minh An, Ngô Trung Kiên, Bùi Hoàng Thảo** (2023), Nghiên cứu tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi nội soi ống mềm ngược dòng điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Xanh Pôn, Y học Việt Nam, 523(1).
9. **Okan Bas, Cantuygun, Onur Dede, et al.** Factors affecting complication rates of retrograde flexible ureterorenoscopy: analysis of 1571 procedures — a single-center experience. World Journal of Urology (2017), 35, (819-826).

KẾT QUẢ SỬ DỤNG CEFUROXIME LÀ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Đức Dũng¹, Nguyễn Việt Hải¹, Kiều Đức Vinh¹,
Đỗ Tuấn Anh¹, Nguyễn Công Định¹, Chử Lê Thanh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng Cefuroxime là kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

Đối tượng và phương pháp: 56 bệnh nhân được tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ từ tháng 02/2022- 2/2023 tại khoa tiết niệu BVTWQĐ 108 được sử dụng kháng sinh dự phòng là Cefuroxim 750mg - 1,5g (tiêm 750mg với bệnh nhân < 70kg, tiêm 1,5g với bệnh nhân ≥ 70 kg), tiêm tĩnh mạch một liều duy nhất trước mổ 30 phút. Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân không có nhiễm khuẩn niệu trên lâm sàng và cận lâm sàng, theo dõi 24h sau mổ: sốt, SIRS, công thức máu, cấy khuẩn niệu.

Kết quả: 24h sau PCNL có 08 bệnh nhân bị sốt (14,3%), tỉ lệ bạch cầu máu(BC) tăng 45/54 (83,3%) (P= 0,068. SIRS có 2/56 (3,6%). Có 1/56 (1,8%) bệnh nhân cấy khuẩn niệu trong và sau mổ dương tính. 48/56 bệnh nhân được rút sonde tiểu và thông dẫn lưu thận sau 2 ngày, 8/56 bệnh nhân rút sonde tiểu và thông dẫn lưu thận > 3 ngày do sốt sau mổ. Thời gian mổ trung bình là 41,16 ± 17,14 (20-115) phút, ra viện sau 3,78 ± 1,1 ngày.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Dũng
ĐT: 0985815516

Email: dung.tran2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 5/6/2023

Ngày duyệt đăng: 20/6/2023

Kết luận: Cefuroxim 750mg được dùng làm kháng sinh dự phòng, tiêm tĩnh mạch 1 mũi duy nhất trong tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ đạt kết quả không có nhiễm khuẩn sau mổ là 85,7%, có thể thay thế kháng sinh bao phủ phẫu thuật đối với bệnh nhân không có nhiễm khuẩn niệu, thời gian mổ ngắn không có tai biến trong mổ.

SUMMARY

RESULTS OF USING OF CEFUROXIME AS PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC IN PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT MILITARY CENTER HOSPITAL 108

Objectives: Evaluation of the results of using Cefuroxime as prophylactic antibiotic in mini-PCNL.

Patients and method: 56 patients undergoing PCNL from February 2022 to February 2023 at the Department of Urology, Military Central Hospital 108, were given prophylactic antibiotics Cefuroxim 750mg - 1.5g (750mg injection for patients <70kg), 1.5g injection in patients ≥ 70 kg), a single intravenous dose 30 minutes before surgery. Selection criteria: patients without clinical and subclinical bacteriuria, 24h postoperative follow-up: fever, SIRS, complete blood count, bacteriuria culture.

Results: 24 hours after PCNL: there were 08 patients with fever (14.3%), the percentage of white blood cells (BC) 14.3 ± 2.56 (p = 0.17). SIRS had 2/56 (3.6%). There are 1/56 (1.8%)

patients with positive bacteriuria and blood cultures, 48/56 patients with urinary catheter removed and renal drainage after 2 days, 8/56 patients with urinary catheter and catheter removed. kidney retention > 3 days due to post-operative fever. The average operative time was 41.16 ± 17.14 (20-115) min, discharge after 3.78 ± 1.1 days.

Conclusion: Cefuroxim 750mg is used as a prophylactic antibiotic, administered intravenously as a single injection in PCNL, resulting in no postoperative infection of 85.7%, which can replace antibiotics for surgical coverage. Surgery for patients without urinary tract infection, short operative time without intraoperative complications.

Keywords: Percutaneous nephrolithotomy, Antibiotic prophylaxis, Urosepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết là một trong các biến chứng sau tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, ảnh hưởng tới kết quả điều trị, tăng chi phí và thời gian nằm viện của bệnh nhân. Dự phòng bằng kháng sinh được khuyến nghị cho những bệnh nhân phẫu thuật PCNL để ngăn ngừa các biến chứng nhiễm trùng này. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, ở những bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu âm tính trước phẫu thuật, điều trị dự phòng bằng kháng sinh có thể làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật.

Tuy nhiên sử dụng kháng sinh dự phòng trong nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ vẫn chưa được áp dụng phổ biến ở Việt Nam. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 56 bệnh nhân bị sỏi thận có chỉ định tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng Laser tại BV TWQĐ 108 tháng 02/2022 đến 02/ 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân không có nhiễm khuẩn niệu trên lâm sàng, cấy khuẩn niệu âm tính, kích thước sỏi ≤ 45 mm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng: sốt $>37^{\circ}\text{C}$, BC máu >15 G/L.
- Cấy khuẩn niệu: Dương tính $> 10^5$ VK/ml.
- Nước tiểu trên thận đục, mủ khi chọc kim vào thận.
- Tai biến trong mổ khi nội soi tán sỏi.
- Bệnh phối hợp kèm theo tăng nguy cơ nhiễm khuẩn niệu sau mổ: rối loạn đông máu, lao, suy giảm miễn dịch...
- Dị ứng với thuốc kháng sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả không đối chứng.

Các chỉ tiêu đánh giá trước mổ: đặc điểm của sỏi trên XQ, CT Scan HTN, hình thái thận, xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, cấy khuẩn niệu.

Các chỉ tiêu đánh giá trong mổ:

- Thời gian mổ: tính từ lúc đặt catheter đến lúc đóng chân dẫn lưu thận.
- Lượng dịch tưới trong lúc tán sỏi (NaCl)
- Cấy khuẩn nước tiểu: chọc kim dưới hướng dẫn siêu âm, lấy nước trong thận cấy khuẩn niệu hoặc sau 1 ngày cấy khuẩn niệu qua dẫn lưu thận.

- Các tai biến trong mổ: tổn thương mạch máu, tổn thương tạng, màng phổi...

Các chỉ tiêu đánh giá sau mổ:

- Sốt, chỉ số SIRS được chẩn đoán khi BN đáp ứng 2 trong 4 tiêu chí sau: nhiệt độ

cơ thể < 36°C hoặc > 38°C < 36°C hoặc > 38°C nhịp tim > 90 nhịp/phút, nhịp thở > 20 nhịp thở/phút hoặc PCO₂ < 32 mm Hg và bạch cầu đếm > 12 G/L hoặc < 4 G/L.

- Ngày nằm điều trị.

- Các biến chứng sau mổ: Khi bệnh nhân có 1 trong các triệu chứng sau: sốt ≥ 38 C, BC máu > 15 G/L, bệnh nhân được chuyển sang dùng kháng sinh điều trị kéo dài sau mổ.

Xử lý số liệu theo phần mềm IPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm sỏi trên phim XQ tiết niệu và CT Scan

Chỉ tiêu sỏi	Sỏi thận	Tỉ lệ%
Phân loại sỏi theo GSS (loại 1/2/3/4)	14/15/23/4	25/27/41/6
Kích thước (mm)	22,4±9,2	
Mật độ sỏi ≥ 950 HU/ ≤ 950 HU	50/6	89,3/10,7

- Sỏi bể thận đơn thuần: 25%, sỏi bán san hô và nhiều viên chiếm đa số: 68%.

- Kích thước sỏi thận lớn nhất: 45 mm

- Mật độ sỏi cứng ≥ 950 HU chiếm: 89,3%, sỏi mật độ mềm / ≤ 950 HU: 10,7%

- Có 2 BN tán sỏi bể thận 2 bên 1 thì.

Bảng 2. Hình thái thận trên CT Scan

Thận	Không giãn	Giãn độ I	Giãn độ II	Giãn độ III	Giãn độ IV	n
CTscan	0	28	21	7	0	56

Chức năng thận giãn độ I: 28/56 (50%), Giãn độ II: 21/56(37,5%), giãn độ III: 7/56 (12,5%).

Bảng 3. Kết quả cận lâm sàng máu trước mổ, sau mổ

Máu	Trước mổ	Sau mổ	P
HC (TB±SD)	4,73±0,46	4,42 ± 0,47	0,62
BC (TB±SD)	11,5±2,34	14,3 ±2,56	0,17

- Giảm nhẹ số lượng hồng cầu và tăng nhẹ số lượng bạch cầu sau mổ không có ý nghĩa thống kê (P > 0,05).

- Có 2 BN sau mổ phải truyền máu 750ml khối hồng cầu, 1BN phải nút mạch

can thiệp cầm máu, 1 BN có sốt cao kéo dài, cấy máu và nước tiểu dương tính cùng 1 loại vi khuẩn, tiến hành bơm rửa BQ lấy máu cục, cho nhỏ giọt BN liên tục, dùng thuốc theo kháng sinh đồ.

Bảng 4. Kết quả cấy khuẩn niệu trước mổ và sau mổ

	n=56	Kết quả	Tỉ lệ %	Ghi chú
Cấy trước mổ	56	Âm tính	100%	Có 3 ca cấy lần 1: Dương tính, lần 2: âm tính
Cấy trong mổ	35	Âm tính	62,5%	
Cấy sau mổ	20	Âm tính	35,7%	
	1	Dương tính	1,8%	Cấy máu cũng dương tính

- Có 56/56 BN có cấy khuẩn niệu trước mổ: âm tính.
- Có 35/56 BN cấy khuẩn niệu trong mổ khi chọc kim vào đài thận đều âm tính.
- Có 1/56 BN cấy khuẩn niệu ngày thứ 2 qua sonde niệu đạo: dương tính, BN này có sốt 39C, cấy máu cũng dương tính với 1 loại vi khuẩn.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật và hậu phẫu

Chỉ tiêu	Kháng sinh dự phòng	Ghi chú
Thời gian tán sỏi (phút) (TB $\pm$ SD)	41,16 $\pm$ 17,14 (20 -115)	115 phút: mổ 2 bên 1 thì
Lượng dịch tưới trong mổ (lít)	16,6 $\pm$ 6,9	
Có/không đặt stent JJ	56/0	
Rút sonde tiểu + dẫn lưu thận sau 2 ngày/ > 3 ngày	48/8	Có 8 BN sốt nên thời gian lưu sonde lâu hơn
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	3,78 $\pm$ 1,1	

- Thời gian tán sỏi thận trung bình 41,16 $\pm$ 17,14(20 - 115) phút (dao động từ 20 - 115 phút), lượng dịch tưới trong mổ: 16,6 $\pm$ 6,9 lít NaCl 9%.

- Có 48/56 (85,7%) BN được rút sonde niệu đạo và thông thận vào ngày thứ 2, có 8/58 (14,3%) BN bị sốt, SIRS sau mổ, chảy máu trong phẫu thuật nên thông thận và niệu đạo rút khi bệnh nhân ổn định.

Bảng 6: Các tai biến biến chứng trong và sau mổ

Tai biến, biến chứng	n = 56	Tỉ lệ %
Chảy máu	2	3,6
Sốt sau mổ	6	10,7
SIRS	2	3,6
Nhiễm khuẩn huyết	1	1,8
Tổn thương tạng khác, màng phổi, ruột...	0	0

IV. BÀN LUẬN

Kháng sinh được đưa vào sử dụng từ những năm 20 của thế kỉ trước đã tạo ra cuộc các mạng trong điều trị, tỷ lệ bệnh nhân được cứu sống nâng cao. Tuy nhiên việc lạm dụng kháng sinh dẫn đến vi khuẩn kháng thuốc ngày càng nghiêm trọng, làm tăng chi phí điều trị, thời gian nằm viện kéo dài. Kháng sinh dự phòng được thử nghiệm trên lâm sàng đã chứng minh được tính hiệu quả làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn, giảm ngày điều trị, giảm chi phí.

Việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ vẫn còn ít áp dụng phổ biến ở các bệnh viện trong

nước. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về sử dụng kháng sinh dự phòng trong PCNL.

Biến chứng nhiễm trùng trong tán sỏi thận qua da

Tác giả Charton và cộng sự (1986) [1] đã nhấn mạnh tính nhạy cảm của những bệnh nhân có kết quả cấy nước tiểu âm tính được coi là có nguy cơ thấp, cho thấy 35% có dấu hiệu nhiễm trùng sau phẫu thuật. Các nghiên cứu sau đó đã xác nhận rằng các dấu hiệu nhiễm trùng (chẳng hạn như sốt) là phổ biến, xảy ra ở 2,8% đến 32,1% bệnh nhân. Thật may mắn, sự tiến triển thành nhiễm trùng

huyết nặng và hội chứng phản ứng viêm hệ thống (SIRS) là rất hiếm (0,3% – 4,7%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 56 BN đều được cấy khuẩn nước tiểu trước mổ: 100% âm tính, được coi là yếu tố có nguy cơ thấp và tỉ lệ sốt sau mổ là 14,3%, không có trường hợp nào tử vong.

Các yếu tố nguy cơ nhiễm trùng

Đã có nhiều nghiên cứu điều tra các yếu tố nguy cơ tiềm ẩn đối với sự phát triển nhiễm trùng sau phẫu thuật ở bệnh nhân PCNL. Tuy nhiên, các điểm cuối chính khác nhau giữa các nghiên cứu, với sự thay đổi trong việc sử dụng sốt hoặc SIRS làm tiêu chí nhiễm trùng. Nhiều nghiên cứu đã sử dụng sốt như một điểm cuối trong việc xác định các yếu tố nguy cơ.

Một nghiên cứu của Tác giả Doğan và các cộng sự [2] đã xác định thời gian phẫu thuật và lượng nước tưới được sử dụng trong PCNL là các yếu tố nguy cơ gây sốt. Nghiên cứu này thời gian tán sỏi trung bình: $41,16 \pm 17,14$ phút, trong đó 8/56 BN sốt, SIRS có thời gian tán sỏi trung bình cao hơn là $55,12$ phút. Lượng nước tưới trong PCNL: $16,5 \pm 6,9$ lít. Những bệnh nhân sốt của chúng tôi có thời gian tán sỏi lâu và lượng nước tưới rửa nhiều là yếu tố gây nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ.

Theo Sharifi Aghdas và các cộng sự [3] đã phát hiện ra rằng giới tính nữ, việc sử dụng ống thông thận và kết quả cấy nước tiểu trước phẫu thuật dương tính có liên quan đến tỷ lệ sốt sau PCNL cao hơn. Mặc dù sốt có thể là dấu hiệu của nhiễm trùng sau PCNL, nhưng nó có thể liên quan đến xẹp phổi. Do đó, nhiều nghiên cứu đã chọn tập trung vào sự xuất hiện của SIRS như một dấu hiệu thực sự của nhiễm trùng hậu phẫu. SIRS được chẩn đoán khi bệnh nhân đáp ứng hai trong bốn tiêu chí sau: nhiệt độ cơ thể <

36°C hoặc $> 38^{\circ}\text{C}$, nhịp tim > 90 nhịp/phút, nhịp thở > 20 nhịp thở/phút hoặc $\text{PCO}_2 < 32$ mm Hg và bạch cầu đếm > 12 G/L hoặc < 4 G/L. Trong nghiên cứu này, có 2 BN có dấu hiệu SIRS mặc dù không có sốt: BC máu > 14 G/L và mạch > 100 lần/phút, đây là dấu hiệu cảnh báo sớm của nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu này kích thước sỏi trung bình: $22,4 \pm 9,2$ mm có thời gian tán sỏi trung bình là $41,16 \pm 17,14$ phút, trong đó có 35 bệnh nhân được cấy khuẩn dịch bể thận, 21 bệnh nhân cấy khuẩn nước tiểu qua niệu đạo sau 1 ngày, có 1 BN dương tính với dịch nước tiểu và máu. Nhìn chung, từ việc xem xét tài liệu này, các yếu tố rủi ro phổ biến nhất liên quan đến hậu phẫu nhiễm khuẩn trong PCNL là kết quả cấy nước tiểu trước mổ dương tính, cấy nước tiểu bể thận trong mổ dương tính, cấy sỏi dương tính, thời gian mổ kéo dài. Một số yếu tố nói trên phản ánh sự phức tạp của sỏi trong thận.

Sử dụng kháng sinh sự phòng

Năm 1994 nghiên cứu của Darenkov và đồng nghiệp [4] đã mô tả việc sử dụng ciprofloxacin cho phẫu thuật tán sỏi thận qua da trong ba nhóm bao gồm tiêm tĩnh mạch (IV) Ciprofloxacin (ngày làm thủ thuật), uống ciprofloxacin (3 – 5 ngày trước khi làm thủ thuật) và không điều trị kháng sinh. Những người được dùng kháng sinh sau đó vẫn dùng ciprofloxacin đường uống sau phẫu thuật trong 1 tuần. Tỷ lệ UTI sau phẫu thuật thấp hơn đáng kể ở nhóm Ciprofloxacin tiêm tĩnh mạch (0%) và Ciprofloxacin uống (17%) so với nhóm đối chứng (40%).

Một nghiên cứu của Gravas và đồng nghiệp [10] đã kết luận rằng, ở những bệnh nhân có kết quả nuôi cấy âm tính trước phẫu thuật, điều trị dự phòng bằng kháng sinh dẫn đến giảm tỷ lệ sốt và các biến chứng hậu phẫu khác. Tuy nhiên, có một số câu hỏi đặt

ra là liệu việc sử dụng kháng sinh trong môi trường phẫu thuật ở những bệnh nhân có kết quả cấy âm tính trước phẫu thuật có cần thiết hay không. Trong một nghiên cứu tiền cứu, mù đôi, ngẫu nhiên của Fourcade và đồng nghiệp [5], bệnh nhân hoặc không dùng kháng sinh hoặc dùng một liều duy nhất ngay trước PCNL. Họ báo cáo rằng liệu pháp kháng sinh không làm giảm các biến chứng nhiễm trùng. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng nghiên cứu này không đủ mạnh.

Kết quả nghiên cứu này sử dụng Cefuroxim 750 mg - 1,5 gram tùy theo cân nặng bệnh nhân (< 70 kg hay ≥ 70 kg), tiêm trước phẫu thuật 30 phút, tiêm một liều kháng sinh duy nhất bằng đường tĩnh mạch, 8/56 BN có biểu hiện nhiễm khuẩn: sốt, SIRS và chuyển KSDP sang kháng sinh điều trị kéo dài.

Lựa chọn kháng sinh

Một nghiên cứu của Demirtas và cộng sự [6] đã điều tra sự khác biệt về tỷ lệ mắc SIRS sau phẫu thuật giữa điều trị dự phòng bằng Ciprofloxacin đường tĩnh mạch và Ceftriaxone đường tĩnh mạch (thể hệ thứ ba). Trong nghiên cứu này, kháng sinh được bắt đầu vào ngày làm thủ thuật ở bệnh nhân PCNL có kết quả cấy nước tiểu âm tính. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa các loại kháng sinh với 15,5% (7/45) và 8,8% (4/45) bệnh nhân phát triển SIRS ở nhóm Ciprofloxacin và Ceftriaxone, tương ứng.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên, tiền cứu khác đã so sánh ampicillin/sulbactam đường tĩnh mạch và cefuroxime đường tĩnh mạch (thể hệ thứ hai) trong một quần thể bệnh nhân tương tự được phẫu thuật PCNL. Cuộc điều tra này một lần nữa không quan sát thấy bất kỳ sự khác biệt đáng kể nào về các biến chứng SIRS sau phẫu thuật giữa hai loại kháng sinh với 13 (13,7%) và 17 (17,7%)

bệnh nhân mắc SIRS lần lượt ở nhóm ampicillin/sulbactam và cefuroxime. Không có sự khác biệt giữa các loại kháng sinh được khuyến cáo trong việc ngăn ngừa nhiễm trùng hậu phẫu ở bệnh nhân PCNL.

Kết quả nghiên cứu này dùng Cefuroxime có biến chứng SIRS sau phẫu thuật (14,3%) tương đương so với nghiên cứu của Demirtas và 1 nghiên cứu ngẫu nhiên ở trên.

Thời gian, liều lượng và thời gian tối ưu dùng KSDP

Thời gian, liều lượng và thời gian tối ưu của phác đồ kháng sinh dự phòng cho thủ thuật PCNL cũng là một điểm thảo luận. Tuyên bố về chính sách thực hành tốt nhất của AUA hiện khuyến nghị rằng liều dùng một lần vào ngày làm phẫu thuật là đủ [7].

Nghiên cứu tiền cứu đầu tiên để điều tra thời gian điều trị được thực hiện bởi Doğan và cộng sự [2] vào năm 2002. Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân PCNL trong một nhóm được sử dụng một liều duy nhất Ofloxacin 200mg trong quá trình khởi mê, trong khi những người trong nhóm so sánh được sử dụng Ofloxacin 400mg mỗi ngày kể từ ngày làm thủ thuật cho đến khi rút ống thông thận. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm về sốt sau phẫu thuật, nhiễm khuẩn huyết hoặc nhiễm khuẩn niệu.

Một nghiên cứu ngẫu nhiên, có triển vọng của Seyrek và đồng nghiệp [8] đã điều tra ba khoảng thời gian điều trị kháng sinh khác nhau đối với PCNL bằng cách sử dụng Cefuroxime hoặc Sulbactam-ampicillin. Nhóm thứ nhất được tiêm một liều duy nhất kháng sinh đã chọn vào thời điểm khởi mê, nhóm thứ hai được tiêm kháng sinh cả vào thời điểm khởi mê và 12 giờ sau liều ban đầu, và nhóm thứ ba được tiêm kháng sinh

vào thời điểm khởi mê và sau đó cứ sau 6 giờ (Sulbactimampicillin) hoặc 8 giờ (Cefuroxime) cho đến thời điểm rút ống thận. Không có sự khác biệt giữa ba nhóm trong sự phát triển của SIRS sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kháng sinh dự phòng Cefuroxim 750 mg- 1,5gram (tùy theo cân nặng < 70kg và ≥ 70 kg) trong tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ có thể thay thế kháng sinh điều trị kéo dài, có tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu sau mổ là 14,3%, BN cần được theo dõi sát sau mổ để điều trị kịp thời những trường hợp kháng sinh dự phòng thất bại. Phác đồ dự phòng bao gồm một liều duy nhất trước lúc phẫu thuật 30 phút là đủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charton, M. và các cộng sự.** (1986), "Urinary tract infection in percutaneous surgery for renal calculi", J Urol. 135(1), tr. 15-7.
2. **Dogan, H. S. và các cộng sự.** (2002), "Antibiotic prophylaxis in percutaneous nephrolithotomy: prospective study in 81 patients", J Endourol. 16(9), tr. 649-53.
3. **Sharifi Aghdas, F. và các cộng sự.** (2006), "Fever after percutaneous nephrolithotomy: contributing factors", Surg Infect (Larchmt). 7(4), tr. 367-71.
4. **Darenkov, A. F. và các cộng sự.** (1994), "[The prevention of infectious-inflammatory complications in the postoperative period in percutaneous surgical interventions in patients with urolithiasis]", Urol Nefrol (Mosk)(2), tr. 24-6.
5. **Fourcade, R. O.** (1990), "Antibiotic prophylaxis with cefotaxime in endoscopic extraction of upper urinary tract stones: a randomized study. The Cefotaxime Cooperative Group", J Antimicrob Chemother. 26 Suppl A, tr. 77-83.
6. **Demirtas, Abdullah và các cộng sự.** (2012), "Comparison of infection and urosepsis rates of ciprofloxacin and ceftriaxone prophylaxis before percutaneous nephrolithotomy: a prospective and randomised study", The Scientific World Journal. 2012.
7. **Jr, J Stuart Wolf và các cộng sự.** (2008), "Best practice policy statement on urologic surgery antimicrobial prophylaxis", The Journal of urology. 179(4), tr. 12.
8. **Seyrek, M. và các cộng sự.** (2012), "Perioperative prophylaxis for percutaneous nephrolithotomy: randomized study concerning the drug and dosage", J Endourol. 26(11), tr. 1431-6.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH NỘI SOI THỰC QUẢN – DẠ DÀY – Tá TRÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÓM BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN 3, 4, 5 CHƯA ĐIỀU TRỊ THAY THẾ

Nghiêm Trung Dũng¹, Cao Thị Như²

TÓM TẮT

Mục tiêu: tìm hiểu đặc điểm hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng với một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4, 5

Đối tượng và phương pháp: mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa vào hồ sơ bệnh án của 204 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 3,4,5 chưa thay thế thận, được nội soi tại Trung tâm Tiêu hoá gan mật và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Kết quả: Trào ngược dạ dày thực quản độ A là tổn thương gặp nhiều nhất trên nội soi thực quản (25%). Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tổn thương viêm mạn tính dạng phù nề xung huyết và trợt phẳng trên nội soi dạ dày, chiếm tỷ lệ 94,12% và 81,86%. Tổn thương thường gặp nhất trên nội soi hành tá tràng là loét hành tá tràng (24,51%). Nam giới có nguy cơ tổn thương thực quản trên nội soi cao hơn nữ giới. Tỷ lệ tổn thương các vị trí tâm phình vị, thân vị, môn vị và bờ cong nhỏ trên nội soi dạ dày ở giới nam giới cao hơn nữ giới và nhóm có thời gian

mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại. Nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm mắc bệnh dưới 1 năm.

Kết luận: Tổn thương phù nề xung huyết (94,12%) và trợt phẳng (81,16%) trên nội soi đường tiêu hóa trên gặp phổ biến ở các BN mắc BTMT giai đoạn 3, 4, 5.

Từ khóa: bệnh thận mạn tính, nội soi thực quản dạ dày tá tràng.

SUMMARY

ENDOSCOPIC IMAGING FEATURES OF THE OESOPHAGUS - STOMACH - DUODENUM AND SOME RELATED FACTORS IN THE GROUP OF PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE STAGE 3, 4, 5 WITHOUT REPLACEMENT THERAPY

Objective: Study the characteristics of esophagogastroduodenal endoscopic images with some related factors in the group of patients with chronic kidney disease stages 3, 4, 5

Methods: A cross-sectional, retrospective description based on the medical records of 204 patients with chronic kidney disease stage 3,4,5 who have not had a kidney transplant, endoscopically at the Gastroenterology and Hepatobiliary Center and treated as an inpatient at the hospital. Bach Mai Hospital from June 2021 to August 2022

Results: Gastroesophageal reflux disease grade A is the most common lesion on esophagoscopy (25%). Most of the patients in the study group had chronic inflammatory lesions in

¹Trung tâm Thận-Tiết niệu-Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn Nội tổng hợp, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

ĐT: 0966946555

Email: nghiemitrongdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

the form of congestive edema and flat erosion on gastroscopy, accounting for 94.12% and 81.86%. The most common lesion on the endoscopic duodenal tube is a duodenal ulcer (24.51%). Men have a higher risk of esophageal injury on endoscopy than women. The rate of lesions at the center of the gastric aneurysm, body, pylorus, and small curvature on gastroscopy in men was higher than in women, and the group with disease duration over 1 year was higher than the other group. The risk of duodenal bulb injury of the group with a disease duration of more than 1 year is higher than the group with less than 1 year of disease.

Conclusion: Congestive edematous lesions (94.12%) and flat erosions (81.16%) on upper gastrointestinal endoscopy were common in patients with CKD stages 3, 4, and 5.

Keywords: chronic kidney disease, esophagogastroduodenoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan khác nhau bao gồm đường tiêu hóa¹. Các tổn thương đường tiêu hóa với các triệu chứng lâm sàng khác nhau như khó tiêu, buồn nôn, chán ăn, đau bụng, ợ hơi và ợ chua... là các biểu hiện thường gặp². Nguyên nhân có thể do nồng độ urê cao, tăng nồng độ gastrin, giảm và/hoặc tăng tiết axit dạ dày, giảm nhu động đường tiêu hóa, lắng đọng amyloid và nhiễm vi khuẩn *Helicobacter pylori*^{3,4}. Tình trạng sức khỏe tinh thần cũng là một yếu tố liên quan đến tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng tiêu hóa cao ở BN mắc bệnh thận mạn tính⁵. Những tổn thương đường tiêu hóa có thể xuất hiện sớm, mặc dù chưa có biểu hiện lâm sàng, đến khi có các triệu chứng lâm sàng rõ rệt thì bệnh đã ở mức độ nặng nhiều khi xuất hiện những biến chứng nguy hiểm như xuất huyết tiêu hóa, thủng ổ loét, có thể dẫn đến tử vong⁵. Tuy nhiên,

những tổn thương này thường hồi phục hoàn toàn nếu được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng là phương pháp đánh giá các tổn thương đường tiêu hóa bằng cách đưa dây soi ống mềm quan miệng hoặc mũi. Đây được coi là phương pháp giá trị nhất trong chẩn đoán các bệnh lý đường tiêu hóa trên. Nội soi đường tiêu hóa trên ở BN bệnh thận mạn rất quan trọng để chẩn đoán, điều trị và ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *“Tìm hiểu đặc điểm hình ảnh nội soi thực quản – dạ dày – tá tràng với một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3, 4, 5”*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 204 bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính giai đoạn 3,4,5 chưa thay thế thận, được nội soi tại Trung tâm Tiêu hóa gan mật và điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 8 năm 2022.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, Trung tâm Tiêu hóa Gan mật – Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2021 đến tháng 8/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cách chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bước 1. Chuẩn bị thu thập số liệu.

- Bước 2. Thu thập số liệu, chia làm 2 giai đoạn:

+ Giai đoạn 1: Những bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và sàng lọc tiêu chuẩn

loại trừ. Tiến hành hỏi, khám bệnh theo một mẫu bệnh án thống nhất.

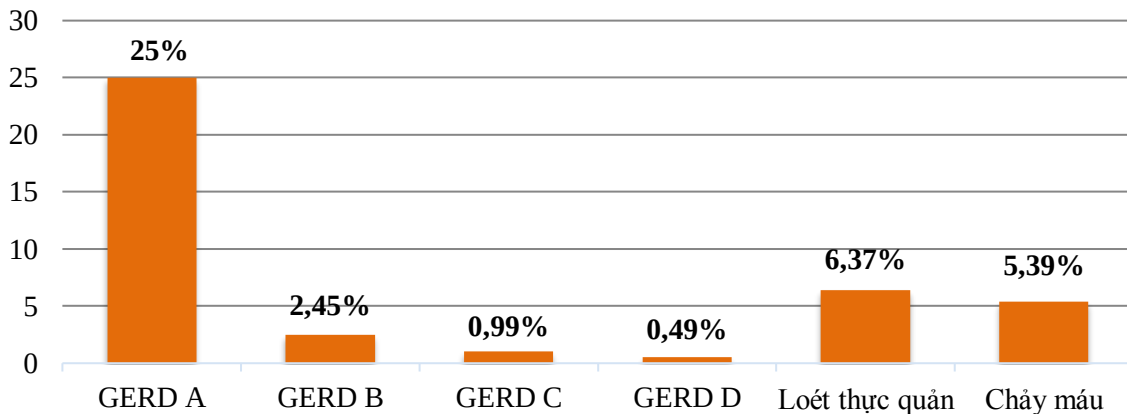
+ Giai đoạn 2: Đánh giá các chỉ số xét nghiệm và đánh giá kết quả: từ thu thập các

chỉ số nghiên cứu, tiến hành xử lý số liệu phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu: phần mềm thống kê spss 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

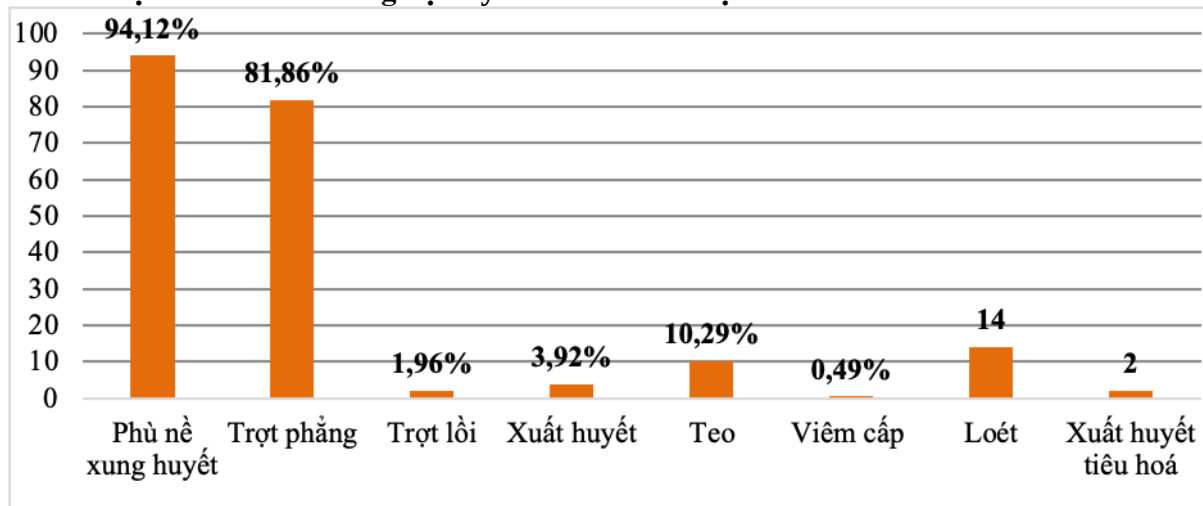
3.1. Đặc điểm tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 1: Đặc điểm tổn thương thực quản trên hình ảnh nội soi (n=204)

Trào ngược dạ dày thực quản độ A (GERD A) là tổn thương gặp nhiều nhất trên nội soi thực quản, chiếm 25%.

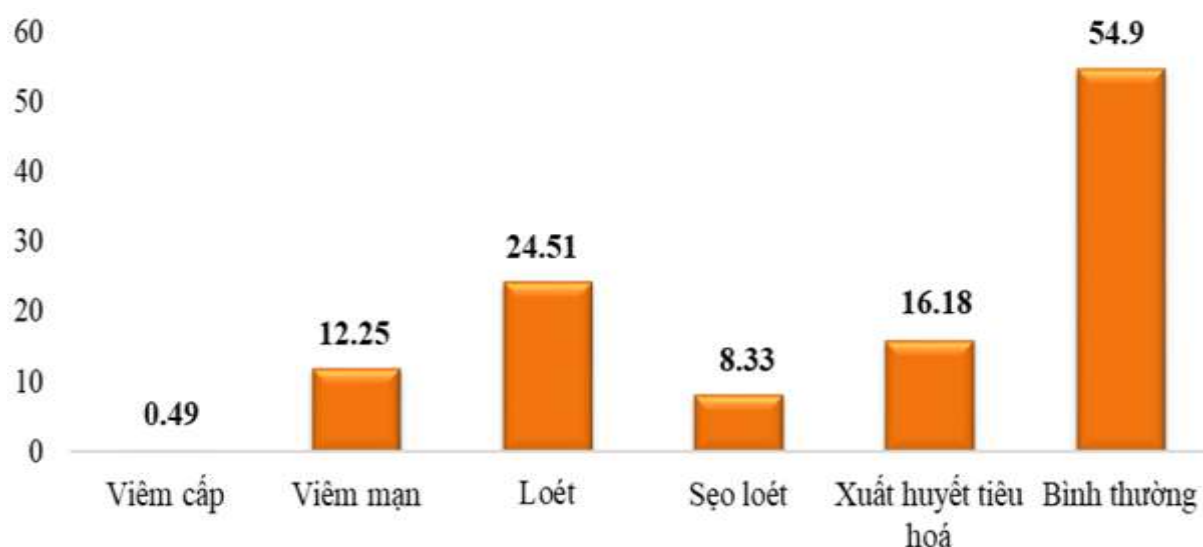
3.2. Đặc điểm tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 2: Tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi (n=204)

Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tổn thương viêm mạn tính dạng phù nề xung huyết với trợt phẳng trên nội soi dạ dày, chiếm tỷ lệ 94,12% và 81,86%.

3.3. Đặc điểm tổn thương hành tá tràng trên hình ảnh nội soi



Biểu đồ 3: Tổn thương hành tá tràng trên hình ảnh nội soi

Tổn thương thường gặp nhất trên nội soi hành tá tràng là loét hành tá tràng (24,51%). Hiếm gặp các tổn thương viêm cấp hành tá tràng trên nội soi, chiếm 0,49%.

3.4. Đặc điểm hình ảnh nội soi đường tiêu hóa trên và một số đặc điểm lâm sàng

Hình ảnh tổn thương thực quản dạ dày và một số yếu tố lâm sàng

Bảng 1: Mối liên quan giữa hình ảnh nội soi và một số đặc điểm lâm sàng

Yếu tố liên quan		Tổn thương thực quản				p	Vị trí tổn thương ở dạ dày (%)					p
		Có		Không			Tâm phình vị	Thân vị	Hang vị	Môn vị	Bờ cong nhỏ	
		N	%	N	%							
Giới	Nam	59	42,75	79	57,25	<0,05	26,81	29,71	100	8,7	14,49	>0,05
	Nữ	15	22,73	51	77,27		18,18	21,21	100	4,55	12,12	
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	43	35,83	77	64,17	>0,05	24,17	25,83	100	7,5	12,5	>0,05
	> 1 năm	31	36,90	53	63,10		23,81	28,57	100	7,14	15,48	
Thiếu máu	Có	68	37,16	115	62,84	>0,05	23,5	26,78	100	6,56	12,02	>0,05
	Không	6	28,57	15	71,43		28,57	28,57	100	14,29	28,57	

Nam giới có nguy cơ tổn thương thực quản trên nội soi cao hơn nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ tổn thương các vị trí tâm phình vị, thân vị, môn vị và bờ cong nhỏ trên nội soi dạ dày ở giới nam giới cao hơn nữ giới và nhóm có

thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Hình ảnh tổn thương tá tràng và một số yếu tố lâm sàng

Bảng 2: Mối liên quan giữa hình ảnh tổn thương tá tràng và một số yếu tố

Yếu tố liên quan		Tổn thương hành tá tràng				p	Tổn thương tá tràng				p
		Có		Không			Có		Không		
		Số NB	%	Số NB	%		Số NB	%	Số NB	%	
Giới	Nam	65	47,1	73	52,9	> 0,05	3	2,17	135	97,83	> 0,05
	Nữ	22	33,33	44	66,67		0	0	66	100	
Thời gian mắc bệnh	≤ 1 năm	43	35,83	77	64,17	< 0,05	1	0,83	119	99,17	> 0,05
	> 1 năm	44	52,38	40	47,62		2	2,38	82	97,62	
Thiếu máu	Có	81	44,26	102	55,74	> 0,05	3	1,64	180	98,36	> 0,05
	Không	6	28,57	15	71,43		0	0	21	100	

Nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm cao hơn nhóm còn lại, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Viêm thực quản trào ngược (GERD) là một trong những tổn thương của đường tiêu hoá do quá nhiều dịch acid, trong nghiên cứu của chúng tôi có 69/204 bệnh nhân (33,8%) có tổn thương viêm thực quản trào ngược trên nội soi, kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Yoshiaki Kawaguchi (2009) nghiên cứu 156 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 – 5 cho thấy tỷ lệ tổn thương GERD trên nội soi là 34,0%. Ngoài ra chúng tôi cũng nhận thấy các tổn thương ít gặp khác của thực quản trên nội soi: loét thực quản (6,37%) và chảy máu thực quản (5,39%). Khi đánh giá các hình thái tổn thương trên nội soi ở dạ dày, chúng tôi thấy rằng các hình thái tổn thương thường gặp là phù nề xung huyết (94,2%), trợt phẳng (81,8%), mặt khác không phát hiện trường hợp nào có tổn thương dạng phì đại và trào ngược dịch mật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Đặng Thị Lan Anh (2018) cũng cho thấy hình thái tổn thương thường gặp nhất là phù nề xung huyết (89,7%)⁶. Xuất huyết tiêu hoá là một trong những rối loạn thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn, theo tác giả Chih-Chia Liang (2014) nghiên cứu 2968 bệnh nhân thận mạn giai đoạn 3-5 chưa lọc máu cho thấy nguy cơ xuất huyết tiêu hoá tăng lên ở

những khi mức lọc cầu thận giảm đi⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loét và xuất huyết tiêu hoá trên nội soi đường tiêu hoá trên giảm dần theo mức độ suy thận, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này có sự khác biệt với các nghiên cứu trước đó có thể do cỡ mẫu của chúng tôi quá nhỏ so các tác giả Trung Quốc và chưa có sự theo dõi dọc các đối tượng nghiên cứu trong thời gian dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ tổn thương thực quản và viêm thực quản trào ngược trên nội soi ở nam giới cao hơn nữ giới. Kết quả này cũng tương tự như Zhen Chen (2011) khi đánh giá sự ảnh hưởng của giới tính với tổn thương viêm thực quản trào ngược nam giới có tổn thương thực quản trên nội soi nhiều hơn nữ giới⁸. Nguyên nhân có thể được lý giải do nam giới có các yếu tố nguy cơ của trào ngược nhiều hơn nữ giới như hút thuốc lá, uống rượu. Tỷ lệ xuất hiện tổn thương loét và xuất huyết tiêu hoá trên nội soi của nam giới cao hơn nữ giới, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), kết quả này cũng tương tự như kết quả của tác giả D.Marinescu (2016) tỷ lệ xuất huyết tiêu hoá trên ở bệnh nhân suy thận ở 2 giới là như nhau⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nguy cơ tổn thương hành tá tràng của nhóm có thời gian mắc bệnh trên 1 năm

cao hơn nhóm mắc bệnh ≤ 1 năm. Nghiên cứu này cũng chỉ ra nguy cơ xuất hiện loét và xuất huyết trên nội soi đường tiêu hoá trên của nhóm có thiếu máu cao hơn. Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả Nguyễn Văn Cường (2015) nguy cơ tổn thương dạ dày tá tràng ở nhóm bệnh nhân thiếu máu cao gấp 8,2 lần ở nhóm không có bệnh nhân thiếu máu, và kết quả của tác giả Sood P (2012) nguy cơ loét và xuất huyết tiêu hoá ở nhóm bệnh nhân thiếu máu mạn tính cao gấp 3,17 lần (khoảng tin cậy 95%, 2,9-3,15) so với nhóm không thiếu máu¹⁰. Nguyên nhân có thể được cho do nồng độ ure máu cao, thiếu máu thứ phát ở bệnh nhân suy thận mạn làm gây nên rối loạn chức năng của tiêu cầu, thiếu máu cục bộ ở niêm mạc dạ dày – tá tràng do đó làm trầm trọng thêm tình trạng viêm, loét và xuất huyết tiêu hoá.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân mắc BTMT giai đoạn 3, 4, 5 thường gặp hình ảnh tổn thương phù nề xung huyết (94,12%) và trợt phẳng (81,16%) trên nội soi đường tiêu hóa trên. Ngoài ra, còn có một số BN BTMT bị loét hành tá tràng (24,51%). Do đó, nội soi đường tiêu hóa trên là một chỉ định cần thiết và cần làm thường qui ở BN mắc BTMT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Habas.** Endoscopy indications in patients with chronic kidney diseases: A single-center experience in Libya. Accessed June 16, 2021
2. **Pakfetrat M, Malekmakan L, Roozbeh J, Tadayon T, Moini M, Goodarzian M.** Endoscopic findings in hemodialysis patients upon workup for kidney transplantation. Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation. 2020;31(2):388. doi:10.4103/1319-2442.284013
3. **Chang SS, Hu HY.** Lower Helicobacter pylori infection rate in chronic kidney disease and end-stage renal disease patients with peptic ulcer disease. J Chin Med Assoc. 2014;77(7):354-359. doi:10.1016/j.jcma.2014.04.004
4. **Chrysoula P, Fotios N, Konstantin T.** Severe gastric lesions due to Helicobacter pylori infection in two patients undergoing hemodialysis. Renal Failure. 2014;36(9):1471-1471. doi:10.3109/0886022X.2014.943671
5. **Strid H, Simrén M, Johansson A, Svedlund J, Samuelsson O, Björnsson ES.** The prevalence of gastrointestinal symptoms in patients with chronic renal failure is increased and associated with impaired psychological general well-being. Nephrology Dialysis Transplantation. 2002;17(8):1434-1439. doi:10.1093/ndt/17.8.1434
6. **Đặng Thị Lan Anh, Nguyễn Hữu Dũng.** Khảo sát biểu hiện lâm sàng và hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối. Tạp chí y học Việt Nam. 2018, 472:26-29.
7. **Liang CC, Wang SM, Kuo HL, et al.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with CKD. CJASN. 2014;9(8):1354-1359. doi:10.2215/CJN.09260913
8. **Chen Z, Thompson SK, Jamieson GG, Devitt PG, Watson DI.** Effect of Sex on Symptoms Associated With Gastroesophageal Reflux. Archives of Surgery. 2011;146(10):1164-1169. doi:10.1001/archsurg.2011.248
9. **MARINESCU D, LAZAR M, ZAHARIE S, et al.** Upper Gastrointestinal Bleeding in Chronic Kidney Disease Patients. Curr Health Sci J. 2016;42(3):226-230. doi:10.12865/CHSJ.42.03.02
10. **Sood P, Kumar G, Nanchal R, et al.** Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease Predict a Higher Risk of Mortality in Patients with Primary Upper Gastrointestinal Bleeding. Am J Nephrol. 2012;35(3):216-224. doi:10.1159/000336107

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN HOÀN MỸ CỬU LONG NĂM 2016-2022

Nguyễn Đức Duy¹, Phạm Thành Khoái¹,
Trần Hữu Thiện¹, Trần Chí Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ phát hiện bệnh, các biến chứng sau sinh thiết tuyến tiền liệt tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt ca từ tổng kết số liệu của những bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt từ 12/2016 đến 08/2022 tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long; ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh, biến chứng.

Kết quả: Tổng số bệnh nhân được sinh thiết và theo dõi là 129 trường hợp. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 73,33 tuổi. Tỉ lệ biến chứng gặp nhiều nhất là tiểu máu đại thể chiếm tỉ lệ 10,1% (13 TH). Về tỉ lệ phát hiện ung thư là 31% (40 TH).

Kết luận: Qua nghiên cứu cho thấy tỉ lệ chẩn đoán ung thư là 31%. Các biến chứng sau sinh thiết là không đáng kể và thủ thuật an toàn cho bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm.

SUMMARY

OUTCOMES AND COMPLICATIONS AFTER TRANSRECTAL ULTRASOUND-GUIDED PROSTATE

¹Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Duy

ĐT: 0972790793

Email: duy.nguyen@hoanmy.com

Ngày nhận bài: 16/4/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

BIOPSY IN 2016-2022 AT HOAN MY CUU LONG HOSPITAL

Objective: to examine the cancer detection rate and the complications following prostate biopsy at Hoan My Cuu Long hospital.

Patients and methods: We retrospectively reviewed medical data of patients who underwent TRUS-guided prostate biopsy in 12/2016 to 08/2022 at our institution. The pathological outcomes, major complications were recorded and assessed clinically.

Results: In this study, 129 patients who underwent TRUS-guided prostate biopsy were enrolled. The mean age was 73.33 years. The complications were infrequent, hematospermia in 13 patients (10.1%). Overall, 40 patients (31%) were diagnosed with prostate cancer.

Conclusion: Our study demonstrated the cancer detection rate, and type of complications following TRUS-guided prostate biopsy.

Keywords: prostate cancer, transrectal ultrasound-guided prostate biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới trên 50 tuổi. Ở Hoa Kỳ mỗi năm có khoảng 186.320 trường hợp mới được chẩn đoán, trong đó khoảng 40% bệnh nhân dưới 65 tuổi [1]. Việc sử dụng PSA và sinh thiết qua ngã trực tràng làm gia tăng tần suất phát hiện ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn sớm [4]. PSA được sử dụng rộng rãi như là chất chỉ điểm cho bệnh lý của tuyến tiền liệt (TTL) như phì đại TTL và

UTTTT. Ngoài ra, khám tuyến tiền liệt bằng ngón tay qua ngã trực tràng (DRE) để phát hiện nhân cứng ở TTL cũng giúp thêm cho việc tầm soát [1]. Tại bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long vào tháng 12 năm 2016 chúng tôi đã triển khai kỹ thuật sinh thiết TTL cho những bệnh nhân nghi ngờ mắc bệnh UTTTL thông qua việc thăm khám và xét nghiệm PSA. Do đó, chúng tôi tổng hợp kết quả nhằm đánh giá tỉ lệ phát hiện bệnh, các biến chứng sau khi sinh thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca, những bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Cửu Long. Khi nghi ngờ UTTTL qua thăm khám và/hoặc PSA tăng ($>4\text{ng/ml}$) và/hoặc có bất thường qua kết quả siêu âm, được chỉ định sinh thiết TTL trong thời gian 12/2016 đến 08/2022.

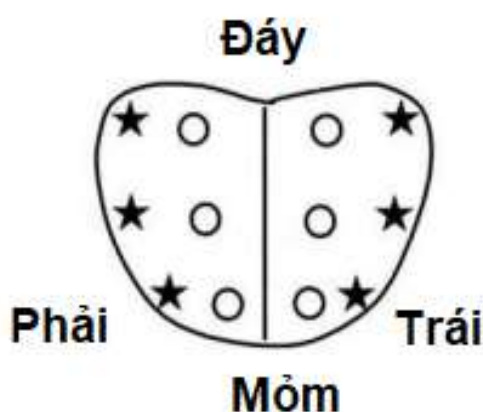
Bệnh nhân được thăm hỏi bệnh sử, thăm khám TTL qua trực tràng bằng ngón tay. Nếu có sang thương lớp vỏ bọc hoặc nhân cứng

nghi ngờ UTTTL hoặc nồng độ PSA cao hơn mức bình thường sẽ được chỉ định sinh thiết TTL.

Bệnh nhân được chuẩn bị ruột trước khi sinh thiết bằng Fleet Enema bơm vào trực tràng. Kháng sinh Fluoroquinolone uống hoặc Cephalosporin trước. Chúng tôi sử dụng máy siêu âm với đầu dò qua ngã trực tràng tần số 10MHz với 2 mặt cắt dọc và ngang. Dụng cụ sinh thiết TTL Biopsy Gun với kim Tru-cut 16G hoặc 18G.

Bệnh nhân được mê tĩnh mạch kèm gây tê tại chỗ bằng Lidocin 10% và nằm tư thế sản khoa, sát trùng tầng sinh môn với Betadine, trải khăn lỗ vô trùng bộc lộ vùng tầng sinh môn và hậu môn. Gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2% tiêm vào vùng tầng sinh môn và bờ ngoài hai bên tuyến tiền liệt [2].

Khảo sát TTL để tìm các sang thương nghi ngờ UTTTL và sinh thiết ngay sang thương, sinh thiết 6 hoặc 12 mẫu theo mô hình như sau.



Hình 1. Sơ đồ sinh thiết TTL

Các mẫu bệnh phẩm được ngâm trong dung dịch Formol 10% và gửi về Khoa Giải Phẫu Bệnh để được xử lý và đọc kết quả. Bệnh nhân được bác sĩ hoặc kỹ thuật viên gây mê theo dõi 4-6 giờ sau sinh thiết và điều trị các biến chứng nếu có xảy ra.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 129 bệnh nhân được chỉ định sinh thiết TTL trong khoảng thời gian từ 12/2016 đến 08/2022.

Độ tuổi sinh thiết

Tuổi trung bình của bệnh nhân sinh thiết TTL là 73,33 tuổi (nhỏ tuổi nhất là 52 tuổi và lớn tuổi nhất là 94 tuổi). Trong đó, độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 70-79 tuổi với tỉ lệ 38,8%, không có bệnh nhân nào <50 tuổi.

Bảng 1. Phân bố nhóm tuổi của bệnh nhân

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỉ lệ %
>50 tuổi	0	0
50-59 tuổi	13	10,1
60-69 tuổi	31	24,0
70-79 tuổi	50	38,8
>80 tuổi	35	27,1

Do số bệnh nhân lớn tuổi chiếm phần lớn trong nghiên cứu cũng là một khó khăn trong quá trình sinh thiết do bệnh nhân có nhiều bệnh nền kèm theo như: bệnh lý nội khoa, khả năng hợp tác kém (Bảng 1).

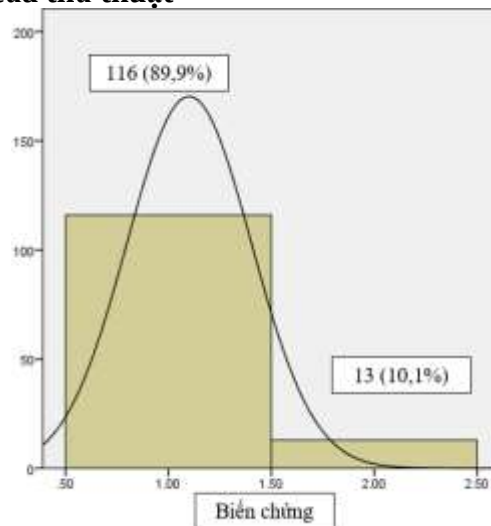
Trị số PSA (ng/ml)**Bảng 2. Trị số PSA (ng/ml)**

Trị số PSA (ng/ml)	< 4	4-10	>10
Số bệnh nhân	0	29 (22,5%)	100 (77,5%)

Trong nghiên cứu này, nhóm bệnh nhân có nồng độ PSA >10ng/ml chiếm tỉ lệ nhiều nhất 77,5%, tiếp theo là nhóm có PSA từ 4-10 ng/ml. Không có bệnh nhân nào PSA <4ng/ml (Bảng 2).

Số mẫu sinh thiết**Bảng 3. Số mẫu được lấy khi sinh thiết TTL**

Số mẫu	6 mẫu	12 mẫu
Kết quả	51 (35,9%)	78 (60,5%)

Tai biến, biến chứng của thủ thuật**Biểu đồ 1. Tỉ lệ tai biến, biến chứng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ tai biến biến chứng gặp nhiều nhất là tiểu máu đại thể chiếm tỉ lệ 10,1% (13 TH). Số còn lại không có biến chứng.

Kết quả Giải phẫu bệnh

Bảng 4. Kết quả Giải phẫu bệnh

Kết quả	Lành tính	Ung thư
Số TH	89 (69%)	40 (31%)

Tỉ lệ phát hiện ung thư là 31% (40 TH) có phần thấp hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Anh Toàn là 43,3% [8].

IV. BÀN LUẬN

Sinh thiết tuyến tiền liệt qua hướng dẫn siêu âm là xét nghiệm cho chẩn đoán sớm ung thư TTL. Kể từ khi sinh thiết TTL 6 mẫu được giới thiệu bởi Hodge và cs [5], ngày nay đã tiến tới sinh thiết 12 mẫu, sinh thiết TTL dưới hướng dẫn của MRI [3].

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 73.33 ± 9.62 tuổi. Trong đó bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 52 tuổi và lớn tuổi nhất là 94 tuổi.

Trong nghiên cứu được báo cáo 2012 của Bs Vũ Văn Ty [9] và cộng sự cho kết quả về độ tuổi trung của nghiên cứu là 70,18 tuổi (từ 44 đến 97 tuổi). Khác biệt này so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao 73,33 tuổi là một thách thức đối với phẫu thuật viên do ở lứa tuổi này, bệnh nhân thường đi kèm nhiều bệnh nền khác. Do đó đòi hỏi phải có sự phối hợp điều trị của nhiều chuyên khoa khác, nhất là chuyên khoa Gây mê hồi sức và kéo theo thời gian điều trị kéo dài. Như trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nhân phải nằm viện lâu nhất 19 ngày.

Biến chứng chảy máu sau sinh thiết

Sinh thiết TTL qua ngả trực tràng có thể gặp các biến chứng như sau: Chảy máu, nhiễm khuẩn với các mức độ khác nhau [6]

Tuy nhiên, biến chứng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là tiểu máu với tỉ lệ 10,1% với 13 TH, số còn lại là không có biến chứng chiếm tỉ lệ 89,9% tương ứng 116 TH.

Theo y văn, nhằm hạn chế tỉ lệ tai biến, biến chứng cần phải khảo sát các xét nghiệm đông máu, tiền căn dùng thuốc kháng đông và thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước sinh thiết. Biến chứng tiểu máu đại thể đến vi thể có thể đáp ứng với điều trị nội khoa và theo dõi. Chảy máu trực tràng hoặc đi tiêu ra máu thường xảy ra ở bệnh nhân được sinh thiết qua ngả trực tràng.

Theo tác giả Rifkin và cs [7] báo cáo trên 20.000 bệnh nhân được sinh thiết thấy: tỉ lệ tiểu máu là 35% thường là tiểu máu vi thể. Khoảng 20-25% bệnh nhân tiểu máu đại thể ngay sau sinh thiết và chỉ 2/20.000 bệnh nhân tiểu máu nhiều gây bí tiểu cần đặt thông. Những trường hợp tiểu máu sau sinh thiết của chúng tôi đều đáp ứng với điều trị nội khoa sau 1 đến 2 ngày và không có TH nào cần phải truyền máu.

Nhiễm khuẩn sau sinh thiết

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào ghi nhận nhiễm khuẩn sau sinh thiết. Biểu hiện của nhiễm khuẩn bao gồm: sốt, lạnh run hoặc ớn lạnh tùy mức độ nhiễm trùng. Theo nghiên cứu của Đỗ Anh Toàn và cs [8] ghi nhận có 11 trường hợp bệnh nhân có nhiễm khuẩn sau sinh thiết với

9 bệnh nhân có sốt và 2 bệnh nhân nhiễm khuẩn nặng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả BN đều được sử dụng kháng sinh dự phòng hoặc kháng sinh điều trị trước khi tiến hành thủ thuật, nên đó có thể là nguyên nhân không có TH nào nhiễm khuẩn nặng sau khi tiến hành thủ thuật.

Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả sinh thiết trong đề tài chúng tôi cho thấy tỉ lệ Ung thư Tuyến tiền liệt là 31% (40 TH), Bướu lành tính Tuyến tiền liệt là 69% (89 TH). Kết quả phát hiện KTTL trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác [5][6][9] có tỉ lệ phát hiện bệnh từ 20-40%.

Khi tiến hành kiểm định mối liên hệ giữa nồng độ PSA và kết quả giải phẫu bệnh chúng tôi nhận thấy: số BN ung thư trong nhóm PSA 4-10ng/ml là 2 TH (1,6%) và có 38 BN (29,5%) ung thư tuyến tiền liệt ở nhóm có nồng độ PSA >10ng/ml. Mối liên quan giữa hai yếu tố trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Ở nhóm sinh thiết 6 mẫu, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ KTTL là 14% với 18 TH và ở nhóm sinh thiết 12 mẫu tỉ lệ ung thư là 17,1% với 22 TH. Khi tiến hành kiểm định chúng tôi nhận thấy khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

V. KẾT LUẬN

Từ 12/2016 đến 08/2022 có 129 BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Kết quả sinh thiết trong đề tài chúng tôi có tỉ lệ Ung thư TTL là 31% (40 TH), Bướu lành tính TTL là 69% (89 TH). Số BN ung thư trong nhóm PSA 4-10ng/ml là 2 TH (1,6%) và có 38 BN (29,5%) ung thư TTL ở nhóm có nồng độ PSA >10ng/ml. Ở nhóm sinh thiết 6 mẫu, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ KTTL là 14% với 18 TH và ở nhóm sinh thiết 12 mẫu tỉ lệ ung thư là 17,1% với 22

TH. biến chứng chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là tiểu máu với tỉ lệ 10,1% với 13 TH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carter HB, Partin AW** (2016), Diagnosis and staging of prostate cancer, Campbell's urology, 11th, pp 2461-2468.
2. **Matlaga BR, Eskew LA, Mc Cullough DL** (2002). Prostate biopsy: Indications and technique, Jurology, pp. 12-19.
3. **M. Minhaj Siddiqui, Soroush Rais-Bahrami and et all** (2015). Comparison of UR/Ultrasound Fusion-Guided Biopsy with Ultrasound-Guided Biopsy for the Diagnosis of Prostate cancer, JAMA, 313(4), pp. 390-397.
4. **Norberg M, Egevad L, Hølemberg L, and et all** (1997). The sextant protocol for ultrasound-guided core biopsy of the prostate underestimates the presence of cancer, Urology, pp. 562-566.
5. **Hodge KK and McNeal** (1989). Random systematic versus directed ultrasound guided transrectal core biopsies of the prostate, Journal of Urology, pp.71-75.
6. **Jennifer LY, Micheal AL, Richard JS** (2009). Sepsis due to Fluoroquinolone-resistant Escherichia Coli after transrectal Ultrasound-guided Prostate Needle Biopsy, Jurology, 74, pp. 332-339.
7. **Rifkin MD** (2009), Biopsy techniques. Ultrasound of the prostate: Imaging, Campbells urology, 11th.
8. **Đỗ Anh Toàn, Nguyễn Ngọc Thái và CS** (2019). Đánh giá kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng năm 2018 tại Bệnh viện Bình Dân, Y học Tp. Hồ Chí Minh, số 3, tr. 270-279.
9. **Vũ Văn Ty, Trà Anh Duy và cs** (2012). So sánh kết quả sinh thiết tuyến tiền liệt 6 mẫu với 12 mẫu qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm, Y học Tp. Hồ Chí Minh, số 3 (16), pp. 229-304.

TÁN SỎI THẬN QUA DA Ở BỆNH NHÂN CÓ TIỀN SỬ PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU

Trần Ân Giang¹, Nguyễn Văn Tĩnh¹,
Lê Quang Hai², Trương Thanh Tùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả, tỉ lệ biến chứng của phương pháp TSTQD ở người bệnh tiền sử phẫu thuật tiết niệu.

Đối tượng và phương pháp: Bao gồm 90 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tiết niệu được TSTQD tại BVĐK tỉnh Thanh Hoá, và BVĐK Quốc tế Hợp Lực từ tháng 3/2021 đến 3/2023. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả.

Kết quả: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về kết quả thời gian phẫu thuật tán sỏi, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất sau mổ, thời gian hậu phẫu, tỷ lệ sạch sỏi giữa 4 nhóm nghiên cứu. Thời gian phẫu thuật ở nhóm II cao nhất 66.5 ± 15.4 phút, tỉ lệ sạch sỏi ở nhóm III cao nhất 6 BN (85.7 %). Tai biến chảy máu 7 TH (5.56%), Sốt có 4 TH (4.44%), tổn thương tạng 3 TH (3.33%). Thời gian hậu phẫu trung bình 7.08 ± 1.81 ngày.

Kết luận: TSTQD là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi thận ở nhóm người bệnh tiền sử can thiệp tiết niệu.

Từ khóa: Tán sỏi thận qua da, sỏi thận tái phát, tiền sử phẫu thuật tiết niệu.

SUMMARY

PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN PATIENT HAS A HISTORY OF URINARY SURGERY

Objectives: To evaluate the results and complication rates of the PCNL method in patients with a history of urological

Subjects and research methods: Includes 90 with a history of urological interventions who received PCNL at Thanh Hoa Provincial General Hospital, and Hop Luc International General Hospital from 3/2021 to 3/2023. Descriptive research.

Results: There was no significant difference in the results of lithotripsy surgery time, surgery time, postoperative blood loss, postoperative time, stone clearance rate between the 4 study groups. The highest surgical time in group II was 66.5 ± 15.4 minutes, the highest rate of stone clearance in group III was 6 patients (85.7%). Hemorrhagic stroke occurred in 7 cases (5.56%), fever had 4 cases (4.44%), organ damage in 3 cases (3.33%). The mean postoperative time was 7.08 ± 1.81 days.

Conclusion: PCNL is a safe and effective technique in the treatment of kidney stones in patients with a history of urological intervention.

Keywords: Percutaneous renal lithotripsy, recurrent kidney stones, history of urological surgery.

¹Bệnh viện Đa khoa QT Hợp Lực, Thanh Hoá

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thanh Tùng
ĐT: 0915333838

Email: tungtnqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 13/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến của đường tiết niệu, trong đó sỏi thận chiếm đa số, mặc dù được phát hiện và điều trị sớm bằng nhiều phương pháp song tỉ lệ sỏi thận tái phát là có và tăng dần cùng thời gian. Theo tác giả Vaughan (2014) thì sỏi thận tái phát với tỷ lệ 10%, 22% và 34% lần lượt sau 2 năm, 5 năm và 10 năm [1].

Xu hướng điều trị sỏi thận bằng can thiệp tối thiểu ngày càng phát triển, tán sỏi thận qua da (TSTQD) là lựa chọn ưu tiên hàng đầu với nhiều điểm vượt trội trong chỉ định về hình thái sỏi, độ an toàn tỷ lệ sạch sỏi, ít đau và tính thẩm mỹ [2], [3].

Đặc biệt ở người bệnh đã có tiền sử can thiệp tiết niệu cũ: tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), mổ mở, lấy sỏi nội soi... sẹo mổ, tổn thương cũ gây xơ dính tổ chức quang thận, biến đổi cấu trúc giải phẫu khoang sau phúc mạc. PCNL sẽ có lợi thế hơn khi đặc điểm này giúp ổn định được đường hầm, vị trí Amplatz do thận đã cố định, tuy nhiên nguy cơ chảy máu cũng tăng lên [4].

Tại bệnh viện Đa khoa Quốc tế Hợp Lực và BVĐK tỉnh Thanh Hoá đã nhiều năm kinh nghiệm TSTQD, đặc biệt trên người bệnh có tiền sử can thiệp tiết niệu cũ. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích tổng kết, đánh giá tỉ lệ sạch sỏi, tai biến, biến chứng của TSQD ở nhóm người bệnh trên tại 2 bệnh viện trong thời gian qua.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 90 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có tiền sử phẫu thuật tiết niệu và được tiến hành phẫu thuật tán sỏi thận qua da tại Bệnh viện Đa khoa Quốc Tế Hợp Lực (21 BN) và tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa (69 BN) từ tháng 3/2021 đến tháng 03/2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận có tiền sử can thiệp tiết niệu và chia theo các nhóm:

- + Nhóm I: Tán sỏi ngoài cơ thể
- + Nhóm II: Mổ mở
- + Nhóm III: Tán sỏi thận qua da
- + Nhóm IV: Mổ nội soi sau phúc mạc.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- + Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng
- + Bệnh nhân có rối loạn đông máu
- + Thông tin hồ sơ không đầy đủ

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu theo phương pháp mô tả hồi cứu cắt ngang.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử can thiệp tiết niệu, chỉ số trong phẫu thuật: thời gian mổ, lượng máu mất, thời gian hậu phẫu, tai biến- biến chứng sau mổ, tỷ lệ sạch sỏi sau mổ và sau 1 tháng.

Xử lý số liệu: phần mềm thống kê Stata và Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước mổ****Bảng 1: Một số đặc điểm bệnh nhân**

Chỉ số		Kết quả
Tổng số BN		90 BN
Tuổi BN trung bình		55.12 ± 9.89 tuổi (Min – max: 34-80 tuổi)
Giới tính		Nam: 52 (57.8%) Nữ: 38 (42.2%)
Vị trí		Trái: 49 (54.4%) Phải: 41 (45.6%)
BMI		21.71± 1.85 kg/m ² (Min – max: 18.8 – 25.48)
Tiền sử	TSNCT (Nhóm I)	7 BN (7.8%)
	Mổ mở (Nhóm II)	68 BN (75.6 %)
	TSTQD (Nhóm III)	7 BN (7.8 %)
	NS SFM (Nhóm IV)	8 BN (8.9%)

Bảng 2: Hình thái thận và sỏi

Chỉ số	Kết quả
Độ giãn thận	Không giãn: 7 (7.8%) Độ I : 41 (45.5%) Độ II: 38 (42.2%) Độ III: 4 (4.44%)
Kích thước sỏi trung bình:	26.36 ± 12.3 mm (Min – max: 10 – 46 mm)

*: Đánh giá trên CLVT và siêu âm

Bảng 3: Đặc điểm phẫu thuật

Chỉ tiêu	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV
Số lần chọc	1 lần: 7 BN	1 lần: 60 BN 2 lần: 8 BN	1 lần: 7 BN	1 lần: 7 BN 2 lần: 1 BN
Thời gian tạo đường hầm	9.2 ± 5.2 phút	10.4 ± 4.2 phút	9.5 ± 5.2 phút	8.8 ± 4.5 phút
Vị trí chọc	Đ. giữa: 5 BN Đ. dưới: 2 BN	Đ. Trên: 2 BN Đ. Giữa: 56 BN Đ. Dưới: 18 BN	Đ. Giữa: 6 BN Đ. Dưới: 1 BN	Đ. Giữa: 7 BN Đ. Dưới: 2 BN
Số Amplatz	1 Amplatz	1 Amplatz: 62 BN 2 Amplatz: 6 BN	1 Amplatz	1 Amplatz
T/g tán	34.4 ± 5.4 phút	38,3 ± 12.5 phút	31.5 ± 4.5 phút	34.4 ± 4.2 phút
T/g phẫu thuật	53.5 ± 7.5 phút (45 – 65)	66.5 ± 15.4 phút (40 – 95)	52.5 ± 8.5 phút (40 – 65)	60.2 ± 9.5 phút (45 – 75)

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

Chỉ tiêu	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	Nhóm IV
Máu mất sau mổ (Hemoglobin)	9.2 ± 4.5 mg/dl	10.6 ± 6.9 mg/dl	9.4 ± 4.4 mg/dl	10.2 ± 3.2 mg/dl
T/g hậu phẫu	6.14 ± 1.67 ngày (3-8)	7.37 ± 1.65 ngày (5-15)	6.14 ± 0.69 (5-7)	6.37 ± 1.6 ngày (4-9)
S. sỏi sau mổ	5 (71.4%)	50 (73.5%)	6 (85.7%)	6 (75%)
S. sỏi sau 1 tháng	6 (85.7%)	53 (82.3%)	6 (85.7%)	7 (86.5%)

Bảng 5: Đánh giá sạch sỏi liên quan với phân loại S.T.O.N.E

Tiêu chí		BN	Sau mổ	Sau 1 tháng
Phân loại S.T.O.N.E	Thấp	55	47 (85.4%)	50 (90.1%)
	Trung bình	31	18 (58.1%)	20 (64.5%)
	Cao	4	2 (50%)	2 (50%)

Bảng 6. Tai biến, biến chứng

Tai biến	Số lượng	Tỉ lệ
Chảy máu	7	7.78%
Sốt	4	4.44%
Thủng phúc mạc	2	2.22%
Tổn thương gan	1	1.11%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi có 90 BN có độ tuổi trung bình là 55,12 tuổi (34-80), tỉ lệ nam/nữ: 1.34/1. Tỉ lệ thận Trái/ Phải: 1.2/1. Với tiền sử can thiệp tiết niệu: TSNCT: 7 BN (7.8 %), mổ mở 68 BN (75.6 %), NS SFM: 8 BN (8.9%), TSTQD 7 BN (7.8%). Theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [5] kết quả nghiên cứu cho thấy 241 BN có tuổi trung bình: 54.4 (29-97), 120 bệnh nhân sỏi thận bên phải (chiếm 49,8%), 121 bệnh nhân sỏi thận bên trái (chiếm 50,2%). Trong nghiên cứu của Gupta có 55 BN tiền sử TSTQD, và 45 BN tiền sử mổ mở lấy sỏi[6].

Đặc điểm hình thái sỏi và thận ở nhóm nghiên cứu: Thận không giãn và giãn độ I: 48 BN (53.3%), thận giãn độ II: 38 Bn (chiếm 42.2%), giãn độ III: 4 (4.44 %), kích thước sỏi trung bình 26.36 mm (10-46), kích

thước sỏi tương đương như của một số tác giả, theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng kết quả thận ứ nước độ I: 86 (35.7%), độ II: 70 (29%), độ III 24 BN (10%) và không ghi nhận BN có giãn thận độ IV, kích thước sỏi TB: 18.09 mm (7-60 mm) [5], theo tác giả Gulani kích thước sỏi TB chia theo 2 nhóm TSTQD: 24.6±8.8mm, mổ mở 24.1 ± 8.5 mm[2].

4.2. Đặc điểm phẫu thuật:

Kết quả phân theo các nhóm tiền sử can thiệp của NB. Có 9 BN phải thực hiện chọc dò 2 lần nằm trong **nhóm II và IV**: 1 TH (1.1%) ở **nhóm IV**, 8 TH (8.9%) **nhóm II** trong đó có 6 TH (6.7%) phải sử dụng 2 Amplatz trong quá trình tán sỏi. Tỉ lệ này cao hơn so với Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng 6 TH (2.48%) [4]. Tiền sử mổ mở làm biến đổi cấu trúc giải phẫu ở thận và quanh thận gây sỏi tái phát nhiều vị trí và sử dụng 1 đường hầm

không thể tiếp cận hết được sỏi [7].

Vị trí tiếp cận sỏi của nhiều nhất của nhóm NC qua đài giữa 74 TH (74.7%), qua đài dưới 23 TH (23.3%), chỉ 2 TH (2%) tiếp cận qua đài trên, tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng chủ yếu lại tiếp cận từ đài dưới 136 (56.4%), từ đài giữa 80 (33.19%) [4], theo tác giả B. Lojanapiwat tiếp cận chủ yếu từ đài trên 34 TH (75.55%) [4].

Thời gian tạo đường hầm ở nhóm II TB 10.4 ± 4.2 phút, có thể do nhóm này khoang sau phúc mạc, tổ chức quanh thận bị sẹo xơ dính nên việc chọc nong đường hầm kéo dài hơn thông thường. Thời gian tán sỏi ở **nhóm II** cao nhất $38,3 \pm 12.5$ phút, kết quả này phù hợp với kích thước sỏi trung bình của **nhóm II** cũng là lớn hơn so với các nhóm còn lại. Thời gian tán sỏi của **nhóm III** là 31.5 ± 4.5 phút ngắn nhất trong NC. Tổng thời gian phẫu thuật của **nhóm II** là cao nhất và nhỏ nhất là **nhóm III** kết quả tương đồng như các tác giả Gupta [6]: phẫu thuật ở nhóm tiền sử mổ mở và tiền sử TSTQD lần lượt là 82.09 phút và 78.24 phút, tác giả Gulani [2]: lần lượt là 68.91 phút và 65.47 phút.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Lượng máu mất trung bình của các nhóm là tương đương nhau tuy nhiên nhiều nhất là ở **nhóm II** là 10.6 ± 6.9 g/l, kết quả này cũng tương tự như các tác giả Gualin 12.2 ± 3.2 g/L, Gupta 13.9 ± 5.9 g/L đều có kết quả nhóm mổ mở có lượng máu mất nhiều hơn cả [6], [2].

Thời gian hậu phẫu trung bình của NC là 7.08 ± 1.81 ngày (3-15), trong đó thời gian hậu phẫu của **nhóm II** là cao nhất 7.37 ± 1.65 ngày (5-15) kết quả tương đương với các tác giả trong nước Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng: 6.55 ngày (2-22), Trương Văn Cẩn: 7.2 ± 3.1 ngày [5], [8], tuy nhiên thời gian này dài hơn so với các tác giả nước ngoài

Gupta: 3.13 ± 0.55 ngày, Gulani 3.22 ± 0.7 ngày [6] [2]

Tỉ lệ sạch sỏi được xác định tại hai thời điểm ngay trước thời điểm ra viện và khám lại sau 1 tháng. Ở **nhóm I** tỉ lệ sạch sỏi là 6 TH (85.7 %), cũng nghiên cứu trên nhóm BN tiền sử TSNCT của tác giả Iqbal kết quả này là 53 TH (80.3%) [9]. Ở **nhóm II** tỉ lệ sạch sỏi sau 1 tháng 56 TH (82.3%), tác giả Gupta cho kết quả sạch sỏi rất tốt 42 TH (93.3%). Ở nhóm III tỉ lệ sạch sỏi 6 BN (85.7%), theo nghiên cứu B. Lojanapiwat nghiên cứu trên 104 BN tiền sử TSTQD kết quả sạch sỏi 91 BN (87.5%) [4].

Điều trị hỗ trợ: Có 2 TH BN được TSTQD lần 2, 2 BN tán sỏi ngược dòng do sỏi tụt xuống niệu quản. Tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng có 9 TH (5.5%) TSTQD lần 2, 4 TH (2.4%) tán sỏi ngược dòng [5].

4.4. Tai biến biến chứng

Theo các tài liệu, y văn biến chứng thường gặp là sepsis, nhiễm khuẩn khoảng 2 %, chảy máu sau phẫu thuật khoảng 7%, ngoài ra quá trình phẫu thuật có thể gây tổn thương tạng đặc: gan, lách, khoang màng phổi, phúc mạc, đại tràng. Các tổn thương này có thể ít gặp song nếu có đều rất nguy hiểm [8], [10].

Trong NC này chúng tôi có 14 TH (15.6%) tai biến và biến chứng sau mổ. Trong đó 7 TH (5.56%) chảy máu: 1 TH (1.11%) chảy máu trong quá trình tán sỏi phải chuyển mổ mở. 6 TH (6.67%) khác phát hiện trong quá trình hậu phẫu, 4 TH phải tiến hành nút mạch điều trị, 2 TH còn lại chỉ điều trị dùng thuốc điều trị nội khoa. Tác giả Nguyễn Minh An ghi nhận 2 TH (2.7%) chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở, 7 TH (9.3%) chảy máu sau mổ, 2 TH (2.7%) sốc nhiễm trùng.. [7]

Sốt sau mổ có 4 TH (4.44%) BN được điều trị kháng sinh 2 nhóm kết hợp thì hết sốt, cấy máu cấy nước tiểu sau mổ đều âm tính.

Tổn thương tạng vẫn được ghi nhận mặc dù tỉ lệ là rất thấp, theo tác giả Kyriazis tổn thương tạng đặc tỉ lệ <0.5 %, tổn thương màng phổi <2%, tổn thương phúc mạc, tổn thương đại tràng <1 %... [10]. NC chúng tôi có 3TH tổn thương tạng được phát hiện sau mổ: 2 TH (2.22%) bị thủng phúc mạc nằm ở **nhóm I + II**, sau mổ BN có chướng bụng nhiều không trung tiện, CLVT hình ảnh dịch trong ổ bụng, BN được NS ổ bụng lau rửa làm sạch; 1 TH (1.11%) bị tổn thương gan nằm ở **nhóm II**, BN sau mổ đau nhiều hạ sườn P, CLVT hình ảnh sonde dẫn lưu thận đi xuyên qua phần rìa gan P, xử lý rút dẫn lưu thận BN giảm dần các triệu chứng. Quá trình chúng tôi không gặp thủng đại tràng, thủng màng phổi...

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 90 trường hợp NB có tiền sử phẫu thuật tiết niệu tại BVĐK tỉnh Thanh Hoá và BVĐK Quốc tế Hợp Lực, kết quả cho thấy rằng TSTQD là kỹ thuật an toàn, hiệu quả trong điều trị sỏi thận ở nhóm người bệnh tiền sử phẫu thuật tiết niệu. Tuy nhiên để có đánh giá tổng thể hơn, cần được nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và đồng đều ở các nhóm tiền sử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **L. E. Vaughan, F. T. Enders, J. C. Lieske, et al** (2019). "Predictors of Symptomatic Kidney Stone Recurrence After the First and Subsequent Episodes". Mayo Clin Proc, 94, 202-210.
2. **A. Gulani, U. Kumar, S. S. Yadav, et al** (2021). "Percutaneous nephrolithotomy in previously operated patients: A prospective study". Urol Ann, 13, 24-29.
3. **S. R. Patel, S. Y. Nakada** (2015). "The modern history and evolution of percutaneous nephrolithotomy". J Endourol, 29, 153-157.
4. **B. Lojanapiwat** (2010). "Does previous open nephrolithotomy affect the efficacy and safety of tubeless percutaneous nephrolithotomy?". Urol Int, 85, 42-46.
5. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Đình Nguyên Đức** (2014). "Tán sỏi qua da trong sỏi thận tái phát". Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh, 18, 292 - 299.
6. **R. Gupta, A. Gupta, G. Singh, et al** (2011). "PCNL A comparative study in nonoperated and in previously operated (open nephrolithotomy/pyelolithotomy) patients a single surgeon experience". Int Braz J Urol, 37, 739-744.
7. **Nguyễn Minh An, Hoàng Bùi Thảo** (2023). "Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tái phát". Tạp Chí Y học Việt Nam, 521, 107-111.
8. **Trương Văn Cẩn** (2021). Nghiên cứu điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da trên thận đã mổ mở lấy sỏi, Luận văn tốt nghiệp Tiến sỹ Y khoa, Đại học Y Dược Huế.
9. **N. Iqbal, S. Iqbal, N. Zareen, et al** (2022). "Percutaneous nephrolithotomy in new versus those patients with previous history of Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy on ipsilateral side". Pak J Med Sci, 38, 833-837.
10. **P. Nikić, O. Durutović, B. Kajmaković, et al** (2014). "Complications associated with percutaneous nephrolitholapaxy (PCNL) our experience and literature review". Acta Chir Iugosl, 61, 51-56.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI QUẢNG NINH

Nguyễn Thu Hà¹, Nguyễn Ngọc Sáng², Nguyễn Thị Tươi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn tiết niệu sơ sinh (NKTN) tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh.

Đối tượng: 66 trẻ sơ sinh bị NKTN điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh từ 01/12/2020 đến 31/10/2021. Phương pháp: mô tả cắt ngang.

Kết quả: tần suất mắc NKTN ở trẻ sơ sinh là 66/822 trẻ (8,0%), thường gặp ở trẻ đẻ non, cân nặng <2500g. Tỷ lệ nam/nữ là 0,88. Triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu: sốt 10 ca (15,2%), vàng da 38 ca (57,6%), suy hô hấp 15 ca (22,7%), bỏ bú, bú kém 14 ca (21,2%). Xét nghiệm hầu hết bình thường. Xét nghiệm nước tiểu: Bạch cầu niệu dương tính 66 (100%), Bạch cầu niệu trung bình $120,08 \pm 21,40$ /mm³, Nitrit niệu dương tính 30 (45,5%). Vi khuẩn niệu 8 ca (12,1%), gram âm 7/8 ca (87,5%). Siêu âm thận tiết niệu có bất thường 5 ca (7,6%). Các yếu tố nguy cơ gây NKTN là trẻ nữ, ≤ 7 ngày tuổi, cân nặng lúc sinh < 2500g, đẻ non, có vàng da, mẹ mắc bệnh khi mang thai, sốt trước đẻ 1 tuần, nước ối bẩn, thời gian vỡ ối >12 giờ, đẻ ngạt, trẻ được can thiệp thủ thuật cấp cứu trước vào viện.

Kết luận: NKTN sơ sinh có tần suất mắc cao, triệu chứng lâm sàng không điển hình. Biến đổi cận lâm sàng chủ yếu là bạch cầu niệu dương tính, vi khuẩn niệu chủ yếu là gram âm. Trẻ nữ, ≤ 7 ngày tuổi, vàng da bệnh lý, đẻ non, mẹ sốt 1 tuần trước đẻ; mắc bệnh khi mang thai; đẻ ngạt; trẻ được can thiệp thủ thuật cấp cứu trước vào viện có nguy cơ mắc NKTN cao hơn những trẻ khác.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, sơ sinh, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND SOME FACTORS RELATED TO NEONATAL URINARY TRACT INFECTION AT QUANG NINH OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical epidemiological characteristics and some factors related to neonatal UTI at Quang Ninh Obstetrics and Children's Hospital.

Subjects: 66 neonatal UTI patients treated at Quang Ninh Obstetrics and Children's Hospital from December 1, 2020, to October 31, 2021. Methods: Cross sectional description.

Results: The frequency of neonatal UTIs was 66/822 cases (8,0%), often preterm infants, < 2500g. The male-to-female is 0.88. Clinical symptoms are atypical, including fever 10 cases (15.2%); jaundices 38 (57.6%), respiratory failure 15 (22.7%), abortion, poor feeding 14 (21.2%). Investigation results are mostly normal.

¹Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

ĐT: 0913087202

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

Urinary test: leukocyte positive 66 (100%), mean leukocyte $120.08 \pm 21.40/\text{mm}^3$, nitrite positive 30 (45.5%), urine bacteria positive 8 (12.1%), negative gram 7/8 (87.5%). Abnormalities in ultrasound 5 (7.6%). Risk factors: girls, ≤ 7 days old, $< 2500\text{g}$, preterm, jaundice, maternal disease during pregnancy, fever 1 week before birth, dirty amniotic fluid, time of rupture of amnio > 12 hours, asphyxia, children with emergency procedures before admission to the hospital.

Conclusion: Neonatal UTI has a high prevalence, with atypical clinical symptoms. The main subclinical changes are the strongly positive urinary leukocytes, urine bacteria mostly are negative gram. Children who are girls, ≤ 7 days old, $< 2500\text{g}$, jaundice, preterm, mother has fever 1 week before giving birth; get sick during pregnancy; asphyxia; children receive emergency surgical intervention before entering the hospital have a higher risk of UTI than other children.

Keywords: Urinary tract infection, neonate, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ em, đứng hàng thứ 3 chỉ sau nhiễm khuẩn đường hô hấp và tiêu hóa. Theo độ tuổi, tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở trẻ sơ sinh [1]. NKTN ở trẻ sơ sinh thường là một phần của nhiễm khuẩn toàn thân, các triệu chứng không điển hình vì vậy dễ bỏ sót nên bệnh diễn biến tiềm tàng, hay tái phát và để lại biến chứng [2]. Lê Tổ Như nghiên cứu tại Khoa Sơ sinh - Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2004 cho thấy tần suất mắc NKTN trẻ sơ sinh là 6,2% [3]. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và yếu tố liên quan đến NKTN sơ sinh khác nhau tùy theo từng địa phương. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng NKTN sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh như thế nào, các yếu tố nào liên

quan đến NKTN ở trẻ sơ sinh? Là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh từ ngày 01/12/2020 đến ngày 31/10/2021.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn tiết niệu ở những bệnh nhân trên.

Hy vọng với kết quả thu được sẽ góp phần vào chẩn đoán, điều trị và dự phòng NKTN ở trẻ sơ sinh, một bệnh thường gặp ở trẻ em nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 66 trẻ sơ sinh có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định NKTN theo Hội Nhi khoa Hoa Kỳ [4]: Vi khuẩn $\geq 10^4$ CFU/ml đối với nước tiểu đặt sonde bàng quang và/hoặc nước tiểu có bạch cầu ≥ 10 /vi trường có độ phóng đại 400 lần hoặc ≥ 30 bạch cầu/ mm^3 .

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân tử vong trước 24 giờ và những bệnh nhân không xét nghiệm được nước tiểu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện: tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN sơ sinh từ 01/12/2020 đến 31/10/2021.

- Nội dung nghiên cứu

Mục tiêu 1: Tuổi, tuổi thai, địa dư, giới, cân nặng khi sinh, tỷ lệ NKTN, sốt, vàng da, bỏ bú, bú kém, rối loạn tiêu hóa, sụt cân, tổng phân tích nước tiểu, tổng phân tích tế bào máu, CRP huyết thanh, Ure, Creatinin máu, cấy nước tiểu, siêu âm thận tiết niệu...

Mục tiêu 2: Tuổi, giới, cân nặng và một số bệnh kèm theo liên quan, một số yếu tố liên quan tiền sử sản khoa và tiền sử đẻ...

- Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng, ghi đầy đủ thông tin. Các xét nghiệm được làm tại các khoa Xét nghiệm Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh.

- **Xử lý số liệu:** bằng phần mềm SPSS 20.0. Tính giá trị trung bình, tần suất mắc

bệnh giữa các đối tượng, so sánh bằng test χ^2 , khi bảng 2×2 có ô chứa số < 5 dùng Fisher Exact test để kiểm định. Tính tỷ lệ phần trăm. Dùng test χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, tính tỷ suất chênh OR.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh. Các số liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Dịch tễ học lâm sàng

- Tần suất mắc bệnh chung: Số trẻ NKTN/Tổng số trẻ sơ sinh = 66/822 (8,0%).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ học của NKTN sơ sinh

Đặc điểm	Số trẻ sàng lọc (n = 822)	Số trẻ NKTN (n = 66)	Tần suất (%)	p
Non tháng	40	13	32,5	< 0,001
Đủ tháng	782	53	6,8	
Thành thị	516	48	9,3	0,081
Nông thôn, vùng núi, hải đảo	306	18	5,9	
0 – 7 ngày tuổi	433	55	12,7	< 0,001
8 – 28 ngày tuổi	389	11	2,8	
Nam	497	31	6,2	< 0,05
Nữ	325	35	10,8	
Cân nặng lúc sinh <2500g	41	12	29,3	< 0,001
Cân nặng lúc sinh $\geq$ 2500g	781	54	6,9	

Bảng 1 cho thấy tần suất mắc NKTN ở trẻ non tháng cao hơn trẻ đủ tháng, trẻ dưới 7 ngày tuổi có tỉ lệ mắc NKTN cao hơn trẻ > 7 ngày tuổi, trẻ nữ gặp nhiều hơn nam. Tỉ lệ NKTN ở trẻ cân nặng lúc sinh $< 2500g$ cao hơn so với trẻ có cân nặng lúc sinh $\geq 2500g$.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng, bệnh kèm theo ở trẻ mắc NKTN

Triệu chứng lâm sàng, bệnh kèm theo	Số trẻ (n)	Tỷ lệ %
Nhiệt độ $> 38^{\circ}C$	10	15,2
Nhiệt độ $< 36,5^{\circ}C$	3	4,5
Nhiệt độ từ $36,5^{\circ}C$ đến $38^{\circ}C$	53	80,3
Kích thích, quấy khóc	3	4,5
Li bì	3	4,5
Bỏ bú, bú kém	14	21,2
Vàng da	38	57,6
Suy hô hấp	15	22,7
Nôn	2	3,0
Chướng bụng	1	1,5
Tiêu chảy	2	3,0
Sụt cân $> 10\%$	4	6,1

Bảng 2 cho thấy NKTN ở trẻ sơ sinh có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Các triệu chứng có thể gặp: vàng da, sốt, suy hô hấp, bỏ bú, bú kém, rối loạn tiêu hoá (nôn, chướng bụng, tiêu chảy), sụt cân.

Bảng 3. Các xét nghiệm của bệnh nhi mắc NKTN

Xét nghiệm	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ %
Bạch cầu niệu dương tính	66	100
Nitrit niệu dương tính	30	45,5
Vi khuẩn niệu dương tính	8	12,1
CRP huyết thanh > 10mg/l	14	21,2
Bạch cầu trong máu ngoại vi giảm	1	1,5
Bạch cầu trong máu ngoại vi tăng	7	10,6
Bạch cầu trung tính tăng	17	25,8
Bạch cầu trung tính giảm	6	9,1
Ure máu tăng	6	9,1
Creatinin máu tăng	11	16,7
Dị tật tiết niệu trên siêu âm	5	7,6

Bảng 3 cho thấy bạch cầu niệu dương tính gặp ở tất cả các bệnh nhi. Cây nước tiểu mọc 8 trường hợp (87,5% vi khuẩn gram âm).

Siêu âm cho thấy 5 trường hợp bất thường: 1 ca thận đa nang, 1 ca thận móng ngựa, 3 ca kích thước thận to hơn bình thường.

Số lượng bạch cầu niệu trung bình là $120,08 \pm 21,40$ bạch cầu/mm³.

Bảng 4. Vi khuẩn niệu trong NKTN sơ sinh

Loại vi khuẩn	Số lần dương tính	Tỷ lệ % dương tính	Kháng sinh nhạy cảm	Kháng sinh đã kháng
Klebsiella .sp	3	37.5	augmentin, nalidixic, ciprofloxacin, gentamycin, amikacin, imipenem	ampicillin, ceftazidim, cefotaxim, ceftriaxon
E.coli	1	12.5	nalidixic, amikacin, imipenem	ampicillin, augmentin, ceftazidim, cefotaxim, ceftriaxon, ciprofloxacin, gentamycin
Citrobacter .sp	1	12.5	ceftazidim, cefotaxim, ceftriaxon, nalidixic, ciprofloxacin, gentamycin, amikacin, imipenem	ampicillin, augmentin,
Proteus .sp	1	12.5	ceftazidim, cefotaxim, ceftriaxon, nalidixic, ciprofloxacin, gentamycin, amikacin	ampicillin, augmentin, imipenem

Serratia .sp	1	12.5	ceftriaxon, nalidixic, ciprofloxacin, gentamycin, amikacin, imipenem	ampicillin, augmentin, ceftazidim, cefotaxim
Enterococcus faecalis	1	12.5	ampicillin, augmentin, ceftriaxon, ciprofloxacin, amikacin, imipenem	ceftazidim, cefotaxim, gentamycin

Bảng 4 cho thấy vi khuẩn chủ yếu là vi khuẩn gram âm: Klebsiella .sp, E.coli, Citrobacter .sp,... Về kháng sinh đồ, các vi khuẩn đã kháng ampicillin, augmentin, ceftazidim, cefotaxim, ceftriaxon, nhưng còn nhạy cảm với nalidixic, ciprofloxacin, gentamycin, amikacin và imipenem.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến NKTN sơ sinh

Yếu tố liên quan	Có NKTN (n = 66)	Không NKTN (n = 756)	Tổng (n = 822)	OR (95% CI)	P
Nữ	35	290	325	1,81	0,02
Nam	31	466	497	(1,09 – 3,01)	
0 – 7 ngày	55	378	433	5,00	< 0,001
8 – 28 ngày	11	378	389	(2,57 – 9,70)	
Cân nặng lúc sinh < 2500g	12	29	41	5,57	< 0,001
Cân nặng lúc sinh ≥ 2500g	54	727	781	(2,69 – 11,53)	
Có vàng da bệnh lý	37	193	230	3,72	< 0,001
Không vàng da bệnh lý	29	563	592	(2,23 – 6,22)	
Non tháng	13	27	40	6,62	< 0,001
Đủ tháng	53	729	782	(3,23 – 13,58)	

Bảng 5 cho thấy trẻ sơ sinh nữ, < 7 ngày tuổi, cân nặng lúc sinh <2500g, có vàng da bệnh lý và đẻ non là các yếu tố nguy cơ của NKTN sơ sinh.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến tiền sử sản khoa và tiền sử đẻ

Tiền sử sản khoa	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nước ối bẩn	12	18,2
Thời gian vỡ ối >12 giờ	7	10,6
Mẹ mắc viêm phần phụ khi mang thai	6	10,1
Mẹ mắc đái đường thai kỳ	5	7,6
Mẹ sốt trước đẻ 1 tuần	5	7,6
Trẻ được can thiệp thủ thuật cấp cứu trước vào viện	5	7,6
Mẹ mắc NKTN khi mang thai	4	6,1
Mẹ mắc tiền sản giật	3	4,5
Tiền sử đẻ ngạt	2	3,0

Bảng 6 cho thấy NKTN sơ sinh còn gặp ở các mẹ có nước ối bẩn, thời gian vỡ ối > 12 giờ, mẹ mắc viêm phần phụ khi mang thai, mẹ mắc đái đường thai kỳ, mẹ sốt trước đẻ 1 tuần, đẻ ngạt, trẻ được can thiệp thủ thuật cấp cứu trước vào viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Tần suất mắc nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ sơ sinh là 8,0%. Tần suất mắc NKTN sơ sinh thay đổi tùy theo các địa phương khác nhau. Theo Angela: tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ dưới 3 tháng 4,6% - 13,6% [5]; Donough: tỷ lệ NKTN ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ có sốt 7 - 15 % [2]. NKTN ở trẻ non tháng 32,5%, cao hơn nhóm trẻ đủ tháng. NKTN có nguy cơ tăng lên ở trẻ đẻ non [2]. NKTN sơ sinh gặp ở trẻ nhẹ cân < 2500 gram với tần suất mắc bệnh 29,3%. Trẻ trong giai đoạn sơ sinh sớm (≤ 7 ngày tuổi) có tần suất NKTN cao hơn hẳn nhóm tuổi 8 - 28 ngày (12,7% so với 2,8%). Tần suất mắc bệnh theo giới nữ nhiều hơn nam. Kết quả này tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Tâm, (2010), tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, trẻ sơ sinh sớm (< 8 ngày), có tần suất NKTN 9,22%; ở lứa tuổi 8 - 28 ngày là 1,76%, 5,05% (nam) và 6,09% (nữ) [6].

Chúng tôi nhận thấy phần lớn trẻ không có triệu chứng lâm sàng điển hình. Các triệu chứng có thể gặp là sốt, vàng da, suy hô hấp, bỏ bú, bú kém. Trẻ có thể có li bì, sút cân, rối loạn tiêu hóa: nôn, chướng bụng, ỉa chảy... Các nghiên cứu trước đây về NKTN sơ sinh cũng cho nhận xét tương tự. Nguyễn Thị Tâm ghi nhận trẻ bỏ bú, bú kém với tỉ lệ 35,7% [6]. Donough cho thấy triệu chứng suy hô hấp thường gặp trẻ sinh đẻ non có NKTN [2]. Angela Lai trong bài báo cáo tổng quan về chẩn đoán và điều trị NKTN của trẻ sơ sinh cho thấy: biểu hiện lâm sàng thường không đặc hiệu: Bú kém, hôn mê,

nôn mửa, tiêu chảy, khó chịu, không dung nạp thức ăn, hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, chướng bụng, nhịp tim chậm và vàng da kéo dài...có thể là một triệu chứng xuất hiện ở cả trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng [5]. Nguyễn Ngọc Sáng và CS khi nghiên cứu NKTN do E.coli từ 2 tháng - 5 tuổi cũng cho thấy sốt là đặc điểm lâm sàng phổ biến nhất [7].

Về các xét nghiệm ở trẻ sơ sinh bị NKTN, bạch cầu niệu gặp ở tất cả các bệnh nhi, ngoài ra các xét nghiệm khác không điển hình như trẻ lớn. 10,6% tăng bạch cầu trong máu ngoại vi; 25,8% tăng bạch cầu trung tính. Nguyễn Thị Tâm có 5,36% bạch cầu tăng > 25000/mm³[6]. Kết quả CRP huyết thanh cho thấy 21,2% trẻ tăng CRP > 10 mg/l. Angela Lai cho biết CRP huyết thanh có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp. Tuy nhiên cấy nước tiểu dương tính kết hợp đái ra mủ thì mức CRP huyết thanh tăng cao hơn 20mg/l [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự của Nguyễn Thị Tâm tỷ lệ trẻ sơ sinh NKTN có tăng ure máu 13,21%, tăng creatinin máu 11,13% [6]. Số lượng bạch cầu niệu trung bình phát hiện được $120,08 \pm 21,40$ bạch cầu/mm³. Chúng tôi ghi nhận 45,5% trường hợp có nitrit niệu dương tính. NKTN sơ sinh có vi khuẩn niệu là gram âm (7/8 ca). Các nghiên cứu đều chỉ ra, hầu hết căn nguyên gây NKTN ở sơ sinh và trẻ em do vi khuẩn Gram âm [1, 2] với các tỷ lệ khác nhau. Chúng tôi phát hiện trên siêu âm 5 trường hợp bất thường: 1 bệnh nhân thận đa nang, 1 bệnh nhân thận móng ngựa, 3 bệnh nhân thận kích thước to hơn bình

thường. Các hiệp hội Nhi khoa của Mỹ, Canada, Châu Âu khuyến cáo nên siêu âm cho tất cả trẻ em bị NKTN lần đầu [1].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu sơ sinh

Kết quả cho thấy giới tính nữ, tuổi ≤ 7 ngày, cân nặng sau sinh $< 2500\text{g}$ có tăng nguy cơ mắc NKTN cao hơn những trẻ khác. Tần suất NKTN ở giai đoạn sơ sinh sớm có nguy cơ NKTN cao gấp 5,0 lần so với trẻ sơ sinh muộn. Kết quả này tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Tâm, giai đoạn sơ sinh sớm có nguy cơ NKTN cao gấp 5,66 lần so với trẻ sơ sinh muộn [6]. Trẻ nhẹ cân $< 2500\text{g}$ có nguy cơ mắc nhiễm khuẩn tiết niệu cao gấp 5,57 lần so với trẻ có cân nặng $\geq 2500\text{g}$. Donough ghi nhận nguy cơ mắc nhiễm khuẩn tiết niệu tăng lên với trẻ càng non, cân nặng càng thấp với tỷ lệ hiện mắc là 8%, nhưng với trẻ sơ sinh cực kỳ nhẹ cân $< 1000\text{g}$, tỉ lệ này là 13% [2]. Ở trẻ đẻ non NKTN cao gấp 6,62 lần trẻ đủ tháng. Chúng tôi thấy, trẻ vàng da bệnh lý tăng nguy cơ NKTN lên gần 4 lần. Erhan Aygün nghiên cứu phân tích hồi quy đa biến logistic, trẻ vàng da tăng Bilirubin máu tự do làm tăng nguy cơ mắc NKTN 13 lần (OR = 13,61; 95% CI: 2,73–67,81) [8].

Kết quả của chúng tôi còn cho thấy NKTN sơ sinh gặp ở những trường hợp có mẹ sốt trước sinh 1 tuần (7,6%), mẹ mắc bệnh khi mang thai (28,8%), nước ối bẩn (18,8%), thời gian vỡ ối > 12 giờ (10,8%). Các bệnh mẹ mắc khi mang thai như: NKTN, viêm phần phụ, đái đường thai kì, tiền sản giật. Khoảng 3% trẻ có tiền sử đẻ ngạt, có

7,6% trẻ được can thiệp cấp cứu trước khi vào viện: bóp bóng, thở oxy, đặt catheter rốn, đặt sonde dạ dày, đặt sonde tiểu...

Những nghiên cứu hơn nữa là cần thiết với cỡ mẫu lớn hơn để xác định được vi khuẩn niệu, kháng sinh đồ và đánh giá kết quả điều trị NKTN ở trẻ sơ sinh.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

- Tần suất mắc NKTN ở trẻ sơ sinh là 8,0%, ở trẻ non tháng là 32,5% và trẻ ≤ 7 ngày tuổi là 12,7%. Trẻ gái có tần suất mắc NKTN cao hơn (10,8%). Trẻ nhẹ cân $< 2500\text{g}$ có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn trẻ có cân nặng $\geq 2500\text{g}$.

- Triệu chứng lâm sàng NKTN sơ sinh thường không điển hình. Các triệu chứng có thể gặp: vàng da, sốt, suy hô hấp, bỏ bú, bú kém, rối loạn tiêu hoá (nôn, chướng bụng, tiêu chảy), sứt cân.

- Về xét nghiệm chủ yếu là bạch cầu niệu dương tính, vi khuẩn niệu chủ yếu là gram âm.

5.2. Một số yếu tố liên quan bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ sơ sinh

Trẻ nữ, ≤ 7 ngày tuổi, vàng da bệnh lý, đẻ non, mẹ sốt 1 tuần trước đẻ; mắc bệnh khi mang thai; đẻ ngạt; trẻ được can thiệp thủ thuật cấp cứu trước vào viện có nguy cơ mắc NKTN cao hơn những trẻ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonathan Kaufman, et al (2019), “Urinary tract infections in children: an overview of diagnosis and management”, BMJ Paediatr Open, Volume 3, Issue 1, pp 487.

2. **Donough J O'Donovan** (2018), Urinary tract infections in neonates, Available in the internet at: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-in-neonates#H776291741>, update Oct 02, 2018.
3. **Lê Tố Như, Lê Nam Trà** (2005), “Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và lâm sàng bệnh nhiễm khuẩn đường tiêu ở trẻ sơ sinh vào bệnh viện Nhi Trung ương”, Tạp chí Nghiên cứu y học Đại học Y Hà Nội phụ trương , tập 35, số 2, Tr 198.
4. **Kenneth B. Roberts** (2018), “The Diagnosis of UTI: Colony Count Criteria Revisited”, Pediatrics, 141 (2): e20173239.
5. **Angela Lai, et al** (2018), “Diagnosis and Management of Urinary Tract Infections in Premature and Term Infants”, NeoReviews, Volume 19 (6) pp337- 348.
6. **Nguyễn Thị Tâm** (2010), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan bệnh nhiễm khuẩn tiết niệu sơ sinh tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CK II, Trường Đại học Y Hải Phòng.
7. **Nguyen Ngoc Sang, et al** (2022), “Clinical epidemiology characteristics and antibiotic resistance associated with urinary tract infections caused by E.coli”, Hindawi, International Journal of Nephrology, Volume 2022, Article ID 2552990. <https://doi.org/10.1155/2022/2552990>
8. **Erhan Aygün, Sinan Tüfekci** (2020), “Clinical significance of urinary tract infection among newborns with hyperbilirubinemia”, American Journal of Biomedical Science & Research, 9(6), pp 500-504.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ BỔ THỂ (C3, C4) VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Đoàn Thị Thiện Hảo^{1,2}, Lê Thanh Minh Triết¹, Nguyễn Hoàng Thanh Vân¹
Đinh Thị Minh Hảo¹, Đặng Thị Khánh Thảo¹, Võ Tam¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá mối quan hệ giữa nồng độ bổ thể máu và các yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân này trên nhóm SLE tại địa phương.

Đối tượng và phương pháp: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống (theo tiêu chuẩn EULAR 2019) điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội hoặc nhập viện tại khoa Nội Tổng hợp- Nội tiết- Cơ xương khớp Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 11/2021 đến tháng 3/2023. Bệnh nhân được chia thành các nhóm khác nhau dựa vào nồng độ các bổ thể. Sau đó các chỉ số về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng sẽ được phân tích và so sánh giữa các nhóm.

Kết quả: Có 52 BN nữ giới chiếm 94,2%; tuổi trung bình là 32,54±9,30; 69,2% bệnh nhân có giảm bổ thể C3, 28,8% có giảm C4 và 21,2% giảm cả 2 loại; Bệnh thận Lupus, giảm MLCT hay gặp hơn ở nhóm C3 thấp ($p=0,018$). Tăng huyết áp, giảm tiểu cầu liên quan đến giảm nồng độ C4 ($p<0,0001$ và $p=0,024$). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các mối tương quan thuận

mức độ yếu giữa: nồng độ C4 và mức lọc cầu thận; C3 với tiểu cầu và Hb; Mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa C3 và TPU.

Kết luận: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng bệnh nhân với nồng độ bổ thể thấp liên quan đến các biểu hiện tổn thương thận, tăng huyết áp, rối loạn huyết học kèm theo.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, viêm thận lupus, nồng độ bổ thể C3, C4, biểu hiện lâm sàng, tổn thương cơ quan.

SUMMARY

A STUDY OF COMPLEMENT LEVELS (C3,C4) AND ASSOCIATED FACTORS IN SLE PATIENTS AT HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objective: to analyze the correlation between serum complement C3 and C4 levels with disease's factors of SLE in Hue university of Medicine and Pharmacy Hospital.

Patients and Methods: This study used an observational analytic method with a cross-sectional design. The samples of this study were SLE patients (fullfilling EULAR 2019 criteria) who were treated in the outpatient Internal Medicine clinic or the inpatient Internal Medicine Department from 11/2021 to 4/2023. Patients were grouped in different group based on complement levels. Clininal characteristics and lab tests were analysed and compared between groups.

¹Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Dược Huế

²Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Trung Ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Thiện Hảo

ĐT: 0357233673

Email: dtthao@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 26/5/2023

Ngày phản biện: 31/5/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

Results: There were 52 SLE patients, most of whom were women (94.2%) with mean age of 32.54 ± 9.30 years old. Most levels of complement were low levels (C3= 69.2%; C4= 28.8%; both=21.2%). Lupus nephritis was more frequent in patients with (low/normal) levels of C3 ($p=0,018$). Hypertension, low platelet were associated with low complement C4 (respectively, $p<0.0001$ and $p=0.024$).

Conclusion: Lower complement C3, C4 were associated with higher rate of renal diseases, hypertension and hematologic manifestations.

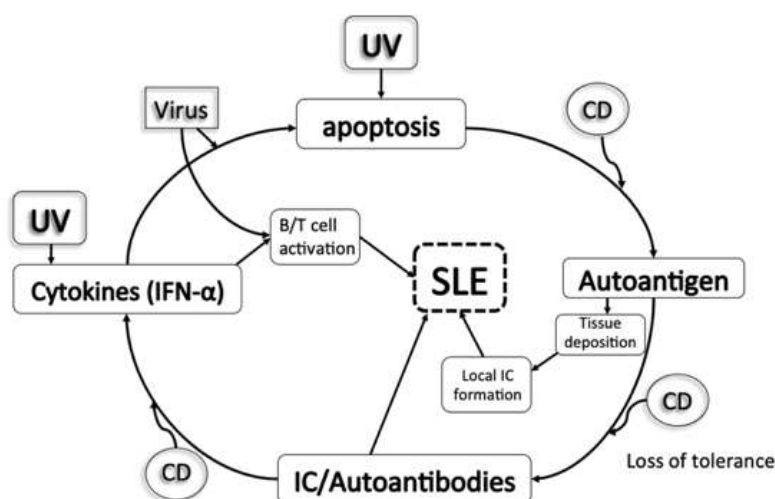
Keywords: Systemic lupus erythematosus, lupus nephritis, complement levels, organ damage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh lý tự miễn hệ thống biểu hiện viêm mạn tính, tổn thương đa cơ quan, ước tính tỷ lệ mắc hằng năm là 5,14/100.000 dân tương ứng với 0,06 triệu người mới mắc mỗi năm [7]. Biểu hiện lâm sàng của SLE từ các tổn thương nhẹ như da niêm mạc đến các tổn thương nặng đe dọa tính mạng như tổn thương thận, thần kinh, huyết học, viêm thận

lupus là một trong những tổn thương nặng hay gặp ở 40-70% SLE nói chung [3]. Bên cạnh các biểu hiện lâm sàng đa dạng, tiêu chuẩn cận lâm sàng mà cụ thể hơn về miễn dịch cũng đã được sử dụng thường qui trên lâm sàng với mục đích chẩn đoán, đánh giá độ hoạt động bệnh cũng như theo dõi đáp ứng điều trị, phải kể đến các nhóm tự kháng thể và nồng độ bổ thể. Sự hình thành và lắng đọng phức hợp miễn dịch là nguyên nhân chính dẫn đến các biểu hiện trên lâm sàng như: tiểu máu, protein niệu các mức độ, suy thận cấp/mạn.

Nồng độ C3, C4 có thể giảm trước khi xuất hiện đợt cấp và trở lại bình thường trong giai đoạn bệnh ổn định cùng với sự thay đổi hiệu giá anti ds-DNA, sự biến thiên nồng độ bổ thể đã được sử dụng không chỉ trong chẩn đoán và tiên lượng mà còn đánh giá hiệu quả điều trị của bệnh thận lupus. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hoạt hoá bổ thể với giảm nồng độ bổ thể máu liên quan đến hội chứng kháng phospholipid trên BN SLE, giảm C3 và PC4d liên quan đến các biến cố về huyết khối liên quan đến hội chứng kháng phospholipid và hội chứng thận hư trên bệnh nhân SLE [1].



Sơ đồ vai trò của bổ thể trong bệnh sinh của SLE [8]

Dù giảm bổ thể đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của SLE và được khuyến cáo theo dõi nồng độ C3, C4 trong đánh giá mức độ hoạt động bệnh. Tuy nhiên, sự giảm nồng độ C3, C4 không liên quan chặt chẽ với mức độ hoạt động bệnh [8]. Các nghiên cứu về bổ thể và các yếu tố liên quan cho kết quả khác nhau về sự liên quan đến giảm nồng độ bổ thể và mức độ hoạt động bệnh và các biểu hiện tổn thương cơ quan trên BN SLE. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá mối quan hệ giữa nồng độ bổ thể máu và các yếu tố liên quan trên nhóm bệnh nhân này trên nhóm SLE tại địa phương. Mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nồng độ bổ thể C3, C4 ở bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống.

2. Tìm mối liên quan giữa C3, C4 và các yếu tố liên quan cũng như biểu hiện lâm sàng trên bệnh SLE.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên bệnh nhân SLE được chẩn đoán và điều trị tại Phòng khám Nội + khoa Nội Tổng hợp- Nội tiết- CXXK thuộc Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 11/2021 đến tháng 6/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán SLE khi có ≥ 4 tiêu chuẩn (ít nhất một tiêu chuẩn lâm sàng và một tiêu chuẩn miễn dịch-cộng dồn) hoặc bệnh thận lupus được chứng minh trên sinh thiết thận kèm với ANA hoặc anti-dsDNA theo tiêu chuẩn EULAR 2019 [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng overlap, mô liên kết

hỗn hợp hoặc mắc các bệnh lý ác tính hoặc nhiễm trùng cấp tính đi kèm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp thu thập số liệu:

Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng: ELISA tại Labo xét nghiệm trung tâm xét nghiệm bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

Các biến số về đặc điểm nhân chủng học:

- Phân chia theo giới tính: nam, nữ
- Phân chia theo tuổi: <40 tuổi, ≥ 40 tuổi

Các biến số về lâm sàng:

- Tăng huyết áp ($\geq 140/90$ mmHg), rụng tóc không sọc, đau khớp, ban cánh bướm, sốt, biến cố huyết khối: có, không

Các biến số về cận lâm sàng:

- Công thức máu: hemoglobin (Giảm Hb: < 120 g/l), bạch cầu (Giảm bạch cầu: $< 4000/\text{mm}^3$), tiểu cầu (Giảm tiểu cầu: $< 100.000/\text{mm}^3$)

- Sinh hóa máu: creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$)

- Xét nghiệm nước tiểu: TPU (Tăng: $> 0,5\text{g}/24$ giờ), hồng cầu niệu (có, không có)

- Xét nghiệm miễn dịch: nồng độ bổ thể C3 (Giảm: $< 0,9$ g/l), C4 (Giảm: $< 0,1$ g/l)

- Mức lọc cầu thận (giảm < 60 ml/phút/1,73 m² da): sử dụng công thức CKD – EPI 2009.

- Biểu hiện thận kèm theo: suy thận và/hoặc đái máu và/hoặc TPU $> 0,5\text{g}/24$ giờ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được nhập, quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 26.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình, kiểm định

“Khi bình phương”. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y học

Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học trước khi triển khai. Đối tượng được thông báo rõ mục đích nghiên cứu, giải thích rõ về việc tham gia trên tinh thần tự nguyện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

52 bệnh nhân SLE (49 nữ và 3 nam) với độ tuổi trung bình là $32,54 \pm 9,30$ được ghi nhận trong thời gian tiến hành nghiên cứu. Rụng tóc là biểu hiệu lâm sàng hay gặp nhất bên cạnh viêm khớp ở nhóm đối tượng nghiên cứu. THA chiếm 30,8% và 7,8% bệnh nhân gặp biến cố huyết khối.

Bảng 1. Đặc điểm chung và lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N	%
Nữ	49	94,2
Tuổi trung bình	$32,54 \pm 9,30$	
<40	39	75
≥ 40	13	25
Lâm sàng		
Da cánh bướm	21	40,4
Viêm khớp	26	50,0
THA	16	30,8
Huyết khối	4	7,8
Rụng tóc không sọc	45	86,5
Sốt	7	13,5

Bảng 2. Nồng độ bổ thể C3, C4 và một số xét nghiệm trên nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	N	%
Có RL huyết học	25	48,1
Giảm bạch cầu	2	3,8
Bạch cầu (K/uL)	$8,21 \pm 3,48$	
Thiếu máu	25	49,1
HgB (g/l)	$119,33 \pm 17,82$	
Giảm tiểu cầu	2	3,8
PLT (G/l)	$264,46 \pm 88,07$	
TPU $> 0,5$ g/24h	18	34,6
HC niệu	29	55,8
Bệnh thận lupus	35	67,3
Creatinin máu ($\mu\text{mol/l}$)	$82,00 \pm 78,99$	
Giảm MLCT	11	21,2
MLCT (ml/phút/1,73m ² da)	$101,46 \pm 33,45$	
VSS tăng	45	86,5
C3 (g/l)	$0,87 \pm 0,23$	
C4 (g/l)	$0,13 \pm 0,07$	

Nồng độ bổ thể trung bình C3 và C4 lần lượt là $0,87 \pm 0,23$, $0,13 \pm 0,07$. Có 48,1 % BN có biểu hiện rối loạn huyết học bao gồm: giảm bạch cầu, thiếu máu, giảm tiểu cầu. Có 67,3% BN có biểu hiện bệnh thận với suy thận, đái máu, protein niệu $>0,5$ g/24 giờ.

Giảm C3 chiếm 69,2%; Giảm C4 chiếm 28,8%. Giảm đồng thời C3 và C4 chiếm 21,2%.

Bảng 3. Đặc điểm phân bố các nhóm rối loạn bổ thể

	Giảm C3	Chỉ giảm C3	Giảm C4	Chỉ giảm C4	Giảm C3 và C4
N=52	36	25	15	4	11
%	69,2	48,1	28,8	7,7	21,2

Bảng 4. So sánh các đặc điểm lâm sàng của các nhóm rối loạn bổ thể khác nhau

	C3 giảm (n=36)	C4 giảm (n=15)	Chỉ giảm C3 (n=25)	Giảm C3 và C4 (n=11)
Nữ(%)	91,7	93,3	92	90,9
Ban da(%)	33,3	40	36	27,3
Rụng tóc(%)	86,1	73,3	96	63,6 ($p^{***}=0,01$)
Sốt(%)	13,9	20	8	27,3
Viêm khớp(%)	47,2	46,7	48	45,5
Huyết khối(%)	8,3	6,7	8	9,1
THA(%)	27,8	73,3 ($p^{*}<0,0001$)	12 ($p^{**}<0,0001$)	63,6 ($p^{***}=0,008$)
Giảm tiểu cầu(%)	5,5	20 ($p^{*}=0,024$)	0	18,2 ($p^{***}=0,005$)
Thiếu máu(%)	27,8	46,7	52	45,5
Giảm bạch cầu(%)	5,5	0	8	0
MLCT giảm(%)	19,4	40	4 ($p^{**}=0,036$)	36,4 ($p^{***}=0,012$)
HC niệu(%)	42,8	73,3	44	72,7
TPU(%)	38,9	46,7	32	54,5
Bệnh thận(%)	66,7 ($p=0,018$)	86,7	60	81,8

P: so với nhóm không giảm C3; *P**:so với nhóm không giảm C4;

*P*** :so với nhóm C4 giảm; *P****:so với nhóm C3 và C4 bình thường

Ở nhóm giảm nồng độ C3, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có biểu hiện thận kèm theo hay không. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ độc lập với giảm bổ thể C4 ($p<0,0001$) và giảm C3 đơn độc ($p<0,0001$). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giảm tiểu cầu và giảm C4; Giảm MLCT và giảm C3 nhiều hơn C4.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các mối tương quan thuận mức độ yếu giữa: nồng độ bổ thể C4 và mức lọc cầu thận; C3 với tiểu cầu và Hemoglobin. Có mối tương quan nghịch mức độ yếu giữa C3 và TPU.

IV. BÀN LUẬN

Một nghiên cứu về bổ thể trên BN SLE tại ĐH Jilin Trung Quốc cho thấy tuổi TB của nhóm đối tượng là 29,01 và 87/90 trong đó là nữ [4] và hầu hết các nghiên cứu và y văn đều ghi nhận các kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể liên quan đến vai trò của hocmon, liên quan đến nồng độ estrogen cao ở nữ giới.

Nghiên cứu ở BN Surabaya cho thấy tỷ lệ giảm bổ thể C3, C4 lần lượt là 48% và 50,7% ở BN SLE [4]. Tương tự với tỷ lệ ghi nhận

trong nghiên cứu của chúng tôi, cũng như có các thông số về lâm sàng và biểu hiện cận lâm sàng không khác biệt nhiều trên nhóm BN SLE.

Có nhiều bằng chứng mạnh mẽ cho thấy hoạt hoá bổ thể đặc trưng bởi phức hợp miễn dịch trong bệnh lý SLE là một trong những yếu tố dẫn đến tổn thương đa cơ quan. Mặc dù vậy, nồng độ thấp của bổ thể C3, C4 hạn chế trong việc chẩn đoán SLE và không phản ánh tốt lắm mức độ hoạt động của bệnh [1]. Đánh giá mức độ hoạt động bệnh là rất cần thiết để có một chẩn đoán và điều trị hợp lý ở BN. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi không làm định lượng nồng độ anti -ds DNA đồng thời vì được theo dõi 6 tháng (đại dịch COVID 19 ảnh hưởng trong thời gian làm đề tài) vấn đề quay lại bệnh viện khó khăn.

Trong một nghiên cứu trên 62 BN SLE, 41 BN có biểu hiện huyết học kèm theo (thiếu máu, giảm bạch cầu, giảm tiểu cầu), giảm bổ thể gặp ở 92,6%; nghiên cứu cũng chỉ ra rằng mức độ giảm bổ thể tương quan với mức độ nặng của các tổn thương huyết học trên BN SLE [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giảm C3, C4 được xuất hiện ở những bệnh nhân có tổn thương thận, tăng huyết áp bên cạnh huyết học kèm theo.

C3 và C4 hoạt hoá bổ thể theo những con đường khác nhau. Giảm đồng thời C3 và C4 gợi ý nhiều hoạt hoá theo con đường kinh điển. Trong một nghiên cứu phân tích sâu về các thành phần bổ thể trên BN SLE cho thấy nồng độ bổ thể C4 giảm gặp ở 75% và 50% số BN này sẽ phát triển thành viêm thận lupus [2]. C4 giảm có thể liên quan đến yếu tố về gen (BN chứa HLA-B8), C4 sẽ thấp suốt đời, nên trên những bệnh nhân C4 tiếp tục giảm thấp liên tục không liên quan đến mức độ hoạt động bệnh, cần phân tích các yếu tố về gen [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng bệnh nhân với nồng độ bổ thể thấp liên quan đến các biểu hiện tổn thương thận, tăng huyết áp, rối loạn huyết học kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roberta V. Arthur W., Debra J.** (2021), "A Review of Complement Activation in SLE", *Current Rheumatology Reports* 23.
2. **Horiuchi T. Ayano M.** (2023), "Complement as a Biomarker for Systemic Lupus Erythematosus", *Biomolecules*, 13, pp. 367.
3. **Kidney International** (2021), "KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases", 100, pp. S1–S276.
4. **Betty A. T. Istiana H. A., Awalia** (2021), "The Correlation between Serum C3 and C4 Complement Levels with Disease Activity of Systemic Lupus Erythematosus Patients in Dr. Soetomo Hospital, Surabaya", *current internal medicine research and practice surabaya journal*, volume 02 no.1 january 2021, 2(1), pp. 1-5.
5. **Duraj V. Jordhani M., Ruci D.** (2018), "the relationship between hypocomplementemia and haematological involvement in albanian sle patients", *LUPUS* 2018, 5(1), pp. A1–A129.
6. **Karen C. Martin A.** (2019), "European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus", *Arthritis & Rheumatology*, Vol. 71(No. 9), pp. pp 1400–1412.
7. **Zhang D. Tian J., Yao X.** (2023), "Global epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comprehensive systematic analysis and modelling study", *Ann Rheum Dis* 2023, 82, pp. 351–356.
8. **Michele Q. Vaneet S.** (2017), "SLE and Serum Complement: Causative, Concomitant Coincidental?", *The Open Rheumatology Journal*, Volume 11, pp. 113-122.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY SINH DỤC Ở NAM GIỚI ĐẾN ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Trung Hiếu¹, Lê Thanh Bình¹, Trần Huỳnh Tuấn¹
Lê Quang Trung¹, Quách Võ Tấn Phát¹, Nguyễn Văn Nghĩa¹
Dương Văn Huỳnh¹, Nguyễn Đại Nghĩa¹, Lê Việt Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố liên quan đến suy sinh dục nam tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 60 nam giới mắc suy sinh dục từ tháng 11/2022 đến tháng 3/2023 tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Kết quả: tuổi trung bình 68,5 tuổi. Giảm ham muốn chiếm 78,3%, rối loạn cương mức độ nặng chiếm 21,7%, rối loạn cương mức độ trung bình chiếm 11,7%, rối loạn cương mức độ nhẹ chiếm 50%. Nồng độ testosterone trung bình 7,8 nmol/L. Bệnh nhân có vòng bụng >90 cm (75%), thừa cân-béo phì chiếm (81%), tăng huyết áp chiếm (76,7%), đái tháo đường (61,7%), rối loạn lipid máu (41,7%), đã nhiễm SARS-Cov-2 (62%). Có mối liên quan giữa nồng độ testosterone với: mức độ rối loạn cương, nhiễm SARS-Cov-2.

Kết luận: Đánh giá toàn diện các yếu tố liên quan đến bệnh nhân suy sinh dục như hội chứng chuyển hóa, tiền sử nhiễm SARS-Cov-2 giúp việc điều trị sẽ đầy đủ và hiệu quả hơn.

Từ khóa: Suy sinh dục nam, testosterone.

SUMMARY

THE CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND RELATED FACTORS TO MALE HYPOGONADISM AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Background: Hypogonadism is a clinical syndrome that is characterized by testosterone deficiency. This condition significantly reduces quality of life and adversely affects many organs. Testosterone deficiency is found in men with metabolic syndrome. Hypogonadism can cause insulin resistance, obesity, hyperlipidemia, and hypertension.

Objectives: to describe clinical, laboratory characteristics and related factors to male hypogonadism At Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Materials and methods: This was a cross-sectional study, 60 male patients with hypogonadism from 11/2022 to 3/2023 in Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital.

Results: The average age of patients was 68.5. Decreased libido was 78.3%, severe erectile dysfunction was 21.7%, moderate erectile dysfunction was 11.7%, mild erectile dysfunction was 50%. The average testosterone concentration was 7.8 nmol/L. Patients had waist circumference >90 cm (75%), overweight-obesity (81%), hypertension (76.7%), diabetes (61.7%), dyslipidemia (41.7%), were infected with SARS-Cov-2 (62%). There is a relationship

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Hiếu

ĐT: 0901002244

Email: nthieu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13/4/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 14/6/2023

between testosterone levels: the degree of erectile dysfunction, SARS-Cov-2 infection.

Conclusion: A comprehensive assessment of factors related to hypogonadism patients such as metabolic syndrome, history of SARS-Cov-2 infection will make the treatment more completely and effectively.

Keywords: male hypogonadism, testosterone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hội Tiết niệu Châu Âu (2022) suy sinh dục nam có liên quan đến giảm chức năng tinh hoàn, giảm sản xuất nội tiết tố androgen và/hoặc suy giảm sản xuất tinh trùng. Tình trạng này làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và tác động bất lợi đến nhiều cơ quan [5]. Thiếu hụt testosterone được tìm thấy ở nam giới mắc hội chứng chuyển hóa. Có thể suy sinh dục gây ra tình trạng nam giới kháng insulin, béo phì, tăng lipid máu, tăng huyết áp. Các nghiên cứu đã liên tục chứng minh rằng hội chứng chuyển hóa gặp ở nam giới có nồng độ testosterone thấp. Gần đây, nghiên cứu cho thấy tác nhân SARS-CoV-2 cũng góp phần gây suy sinh dục nam [8].

Tại Cần Thơ cùng với sự gia tăng ngày càng nhiều của rối loạn này, đặc biệt sau đại dịch COVID-19 nhưng chưa có nhiều công trình nghiên cứu về suy sinh dục nam. Nhằm giúp bệnh nhân phát hiện, điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với 2 mục tiêu.

1. *Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy sinh dục ở nam giới đến điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

2. *Khảo sát một số yếu tố liên quan đến suy sinh dục ở nam giới đến điều trị tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân nam được chẩn đoán suy sinh dục tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ năm 2022-2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân nam được chẩn đoán suy sinh dục và có nồng độ testosterone toàn phần trong máu < 12 nmol/l qua ít nhất hai lần xét nghiệm riêng biệt.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đã từng/đang dùng liệu pháp điều trị testosterone thay thế.

- Bệnh nhân đã phẫu thuật cắt tinh hoàn trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

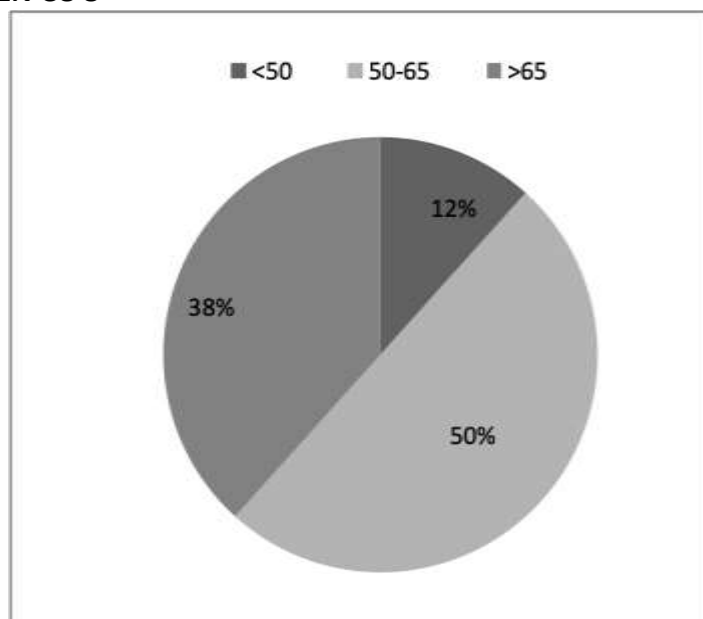
Chọn mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân đủ điều kiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Theo nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 11 năm 2022 đến tháng 3 năm 2023, chúng tôi có tất cả 60 nam giới mắc suy sinh dục.

Nội dung nghiên cứu: Dữ kiện được thu thập bằng phỏng vấn và quan sát. Tất cả các bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu sẽ được tiến hành hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng tỉ mỉ (khám cơ quan sinh dục ngoài, thăm trực tràng...), thực hiện các xét nghiệm (testosterone máu, glucose máu, lipid máu...) để chọn lựa đối tượng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn đã quy định.

Xử lý thống kê số liệu: Nhập giá trị các biến số vào bảng dữ liệu thuộc phần mềm Statistical Package for Social Sciences 20.0 (SPSS 20.0) và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



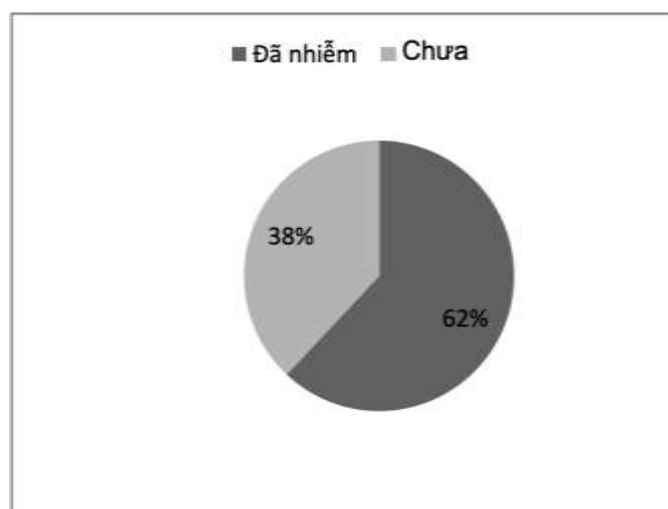
Biểu đồ 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhận xét: Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 68,5 tuổi.

Bảng 3.1. Rối loạn kèm theo

Rối loạn kèm theo		Tần số	Tỷ lệ (%)
Vòng bụng	> 90 cm	45	75
	≤ 90 cm	15	25
Chỉ số khối cơ thể	<18,5	0	0
	18,5-22,9	11	18,3
	23-24,9	40	66,7
	≥ 25	9	15
Tăng huyết áp	Có	46	76,7
	Không	14	23,3
Đái tháo đường	Có	37	61,7
	Không	23	38,3
Rối loạn lipid máu	Có	25	41,7
	Không	35	58,3

Nhận xét: 75% bệnh nhân có vòng bụng >90 cm; thừa cân-béo phì chiếm trên 80%; các bệnh lý kèm theo như tăng huyết áp (76,7%), đái tháo đường (61,7%), rối loạn lipid máu (41,7%).

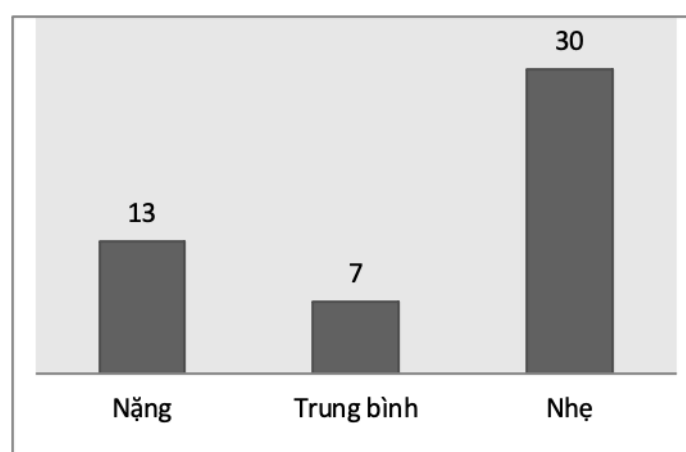
**Biểu đồ 3.2. Tình trạng nhiễm SARS-Cov-2**

Nhận xét: Có 62% bệnh nhân đã nhiễm COVID-19

Bảng 3.2. Các triệu chứng thiếu hụt androgen theo bộ câu hỏi ADAM.

Triệu chứng	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm ham muốn	47	78,3
Mệt mỏi	13	21,7
Giảm sức bền	38	63,3
Giảm hứng thú	37	61,7
Buồn bã	40	66,7
Giảm cương cứng	51	85
Chơi thể thao yếu đi	30	50
Ngủ gật sau ăn tối	15	25
Lao động giảm sút	45	75

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất là giảm ham muốn (78,3%) và giảm cương cứng (85%)

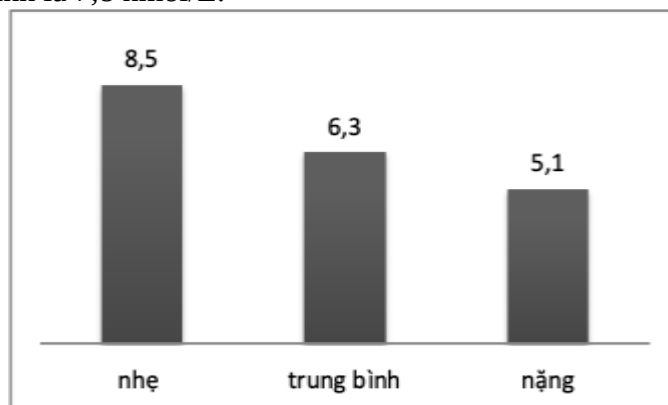
**Biểu đồ 3.3. Mức độ rối loạn cương dương phân loại theo IIEF**

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có mức độ rối loạn nhẹ (50%)

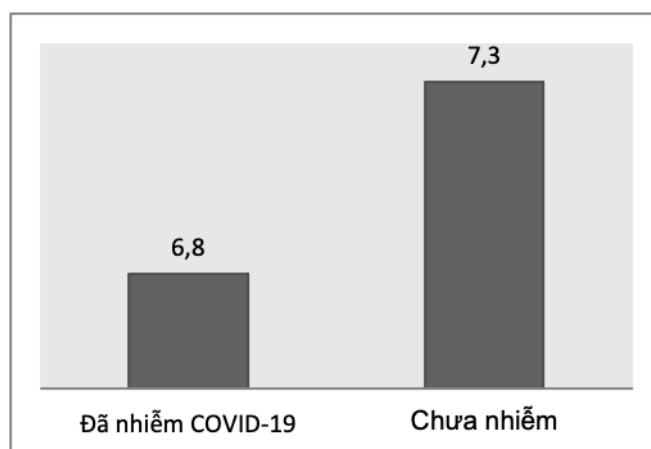
Bảng 3.3. Nồng độ testosterone toàn phần

Testosterone toàn phần	Tổng số (n)	Tỷ lệ (%)
8-12 nmol/L	13	21,7
<8 nmol/L	47	78,3
Tổng	60	100

Nhận xét: Nồng độ testosterone toàn phần < 8 nmol/L chiếm 78,3%. Nồng độ testosterone trung bình là 7,8 nmol/L.

**Biểu đồ 3.4. Nồng độ testosterone theo mức độ rối loạn cương**

Nhận xét: Nồng độ testosterone thấp ở bệnh nhân có mức độ rối loạn cương nặng ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 3.5. Nồng độ testosterone ở 2 nhóm có và chưa nhiễm SARS-Cov-2**

Nhận xét: Nồng độ testosterone thấp ở bệnh nhân đã nhiễm SARS-Cov-2 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 68,5 tuổi, trong đó độ tuổi 50-65 chiếm tỉ lệ cao nhất. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thục Hiền và Nguyễn Khoa Diệu Vân, ghi nhận độ tuổi trung bình là 58,4 tuổi và có

mối liên quan giữa suy sinh dục và độ tuổi trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường tuýp 2 [1]. Tỷ lệ lớn nam giới trên 60 tuổi có nồng độ testosterone huyết thanh thấp hơn giới hạn ở nam giới 20-30 tuổi [9]. Một nghiên cứu theo chiều dọc đã gợi ý rằng khoảng 20% nam giới ở độ tuổi 60 và khoảng 50% nam

giới ở độ tuổi 80 có nồng độ testosterone toàn phần trong huyết thanh thấp hơn đáng kể so với mức của nam giới trẻ tuổi bình thường.

Các triệu chứng của nồng độ testosterone thấp gồm giảm năng lượng, giảm sức dẻo dai, giảm hiệu suất làm việc, mệt mỏi, thay đổi thị giác, mất khứu giác, trầm cảm, giảm động lực, kém tập trung, suy giảm trí nhớ, khó chịu, vô sinh, giảm ham muốn tình dục, rối loạn cương [3]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng như giảm ham muốn (78%), mệt mỏi (21%), giảm sức bền (63%), giảm hứng thú (61%), buồn bã (66%), giảm cương cứng (85%), chơi thể thao yếu đi (50%), ngủ gật (25%), lao động giảm sút (75%). Các triệu chứng của suy sinh dục ở nam giới lớn tuổi khác nhau tùy thuộc vào độ tuổi, mức độ nghiêm trọng và thời gian thiếu hụt nội tiết tố nam, các bệnh kèm theo, độ nhạy cảm với nội tiết tố nam và liệu pháp testosterone trước đó.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có các rối loạn chuyển hóa kèm theo ở bệnh nhân suy sinh dục. Cụ thể 75% bệnh nhân có vòng bụng >90 cm, BMI >23 chiếm trên 80%, bệnh nhân mắc kèm tăng huyết áp chiếm 76,7%, đái tháo đường 61,7% và tăng lipid máu chiếm 41,7%. Hiệp hội các nhà nội tiết học lâm sàng Hoa Kỳ khuyến nghị sàng lọc suy sinh dục ở tất cả nam giới có vòng eo lớn, chỉ số BMI >30 và bệnh đái tháo đường tuýp 2 [6]. Khởi phát suy sinh dục cao gấp 5,7–7,4 lần ở nam giới mắc hội chứng chuyển hóa.

Bằng chứng thuyết phục từ các nghiên cứu đã chứng minh rằng suy sinh dục, đặc biệt là thiếu hụt testosterone, có liên quan đến rối loạn chuyển hóa và khả năng dự đoán tăng nguy cơ phát triển đái tháo đường tuýp 2 và hội chứng chuyển hóa. Cơ chế sinh lý

bệnh chính xác của sự thiếu hụt testosterone dẫn đến đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa vẫn chưa rõ ràng. Tuy nhiên, thiếu hụt testosterone đã được cho là gây ra sự gia tăng hoạt động lipoprotein lipase, dẫn đến tăng hấp thu axit béo và hình thành triglycerid trong tế bào mỡ, cuối cùng kích thích tăng sinh tế bào mỡ và tích tụ mô mỡ, đặc biệt là mô mỡ nội tạng (VAT), do đó giải thích sự tiến triển của béo phì, đề kháng insulin và hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân suy sinh dục. Hơn nữa, sự điều hòa lại của nhiều enzyme ty thể, xác định sự suy giảm toàn bộ chức năng của ty thể cũng góp phần vào sự tiến triển mệt mỏi, béo phì, đề kháng insulin và hội chứng chuyển hóa ở nam giới bị suy sinh dục.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nồng độ testosterone trung bình là 7,8 nmol/L, trong đó bệnh nhân có testosterone <8 nmol/L chiếm gần 80%. Mức độ rối loạn cương và nồng độ testosterone có mối liên quan, bệnh nhân rối loạn cương nặng có nồng độ testosterone thấp hơn mức độ trung bình và nhẹ. Bằng chứng về vai trò của testosterone trong rối loạn cương dương đến từ dữ liệu thử nghiệm lâm sàng về liệu pháp thay thế testosterone. Một vài thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đề cập đến vai trò điều trị bằng testosterone trong rối loạn cương dương đã được xem xét rộng rãi, với phân tích tổng hợp lớn nhất và cập nhật nhất xác nhận tác dụng có lợi đáng kể trên các khía cạnh khác nhau của chức năng cương dương, nhưng chỉ ở nam giới có mức testosterone thấp hơn 12 nmol/L [4].

Nghiên cứu của chúng tôi có 62% bệnh nhân đã từng nhiễm SARS-Cov-2. Nồng độ testosterone ở nhóm bệnh nhân có nhiễm SARS-Cov-2 thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không nhiễm SARS-Cov-2. Các nghiên

cứ đã chỉ ra rằng nồng độ testosterone huyết thanh thấp hơn có liên quan đến tình trạng viêm nặng ở bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 [2] và tiên lượng xấu ở những bệnh nhân mắc SARS-Cov-2 [7]. Không chỉ suy sinh dục nguyên phát mà cả thứ phát liên quan đến nhiễm vi rút SARS-CoV2 có thể liên quan đến sự thay đổi do giảm testosterone, điều này có thể làm phức tạp các triệu chứng lâm sàng của tình trạng hậu COVID-19. Do đó, điều quan trọng là phải xem xét sự cần thiết của việc xét nghiệm testosterone huyết thanh ở bệnh nhân, đặc biệt là ở những bệnh nhân mệt mỏi, lo lắng hoặc có dấu hiệu thiếu máu, ở giai đoạn đầu của hậu COVID-19 [10].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận: độ tuổi trung bình bệnh nhân có suy sinh dục là 68,5 tuổi; bệnh nhân suy sinh dục thường mắc kèm hội chứng chuyển hóa; có mối liên quan giữa testosterone với: mức độ rối loạn cương, nhiễm SARS-Cov-2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thục Hiền, Nguyễn Khoa Diệu Vân** (2016), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nồng độ Testosterone ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 có rối loạn cương, Bệnh viện Bạch Mai.
2. **Apaydin T., Sahin B., Dashdamirova S., Dincer Yazan C., Elbasan O., Ilgin C., Bilgin H., Cam H.K., Bahramzada G., Kucuk A., et al.** The association of free testosterone levels with coronavirus disease 2019. *Andrology*. 2022.
3. **Berg WT, Miner M.** Hypogonadism and metabolic syndrome: review and update. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2020 Dec;27(6):404-410.
4. **Corona G, et al.** Testosterone supplementation and sexual function: a meta-analysis study. *J Sex Med*. 2014;11:1577–1592. Meta-analysis that examines the relationship between testosterone therapy and sexual function.
5. **EAU (2022)**, EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health, European Association of Urology.
6. **Goodman N, Guay A, Dandona P, et al.,** AACE Reproductive Endocrinology Scientific Committee. American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology Position Statement on the Association of Testosterone and Cardiovascular Risk. *Endocr Pract* 2015; 21:1066–1073.
7. **Rastrelli G., Di Stasi V., Inglese F., Beccaria M., Garuti M., Di Costanzo D., Spreafico F., Greco G.F., Cervi G., Pecoriello A., et al.** Low testosterone levels predict clinical adverse outcomes in SARS-CoV-2 pneumonia patients. *Andrology*. 2021;9:88–98.
8. **Salonia A., et al.** (2022), "Testosterone in males with COVID-19: A 7-month cohort study", *Andrology*. 10(1), pp. 34-41.
9. **Wu FCW, Tajar A, Pye SR, et al.** Hypothalamic-pituitary-testicular axis disruptions in older men are differentially linked to age and modifiable risk factors: the European male aging study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 2008;93(7):2737–2745.
10. **Yamamoto Y, Otsuka Y, Sunada N, Tokumasu K, Nakano Y, Honda H, Sakurada Y, Hagiya H, Hanayama Y, Otsuka F.** Detection of Male Hypogonadism in Patients with Post COVID-19 Condition. *J Clin Med*. 2022 Mar 31;11(7):1955.

KẾT QUẢ TÁN SỎI QUA DA NHIỀU LẦN ĐIỀU TRỊ SỎI SAN HÔ THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà¹, Vũ Đức Tuân¹, Hoàng Long¹

TÓM TẮT

Sỏi san hô (SSH) là dạng sỏi phức tạp nhất, gây nhiều khó khăn trong điều trị. Việc điều trị sỏi trước đây ở nước ta chủ yếu là phẫu thuật mổ mở. Ngày nay do áp dụng các tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh trong mổ và gây mê hồi sức, cũng như các phương tiện dụng cụ tán sỏi tiết niệu, mà việc điều trị đã có thay đổi đáng kể. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da hiện là một lựa chọn điều trị ít xâm lấn và mang lại hiệu quả. Kể từ khi thành lập tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã triển khai tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ với Amplatz 18Fr dưới hướng dẫn của siêu âm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị SSH thận bằng tán sỏi qua da nhiều lần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là SSH thận được tán sỏi qua da (TSQD) nhiều lần (lớn hơn hoặc bằng hai lần) điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 08 năm 2020 đến tháng 08 năm 2022. Nghiên cứu của chúng tôi gồm 65 bệnh nhân. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $55,3 \pm 17,2$ tuổi. Tỷ lệ nam so với nữ là 2/3. Có 3 trường hợp tán lần thứ ba. Tỷ lệ còn sỏi là 23,1% với 15 bệnh nhân trong đó có 13 bệnh nhân còn sót lại sỏi nhỏ hoặc sỏi nằm

trong các đài biệt lập. Hai bệnh nhân còn lại chưa đồng ý can thiệp lần thứ 3. Chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp xảy ra biến chứng. Trong đó có 2 trường hợp sốc trong mổ lần 1 và 4 trường hợp phải nút mạch sau mổ do chảy máu. Các trường hợp này sau điều trị đều ổn định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng sử dụng phương pháp TSQD nhiều lần điều trị SSH là an toàn và hiệu quả trong việc đạt được tỷ lệ làm sạch sỏi cao. Đặt dẫn lưu sau TSQD lần thứ nhất ở bệnh nhân có SSH là cần thiết để chuẩn bị cho lần phẫu thuật tiếp theo.

Từ khoá: tán sỏi qua da nhiều lần, sỏi san hô

SUMMARY

RESULTS OF MULTIPLE PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN TREATMENT OF CORAL CALCULI AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Coral calculi/ Staghorn calculi (CC) is the most complex form of stone, causing many difficulties in treatment. Previously, the treatment of stones in our country was mainly open surgery. Now a day, due to the application of advances in intraoperative imaging and anesthesia, as well as the means of urological lithotripsy, the treatment has changed significantly. Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) is currently a minimally invasive and effective treatment option. Since our establishment at the Department of Urology, Hanoi Medical University Hospital, we have performed percutaneous renal lithotripsy by small tunnel with Amplatz 18Fr under the

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

ĐT: 0983140525

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

guidance of ultrasound. We conducted a study to evaluate the results of treatment of CC with PCNL several times at Hanoi Medical University Hospital. Study subjects include patients with confirmed diagnosis of CC who underwent PCNL many times (greater than or equal to twice) and treated at Hanoi Medical University Hospital in the period from August 2020 to August 2022. Our study included 65 patients. The mean age of the patient group was 55.3 ± 17.2 years old. The male to female ratio is 2/3. There are 3 cases of third PCNL. The rate of remaining stones is 23.1% with 15 patients, of which 13 patients have small stones left or stones located in isolated stations. The remaining two patients did not agree to the third intervention. We recorded 6 cases of complications. In which, there were 2 cases of shock during the first surgery and 4 cases of postoperative embolization due to bleeding. These cases are stable after treatment. The results of our study have shown that using PCNL multiple times of treatment of CC is safe and effective in achieving high stone clearance rates. Placement of drainage after the first PCNL in a patient with CC is necessary to prepare for the next surgery.

Keywords: multiple percutaneous lithotripsy, coral calculi, staghorn calculi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi san hô (SSH) thận là sỏi thận có hình dạng đặc trưng bằng cách tạo thành một khối giữa bể thận và các đài thận, giống như chiếc sừng hươu. Chúng đề cập đến sỏi struvite liên quan đến sỏi bể thận mở rộng ra đến ít nhất hai đài thận.¹ SSH thận là dạng sỏi phức tạp nhất, gây nhiều khó khăn trong điều trị. Tỷ lệ mắc bệnh SSH đặc biệt cao ở các nước nằm trên vành đai sỏi như Việt Nam. Chỉ định mổ mở điều trị sỏi thận ở các nước phát triển đã giảm xuống dưới 1%.^{2,3} Việc điều trị sỏi trước đây ở nước ta chủ yếu là phẫu thuật mổ mở. Mổ mở điều trị sỏi thận là phương

pháp kinh điển tuy nhiên do có nhiều nhược điểm như đau nhiều sau mổ, sẹo mổ dài gây mất thẩm mỹ, xơ dính tổ chức quanh thận nhiều, thời gian nằm viện kéo dài,... Ngày nay do áp dụng các tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh trong mổ và gây mê hồi sức, cũng như các phương tiện dụng cụ tán sỏi tiết niệu, mà việc điều trị đã có thay đổi đáng kể. Trong đó, phẫu thuật tán sỏi thận qua da là một phương pháp điều trị ít xâm lấn. Kể từ khi thành lập năm 2019 tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi đã triển khai tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ với Amplatz 18Fr dưới hướng dẫn của siêu âm. Mặc dù có nhiều báo cáo về phương pháp điều trị này nhưng chưa tổng kết cụ thể về việc tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ nhiều lần điều trị cho bệnh nhân SSH cũng như chưa đánh giá được kết quả của việc chia nhiều lần tán hay tán trong một lần điều trị SSH thận. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị SSH thận bằng tán sỏi qua da nhiều lần tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định là SSH thận được tán sỏi qua da (TSQD) nhiều lần (lớn hơn hoặc bằng hai lần) điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 08 năm 2019 đến tháng 08 năm 2022. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân bao gồm các bệnh nhân có sỏi thận san hô được TSQD nhiều lần tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian nghiên cứu; không có nhiễm khuẩn tiết niệu, cấy vi khuẩn nước tiểu âm tính; không có dị dạng đường tiết niệu. Phương pháp nghiên cứu là hồi cứu mô tả. Chọn mẫu thuận tiện không xác suất. Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 65 bệnh nhân mắc SSH được TSQD từ trên hai lần hồi cứu từ tháng 08 năm 2020 đến tháng 08 năm 2022. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $55,3 \pm 17,2$ tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm giới tính

Giới tính	Nam	Nữ	Tổng
Số lượng	26	39	65
Tỷ lệ	40	60	100

Bảng 2. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	
	n	%
< 30 tuổi	2	3,0
30 – 39 tuổi	9	13,9
40 – 49 tuổi	13	20,0
≥ 50 tuổi	41	63,1
Tổng số	65	100

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	
	n	%
Đau môi thắt lưng	60	92,3
Sốt	14	21,5
Tiểu máu	42	64,6

Bảng 4. Số lần tán qua da

Số lần tán	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
2	63	96,9
3	2	3,1

Bảng 5. Các tai biến, biến chứng sau phẫu thuật

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	4	6,2
Sốc nhiễm trùng	2	3,1

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật sau lần tán cuối

Kết quả phẫu thuật	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không còn sỏi	50	76,9
Còn sỏi	15	23,1
Tổng	65	100

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trong 2 năm với 65 bệnh nhân được hồi cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 55,3 tuổi. Tỷ lệ nam ít hơn so với nữ (2/3). Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Frédéric (Canada), Samuel (Ấn Độ) và Andrew (Hoa Kỳ) với tuổi trung bình lần lượt là 53,8, 52,8 và 55,2.⁴⁻⁶ Trong nghiên cứu của Andrew và cộng sự, tỷ lệ nam giới cũng ít hơn nữ giới (1/2).⁶ SSH thận là sỏi thận có hình dạng đặc trưng bằng cách tạo thành một khối giữa bể thận và các đài thận, giống như chiếc sừng hươu. Chúng đề cập đến sỏi struvite liên quan đến sỏi bể thận mở rộng ra đến ít nhất hai đài thận.¹ Sỏi struvite hình thành theo cơ chế nhiễm trùng. Loại sỏi này hình thành từ các tinh thể magiê amoni photphat ($MgNH_4PO_4 \cdot 6H_2O$) được trộn với apatit cacbonat ($Ca_{10}(PO_4)_6CO_3$) thứ phát sau một pH nước tiểu cao do vi khuẩn sản xuất urease tạo ra.⁷ Nữ giới hay gặp nhiễm khuẩn tiết niệu hơn nam giới do đặc điểm về giải phẫu có ống niệu đạo ngắn. Điều đó có thể giải thích tại sao tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu cao hơn so với nam giới.

Việc đặt dẫn lưu thận sau TSQD lần đầu cho bệnh nhân có SSH là cần thiết cho hầu hết các trường hợp SSH để thực hiện tán sỏi nhiều lần.⁵ Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% các bệnh nhân SSH được đặt dẫn lưu thận sau mổ trong tất cả các lần tán với mục đích lưu đường hầm cho lần tán sau nếu kiểm tra còn sỏi sau phẫu thuật. Ngoài ra, việc đặt dẫn lưu sau mổ cũng giúp việc theo dõi tình trạng chảy máu khi quan sát nước tiểu dẫn lưu.

Phẫu thuật TSQD là một phương pháp hiệu quả, xâm lấn tối thiểu để loại bỏ sỏi thận khối lượng lớn và là một tiến bộ lớn so với phẫu thuật mổ mở.⁸ Kể từ khi được giới thiệu

vào những năm 1980, TSQD đã trải qua nhiều cải tiến và phát triển để trở thành phương pháp điều trị SSH hiệu quả và ít biến chứng.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả điều trị khả quan. Số lần tán sỏi trung bình khoảng 2 lần. Có 3 trường hợp tán lần thứ ba. Tỷ lệ còn sỏi là 23,1% với 15 bệnh nhân trong đó có 13 bệnh nhân còn sót lại sỏi nhỏ hoặc sỏi nằm trong các đài biệt lập. Hai bệnh nhân còn lại chưa đồng ý can thiệp lần thứ 3. Chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp xảy ra biến chứng. Trong đó có 2 trường hợp sốc trong mổ lần 1 và 4 trường hợp phải nút mạch sau mổ do chảy máu. Các trường hợp này sau điều trị đều ổn định. Nghiên cứu của Samuel và cộng sự trên 80 bệnh nhân có sỏi lớn trên 2cm ghi nhận tỷ lệ biến chứng là 7,7% trong đó có 2 trường hợp thủng màng phổi, 1 trường hợp thủng niếu quản, 1 trường hợp thông động tĩnh mạch và 4 trường hợp phải truyền máu sau mổ.⁵ Một nghiên cứu của Văn phòng Nghiên cứu Lâm sàng của Hiệp hội Nội tiết (CROES) chỉ ra rằng bệnh nhân SSH được điều trị bằng TSQD có thể mong đợi tỷ lệ hết sỏi là 56,9% so với 82,5% đối với bệnh nhân không phải SSH.⁹ Khi so sánh với nghiên cứu điều trị SSH bằng TSQD nhiều đường hầm của Manish, tỷ lệ sạch sỏi của Manish là 70% cho lần tán đầu tiên.¹⁰ Như vậy, tán sỏi qua da nhiều đường hầm kết hợp tán nhiều lần cho kết quả rất tốt với tỷ lệ sạch sỏi cao và an toàn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng sử dụng phương pháp TSQD nhiều lần điều trị SSH là an toàn và hiệu quả trong việc đạt được tỷ lệ làm sạch sỏi cao. Đặt dẫn lưu sau TSQD lần thứ nhất ở bệnh nhân có SSH là cần thiết để chuẩn bị cho lần phẫu thuật tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheng P, Moin P, Dunn M, Boswell W, Duddalwar V.** What the Radiologist Needs to Know About Urolithiasis: Part 1? Pathogenesis, Types, Assessment, and Variant Anatomy. *American Journal of Roentgenology*. 2012; 98(6), W540-W547.
2. **Matlaga BR, Assimos DG.** Changing indications of open stone surgery. *Urology*. 2002; 59(4): 490 – 493.
3. **Çakici OU.** Open stone surgery: a still-in-use approach for complex stone burden. *European J Urol*. 2017; 70(2): 179-184.
4. **Frédéric S, FRCSC, Raymond K, Mordechai D, Linda N, John DD, Hassan R.** Percutaneous nephrolithotomy for staghorn calculi: a single center's experience over 15 years. *J Endourol*. 2009; 23(10):1669-73.
5. **Samuel CK, William WT, Ramsay LK, Ryan FP, James EL.** Using and choosing a nephrostomy tube after percutaneous nephrolithotomy for large or complex stone disease: a treatment strategy. *J Endourol*. 2005; 19(3):348-52.
6. **Andrew JP, Mark AL, Cindy H, Wenjun M, Michael SR, Carl AB.** Confident intraoperative decision making during percutaneous nephrolithotomy: does this patient need a second look?. *Urology*. 2008; 71(2):218-22.
7. **Bodo EK.** Second-look nephroscopy after percutaneous nephrolithotomy. *Therapeutic Advances in Urology*. 2009; 1(1):27–31.
8. **Kim SC, Kuo RL, Lingeman JE.** Percutaneous nephrolithotomy: an update. *Curr Opin Urol*. 2003; 13:235–241.
9. **Desai M, De Lisa A, Turna B, Rioja J, Walfridsson H, D'Addessi A.** The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: staghorn versus nonstaghorn stones. *J Endourol*. 2011; 25:1263-1268.
10. **Manish S, Aneesh S, Rakesh K, Nitin G, Mohd SA, Deepak D, et al.** Aggressive approach to staghorn calculi-safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy. *Urology*. 2008; 71(6):1039-42.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT THẬN NIỆU QUẢN TẬN GỐC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG BÀI XUẤT TIẾT NIỆU TRÊN

Trần Quốc Hòa¹, Nguyễn Đình Bắc¹, Đỗ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu này là để đánh giá hiệu quả về mặt phẫu thuật và một số kết quả về mặt ung thư học của phẫu thuật nội soi (PTNS) sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc trong điều trị ung thư đường bài xuất (UTĐBX) tiết niệu trên. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 9 năm 2022. Nghiên cứu gồm 40 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $62,6 \pm 12,4$ tuổi. Tỷ lệ nam và nữ lần lượt là 72,5% và 27,5%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đái máu đại thể với 85%. Tỷ lệ phát hiện u trên cắt lớp vi tính (CLVT) là 95%. Tỷ lệ Tx, T1, T2 và T3 trên CLVT lần lượt là 5%, 30%, 35% và 30%. Tỷ lệ phát hiện hạch vùng trên CLVT là 30%. Đa số bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường niệu đơn thuần với 90% và chỉ có 10% có di sản tế bào vảy. Thời gian phẫu thuật trung bình $136,4 \pm 28$ phút và thời gian nằm viện trung bình là $7,4 \pm 1,9$ ngày. Có 52,5% bệnh nhân được nạo vét hạch trong mổ. Có 10% bệnh nhân cần truyền máu trong và sau mổ. Tỷ lệ biến chứng độ I, II theo phân loại Clavien-dindo là 12,5% và 7,5%. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ là $20,5 \pm 13,3$ tháng. Trong thời gian theo dõi có 2 bệnh nhân (5%) tử

vong và tất cả đều do ung thư, 3 bệnh nhân (7,5%) có di căn xa, 3 bệnh nhân (7,5%) tái phát tại bàng quang và 1 bệnh nhân (2,5%) có tái phát tại chỗ. Có 5 bệnh nhân (12,5%) được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Nghiên cứu này của chúng tôi đã cho thấy những kết quả tích cực của PTNS sau phúc mạc trong điều trị UTĐBX trên tuy nhiên cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để khẳng định các kết quả này.

Từ khóa: ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, cắt thận niệu quản tận gốc, phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản tận gốc, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc.

SUMMARY

RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC RADICAL NEPHROURETERECTOMY IN THE MANAGEMENT OF UPPER URINARY TRACT UROTHELIAL CARCINOMA

To evaluate the efficacy, safety and some oncological outcomes of retroperitoneal laparoscopic radical nephroureterectomy in the management of upper urinary tract urothelial carcinoma (UTUC). A retrospective study was performed between January 2020 and September 2022. This study included 40 patients; the mean age of patients was 62.6 ± 12.4 . The percentage of male and female was 72.5% and 27.5%, respectively. The most common symptom is visible haematuria with 85%. The detection rate of UTUC on computed tomography (CT) urography was 95%. The proportion of Tx, T1, T2 and T3 on CT was 5%, 30%, 35% and 35%,

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

ĐT: 0983140525

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

respectively. The ratio of regional lymph nodes detection on CT was 30%. The most common histologic type was urothelial carcinomas with 90%. Meanwhile, only 10% of cases was squamous cell variant. The mean surgical time was 136.4 ± 28 minutes and the mean hospital stay was 7.4 ± 1.9 days. There was 52,5% of patients had lymph node dissection during radical nephroureterectomy. The proportion of patients need for transfusion was 10%. The rate of complications grade I and II according to Clavien-Dindo classification was 12.5% and 7.5%, respectively. Over a median follow-up of $20,5 \pm 13,3$ months, there were 2 deaths (5%) all due to UTUC. Distant metastasis, bladder recurrence and local recurrence occurred in 3 patients (7.5%), 3 patients (7.5%) and 1 patient (2.5%), respectively. There were 5 patients (12.5%) received chemotherapy after surgery. This study of our showed positive results of retroperitoneal laparoscopic radical nephroureterectomy in the treatment of UTUC. However, studies with larger sample sizes and longer follow-up are needed to evaluate the effectiveness of this approach.

Keywords: upper tract urothelial carcinoma, radical nephroureterectomy, laparoscopic radical nephroureterectomy, retroperitoneal laparoscopic radical nephroureterectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường bài xuất tiết niệu trên là một loại ung thư hiếm gặp và ước tính chỉ chiếm 5 – 10% ung thư biểu mô đường niệu.¹ Đây là một loại ung thư có độ ác tính cao vì vậy tại thời điểm chẩn đoán ước tính có 2/3 số bệnh nhân ở giai đoạn xâm lấn.² Mổ mở cắt thận niệu quản tận gốc và khoét chóp bàng quang được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị UTĐBX trên giai đoạn chưa di căn.³ Tuy nhiên mổ mở cắt thận niệu

quản tận gốc có một số nhược điểm như: có thể gặp một số biến chứng nặng, đường mổ lớn, đau sau mổ kéo dài, thời gian nằm viện lâu. Kể từ khi được Clayman và cộng sự mô tả lần đầu tiên vào năm 1991, PTNS cắt thận niệu quản tận gốc đã được chấp nhận như là một lựa chọn thay thế cho mổ mở trong điều trị bệnh lý này.⁴ Mặc dù PTNS đã chứng minh được hiệu quả tương tự về mặt ung thư học so với mổ mở ở giai đoạn UTĐBX chưa xâm lấn, tuy nhiên vẫn còn nhiều tranh cãi về hiệu quả của phương pháp này trong điều trị UTĐBX ở giai đoạn xâm lấn.⁵⁻⁸ PTNS cắt thận niệu quản tận gốc có thể được thực hiện qua đường sau phúc mạc hoặc qua phúc mạc. Mỗi phương pháp đều có các ưu và nhược điểm riêng. PTNS qua phúc mạc thường có phẫu trường rộng hơn và các mốc giải phẫu rõ ràng hơn. Trong khi đó PTNS sau phúc mạc cho phép tiếp cận trực tiếp vào cuống thận và giảm được các biến chứng liên quan đến đường tiêu hóa. Hơn thế nữa PTNS sau phúc mạc là một phẫu thuật được ứng dụng rất rộng rãi trong chuyên ngành tiết niệu. Xuất phát từ những lí do này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích đánh giá hiệu quả về mặt phẫu thuật cũng như một số đặc điểm về mặt ung thư học của PTNS sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm các bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc để cắt thận niệu quản tận gốc điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc để cắt thận niệu quản tận gốc điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên.

- Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư đường bài xuất tiết niệu trên.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Bệnh nhân có đến khám lại định kỳ.

*** Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân UTĐBX tiết niệu trên được phẫu thuật bằng các phương pháp khác.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

- Mất liên lạc hoặc bệnh nhân không đến khám lại theo hẹn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Loại nghiên cứu:** mô tả hồi cứu.

*** Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 1/2020 đến tháng 9/2022.

*** Địa điểm nghiên cứu:** khoa Ngoại Tiết Niệu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

*** Cơ mẫu và cách chọn mẫu:** chúng tôi chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên. Trong khoảng thời gian nghiên cứu có 40 bệnh nhân UTĐBX tiết niệu trên đủ điều kiện để đưa vào trong nghiên cứu của chúng tôi.

*** Phân tích và xử lý số liệu:** được thực hiện nhờ phần mềm SPSS 20.0.

*** Quy trình phẫu thuật:** bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được PTNS sau phúc mạc để cắt thận và đoạn đầu niệu quản. Sau đó bệnh nhân sẽ được chuyển sang tư thế nằm ngửa để cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang bằng đường mổ trắng bên dưới rốn.

*** Các tiêu chí đánh giá:**

- Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân: tuổi, giới, BMI, tiền sử hút thuốc lá, các bệnh lý nội khoa, các triệu chứng lâm sàng (đái máu, đau thắt lưng, sốt, gầy sút cân).

- Các đặc điểm cận lâm sàng: siêu âm, cắt lớp vi tính hệ tiết niệu (vị trí u, kích thước u, giai đoạn của khối u, mức độ giãn của đài bể thận).

- Các đặc điểm trong và sau mổ: thời gian phẫu thuật, tỷ lệ phải truyền máu trong và sau mổ, mức giảm hemoglobin sau mổ so với trước mổ, nạo vét hạch trong mổ, đặc điểm giải phẫu bệnh của hạch được nạo vét, kết quả giải phẫu bệnh của khối u, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ (theo phân loại Clavien-dindo).

- Kết quả theo dõi xa: thời gian theo dõi, tỷ lệ bệnh nhân còn sống, tỷ lệ tái phát tại chỗ và bàng quang, tỷ lệ di căn xa, các phương pháp điều trị phối hợp sau mổ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

- Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố.

- Các thông tin của bệnh nhân được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi được đảm bảo giữ bí mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 40 bệnh nhân với tuổi trung bình là $62,6 \pm 12,4$ tuổi. Tỷ lệ nam, nữ lần lượt là 72,5% và 27,5%. Đái máu là triệu chứng thường gặp nhất với tỷ lệ là 85%. Tỷ lệ phát hiện u trên CLVT là 95% với gian đoạn T của u là Tx (5%), T1 (30%), T2 (35%) và T3 (30%). Có 30% bệnh nhân phát hiện được hạch vùng trên CLVT. Đa số bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường niệu đơn thuần (90%) và chỉ có 10% có di sản tế bào vảy. Giai đoạn T của u trên giải phẫu bệnh lần lượt là pT1 (40%), pT2 (30%), pT3 (27,5%) và pT4 (2,5%). Có 20% bệnh nhân có kết quả sinh thiết hạch dương tính.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm			Kết quả
Tuổi			62,6 ± 12,4
Giới	Nam		29 (72,5%)
	Nữ		11 (27,5%)
BMI			22,1 ± 2,6
Hút thuốc lá			24 (60%)
Đặc điểm lâm sàng	Đái máu		34 (85%)
	Đau thắt lưng		12 (30%)
	Gầy sút cân		6 (15%)
Phát hiện u trên siêu âm			28 (70%)
Cắt lớp vi tính hệ tiết niệu	Phát hiện u		38 (95%)
	Kích thước u (mm)		38,9 ± 13,2
	Vị trí u	Đài bể thận	21 (52,5%)
		Niệu quản	11 (27,5%)
		BT+NQ	6 (15%)
	Giai đoạn T của u	T1	12 (30%)
		T2	14 (35%)
		T3	12 (30%)
	Phát hiện hạch vùng		12 (30%)
	Giãn ĐBT	Có	36 (90%)
Không		4 (10%)	
Giải phẫu bệnh	Giai đoạn T của u (pT)	pT1	16 (40%)
		pT2	12 (30%)
		pT3	11 (27,5%)
		pT4	1 (2,5%)
	Mô bệnh học của u	UTBM đơn thuần	36 (90%)
		Có di sản vảy	4 (10%)
	Tỷ lệ có di căn hạch		8 (20%)

3.2. Đặc điểm trong và sau mổ

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $136,4 \pm 28$ phút và có 52,5% bệnh nhân được nạo vét hạch. Không ghi nhận biến chứng lớn nào xảy ra trong mổ với tỷ lệ bệnh nhân truyền máu

trong và sau mổ là 10%. Đa số các biến chứng sau mổ là các biến chứng độ thấp theo phân loại Clavien-dindo (độ I là 12,5% và độ II là 7,5%). Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $7,4 \pm 1,9$ ngày.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)		136,4 ± 28
Nạo vét hạch trong mổ		21 (52,5%)
Đánh giá mất máu	Tỷ lệ truyền máu	4 (10%)
	Mức giảm Hb	20,6 ± 13,4
Phân loại Clavien-Dindo	Độ I	5 (12,5%)
	Độ II	3 (7,5%)
Nằm viện sau mổ (ngày)		7,4 ± 1,9

3.3. Kết quả theo dõi xa

Thời gian theo dõi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,5 ± 13,3 tháng. Trong thời gian theo dõi có 2 bệnh nhân (5%) tử vong do ung thư di căn, 3 bệnh

nhân có di căn xa (7,5%), 3 bệnh nhân tái phát tại bàng quang (7,5%) và 1 bệnh nhân tái phát tại chỗ (2,5%). Sau mổ có 5 bệnh nhân (12,5%) được điều trị hóa chất bổ trợ.

Bảng 3: Kết quả theo dõi xa

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian theo dõi (tháng)		20,5 ± 13,3
Tỷ lệ sống và tử vong	Còn sống	38 (95%)
	Tử vong	2 (5%)
Tái phát và di căn	Tái phát tại BQ	3 (7,5%)
	Tái phát tại chỗ	1 (2,5%)
	Di căn xa	3 (7,5%)
Điều trị phối hợp sau mổ	Hóa chất bổ trợ	5 (12,5%)
	Cắt u BQ nội soi	1 (2,5%)
	Cắt BQ toàn bộ	2 (5%)

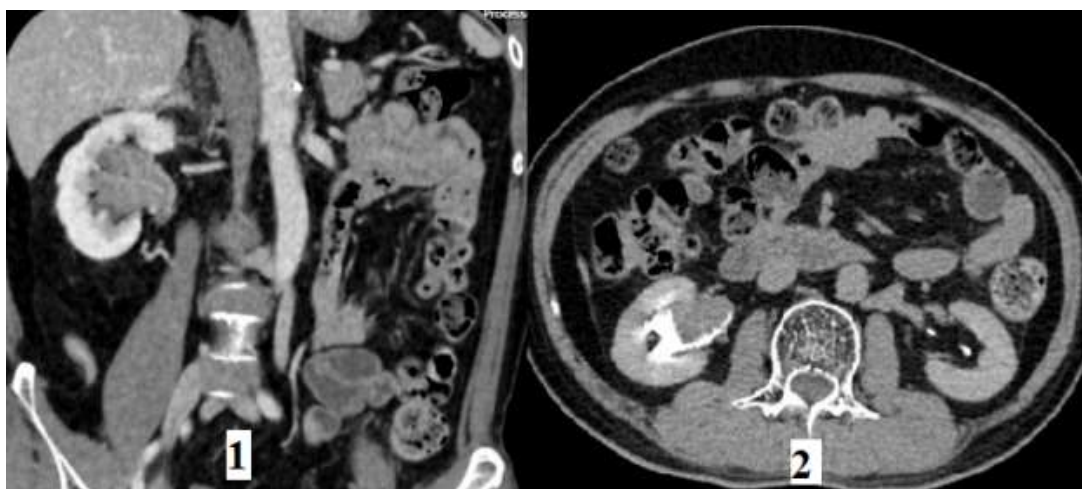
IV. BÀN LUẬN

Theo Guideline của hội tiết niệu châu Âu, mổ mở cắt thận niệu quản tận gốc và khoét chóp bàng quang được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên.³ Trong vài thập kỷ trở lại đây, PTNS cắt thận niệu quản tận gốc được xem là một lựa chọn thay thế cho mổ mở và ngày càng được chấp nhận rộng rãi trong điều trị bệnh lý này. Các nghiên cứu gần đây cho thấy, PTNS cắt thận niệu quản tận gốc cho kết quả tương đương về mặt ung thư học so với mổ mở trong khi đó tỷ lệ biến chứng thấp

hơn. Theo nghiên cứu phân tích gộp Radosław Piszczek và cộng sự cho thấy PTNS cắt thận niệu quản tận gốc có hiệu quả về mặt ung thư học tương đương với mổ mở thậm chí ở cả các trường hợp UTĐBX đã xâm lấn tại chỗ.⁹ Nghiên cứu này thu thập dữ liệu từ 18 nghiên cứu được công bố trong giai đoạn từ 2007 – 2020 với 10730 bệnh nhân trong đó có 5959 bệnh nhân (55,5%) được mổ mở và 4771 (45,5%) được PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều trị UTĐBX tiết niệu trên.⁹ Kết quả từ nghiên cứu này cho thấy giữa mổ mở và PTNS không có sự khác

biệt về thời gian sống thêm liên quan đến bệnh, thời gian sống thêm toàn bộ, thời gian sống thêm không tái phát tại bàng quang, thời gian sống thêm không tái phát.⁹ Hơn thế nữa nghiên cứu này còn cho thấy kể cả khi UTĐBX ở giai đoạn muộn như pT3, pT4 hoặc khi có di căn hạch cũng không có sự khác biệt.⁹ Kết quả tương tự cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Jorge Correia.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát tại bàng quang, tỷ lệ tái phát tại chỗ, tỷ lệ di căn xa và tỷ lệ tử vong liên quan đến bệnh thấp hơn so với cả nhóm mổ mở và PTNS ở các nghiên cứu trên. Đây là một kết quả tích cực tuy nhiên cần có thời gian theo dõi và đánh giá thêm vì thời gian theo dõi trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn của các nghiên cứu trên. Ngoài ra các nghiên cứu cũng cho

thấy PTNS có nhiều ưu điểm hơn so với mổ mở về mặt khía cạnh phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Jorge Correia cho thấy không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật trong khi đó PTNS có lượng máu mất trong mổ ít hơn, tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở.¹⁰ Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy PTNS đảm bảo được tính an toàn về mặt phẫu thuật với tỷ lệ bệnh nhân cần phải truyền máu tương đối thấp, không có biến chứng lớn nào trong mổ và các biến chứng sau mổ chủ yếu là độ I, II theo phân độ Clavien-dindo. Như vậy, PTNS là một phương pháp đảm bảo được hiệu quả về mặt ung thư học cũng như về mặt phẫu thuật trong điều trị UTĐBX tiết niệu trên.



(Nguyễn Văn S, MHS: 2206291503. 1: U bể thận thì ĐM, 2: u bể thận thì bài xuất)

PTNS cắt thận niệu quản tận gốc có thể thực hiện bằng đường qua phúc mạc hoặc sau phúc mạc và mỗi phương pháp đều có ưu, nhược điểm riêng. PTNS qua phúc mạc có ưu điểm là phẫu trường rộng hơn và các mốc giải phẫu dễ xác định hơn. Ngược lại PTNS sau phúc mạc có thể giúp tiếp cận trực tiếp với các mạch máu của thận và tránh các biến chứng liên quan đến đường tiêu hóa.

Theo nghiên cứu của Liu và cộng sự khi so sánh kết quả PTNS cắt thận niệu quản tận gốc ở 34 bệnh nhân được PTNS qua đường sau phúc mạc và 34 bệnh nhân bằng đường qua phúc mạc.¹¹ Nghiên cứu này cho thấy hai phương pháp này không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ và tỷ lệ các biến chứng sau mổ.¹¹ Tuy nhiên ở các bệnh nhân PTNS sau phúc mạc

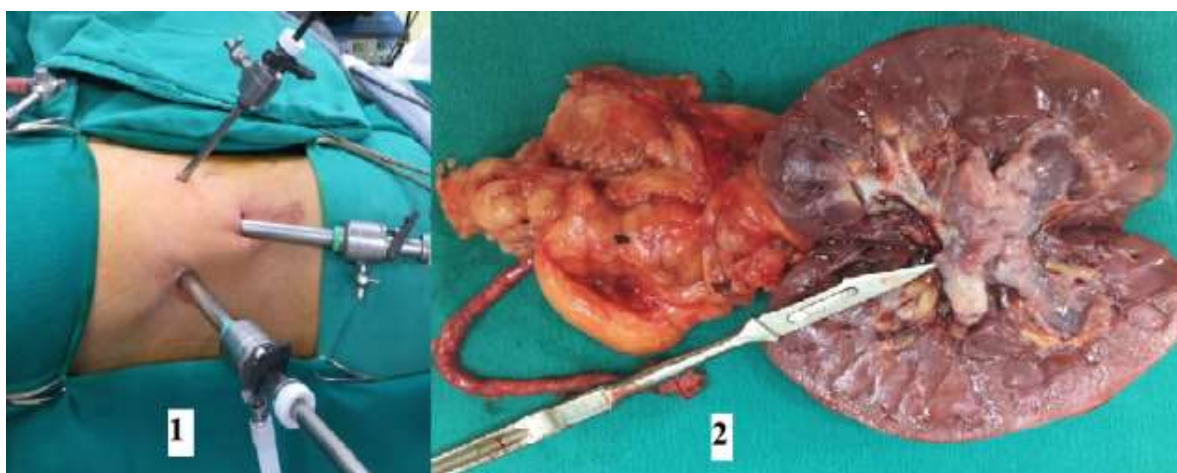
có thời gian hồi phục chức năng đường tiêu hóa và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn so với nhóm các bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc.¹¹ Ngoài ra một số nghiên cứu khác cũng cho thấy PTNS sau phúc mạc có hiệu quả về mặt ung thư học tốt hơn so với PTNS qua phúc mạc. Theo nghiên cứu của Tae Heon Kim và cộng sự khi so sánh kết quả PTNS cắt thận niệu quản tận gốc của 743 bệnh nhân UTĐBX trong đó có 620 bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc và 123 bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc.¹² Nghiên cứu này cho thấy giữa 2 phương pháp không có sự khác biệt về thời gian sống thêm toàn bộ cũng như thời gian sống liên qua đến bệnh.¹² Tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc có thời gian sống không bệnh cao hơn so với nhóm bệnh nhân được PTNS qua phúc mạc. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả bệnh nhân được PTNS sau phúc mạc để cắt thận và đoạn đầu của niệu quản với tỷ lệ truyền máu trong và sau mổ thấp, không gặp biến chứng nào nặng trong mổ, tỷ lệ biến chứng sau mổ khá thấp và chủ yếu là các biến chứng độ thấp theo phân độ Clavien-dindo. Như vậy, PTNS sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc ít nhiều có những ưu điểm hơn so với PTNS qua phúc mạc về cả khía cạnh phẫu thuật cũng như ung thư học.

Phẫu thuật cắt đoạn xa niệu quản trong PTNS cắt thận niệu quản tận gốc điều UTĐBX tiết niệu trên có thể thực hiện theo 4 phương pháp: mổ mở đường trắng bên dưới rốn, qua đường nội soi bàng quang, qua đường nội soi ổ bụng và phẫu thuật có hỗ trợ robot.¹³ Mỗi phương pháp đều có các ưu và nhược điểm riêng về khía cạnh phẫu thuật. Mổ mở theo đường trắng bên dưới rốn để cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang là phương pháp được áp dụng phổ biến nhất.

Phương pháp này có ưu điểm là không đòi hỏi các dụng cụ phức tạp, nhanh, dễ thực hiện và qua đường mổ mở có thể lấy toàn bộ bệnh phẩm thành một khối. Tuy nhiên với phương pháp này bệnh nhân phải chịu một đường mổ lớn hơn.¹³ Có 2 phương pháp cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang qua đường nội soi bàng quang được mô tả là phương pháp Pluck và Intussusception (lột niệu quản).¹³ Đây là các phương pháp ít xâm lấn tuy nhiên nhược điểm lớn nhất của các kỹ thuật này là đòi hỏi dụng cụ cũng như cách thức phẫu thuật phức tạp.¹³ Ngoài ra hội tiết niệu Châu Âu cũng không khuyến khích sử dụng kỹ thuật lột niệu quản do không đảm bảo về tính an toàn cũng như hiệu quả về mặt ung thư.³ Cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang qua đường nội soi ổ bụng là một phẫu thuật ít xâm lấn.¹³ Tuy nhiên đây vẫn là một thách thức với các phẫu thuật viên vì phải thao tác trong một phẫu trường hẹp của tiểu khung cũng như sự hạn chế vận động của các dụng cụ phẫu thuật.¹³ Phẫu thuật cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang với sự hỗ trợ của robot có thể khắc phục được các hạn chế của PTNS ổ bụng tuy nhiên phương pháp này cần có sự trang bị các phương tiện phẫu thuật phức tạp.¹³ Ngoài ra một số nghiên cứu còn cho thấy các phương pháp cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang còn cho các kết quả khác nhau về mặt ung thư học.¹³ Theo đó, mổ mở có tỷ lệ tái phát tại bàng quang cao nhất trong khi đó phẫu thuật nội soi qua ổ bụng có tỷ lệ di căn xa cao nhất.¹³ Tuy nhiên, các kết quả này chưa thực sự rõ ràng do các nghiên cứu trước đây chưa thực sự thuần nhất và chưa loại trừ được các yếu tố nhiễu trong các nghiên cứu này.¹³ Vì tính không thuần nhất của các nghiên cứu nên không thể xác định được phương pháp nào

ưu thế nhất trong việc cắt bỏ đoạn xa niệu quản. Chính vì vậy cần có những nghiên cứu sâu hơn để giải quyết vấn đề còn tranh cãi này. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tất cả bệnh nhân được mổ mở đường trắng bên

dưới rốn để cắt đoạn xa niệu quản và khoét chóp bàng quang. Đây là một phương pháp đơn giản, không đòi hỏi dụng cụ và kỹ thuật phức tạp vì vậy phù hợp với điều kiện tại cơ sở của chúng tôi.



(Nguyễn Hồng S, MHS: 2012111826. 1: vị trí trocar thì cắt thận và đoạn đầu niệu quản, 2: toàn bộ thận, niệu quản và chóp bàng quang)

Nạo vét hạch trong UTĐBX tiết niệu trên vẫn còn là một vấn đề còn nhiều tranh cãi. Năm 1997, Komatsu và cộng sự đã báo cáo về ưu điểm của nạo vét hạch ở những bệnh nhân ung thư đường bài xuất trên có di căn hạch.¹⁴ Các tác giả này đã nhấn mạnh vai trò quan trọng của nạo vét hạch trong việc chỉ định hóa chất ở các bệnh nhân ung thư đường bài xuất trên.¹⁴ Ở một nghiên cứu khác của Roscigno và cộng sự cho thấy nạo vét hạch đóng vai trò ngày càng quan trọng liên quan đến tỷ lệ sống và tỷ lệ khỏi bệnh ở những bệnh nhân ung thư đường bài xuất trên xâm lấn lớp cơ được phẫu thuật.¹⁵ Ngược lại, ở một nghiên cứu khác từ cơ sở dữ liệu của SEER với 2824 bệnh nhân từ năm 1988 đến 2004 kết luận rằng: không thấy được lợi ích của nạo vét hạch trong ung thư đường bài xuất trên.¹⁶ Tỷ lệ sống sau 5 năm của nhóm bệnh nhân pN0 và pNx lần

lượt là 81,2% và 77,8%.¹⁶ Các tác giả này cũng nhấn mạnh sự thiếu các thông tin về vị trí và số lượng hạch được nạo vét trong nghiên cứu này.¹⁶ Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 21 bệnh nhân (52,5%) được nạo vét hạch trong mổ trong đó có 8 bệnh nhân (20%) có di căn hạch. Trong khi đó, trong số 40 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 12 bệnh nhân phát hiện được hạch vùng trên CLVT. Theo kinh nghiệm của chúng tôi và các tác giả khác nạo vét hạch nên được thực hiện ở các bệnh nhân có hạch lớn trên CLVT hoặc khi thấy hạch trong quá trình phẫu thuật.¹⁶

Điều trị hóa chất hỗ trợ tiền phẫu hoặc hậu phẫu đối với UTĐBX tiết niệu trên chưa đạt được sự đồng thuận giữa các tác giả. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy lợi ích của điều trị hóa chất hỗ trợ so với các bệnh nhân không được điều trị hóa chất hỗ

trợ. Theo một thử nghiệm lâm sàng pha III cho thấy, điều trị hóa chất bổ trợ giúp cải thiện thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ của bệnh nhân UTĐBX tiết niệu trên xâm lấn cơ hoặc có di căn hạch. Vì vậy, nghiên cứu này khuyến cáo rằng với các bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao (pT2-4 và/ hoặc có di căn hạch) đã được phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc nên được điều trị hóa chất bổ trợ với Gemcitabine phối hợp với Platinum.¹⁷ Cản trở lớn nhất của điều trị hóa chất bổ trợ là tình trạng suy giảm chức năng thận sau phẫu thuật cắt thận niệu quản tận gốc. Trong khi đó hầu hết các phác đồ hóa chất hiện nay đều dựa trên cơ sở cisplatin mà đây lại là một thuốc có độc tính đối với thận. Ngoài ra, các nghiên cứu còn chỉ ra rằng hóa chất bổ trợ chỉ đáp ứng tốt với các trường hợp ung thư biểu mô đường niệu đơn thuần còn các trường hợp có các dòng tế bào di sản thì đáp ứng kém hơn.¹⁸ Trên thực tế, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ còn khá thấp. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị hóa chất bổ trợ trong nghiên cứu của Riccardo Campi là 9,1%.¹⁹ Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 5 bệnh nhân (12,5%) được điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ. Đây đều là những bệnh nhân có nguy cơ cao với giai đoạn mô bệnh học lần lượt là pT2N0M0, pT3N0M0, pT3N2M0, pT4N2M0 và pT2N2M1.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy một số kết quả tích cực của PTNS sau phúc mạc cắt thận niệu quản tận gốc để điều trị UTĐBX trên. Tuy nhiên cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá các kết quả này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021; 71: 7-33.
2. Margulis V, Shariat SF, Matin SF, et al.. Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. Cancer. 2009; 115: 1224-1233.
3. Rouprêt M, Babjuk M, Burger M, et al.. European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2020. Eur Urol. 2021; 79: 62-79.
4. Clayman RV, Kavoussi LR, Figenshau RS, et al. Laparoscopic nephroureterectomy: initial clinical case report. J Laparoendosc Surg. 1991; 1: 343-349.
5. Rassweiler JJ, Schulze M, Marrero R, et al. Laparoscopic nephroureterectomy for upper urinary tract transitional cell carcinoma: is it better than open surgery? Eur Urol. 2004; 46: 690-697.
6. Capitanio U, Shariat SF, Isbarn H, et al.. Comparison of oncologic outcomes for open and laparoscopic nephroureterectomy: a multi-institutional analysis of 1249 cases. Eur Urol. 2009; 56: 1-9.
7. Taweemonkongsap T, Nualyong C, Amornvesukit T, et al... Outcomes of surgical treatment for upper urinary tract transitional cell carcinoma: comparison of retroperitoneoscopic and open nephroureterectomy. World J Surg Oncol. 2008; 6: 3.
8. Moschini M, Zamboni S, Afferi L, et al... Comparing oncological outcomes of laparoscopic vs open radical nephroureterectomy for the treatment of upper tract urothelial carcinoma: A

- propensity score-matched analysis. *Arab J Urol*. 2020; 19: 31-36.
9. **Radosław Piszczek, Łukasz Nowak, Wojciech Krajewski, et al.** Oncological outcomes of laparoscopic versus open nephroureterectomy for the treatment of upper tract urothelial carcinoma: an updated meta-analysis. *World J Surg Oncol*. 2021; 19: 129.
 10. **Jorge Correia, Gonçalo Mendes, Bernardo Texeira, et al.** Perioperative and oncological outcomes of laparoscopic and open radical nephroureterectomy for locally advanced upper tract urothelial carcinoma: a single-center cohort study. *Cent European J Urol*. 2022; 75(3): 257–264.
 11. **Liu Wentao, Wang Yinhuai, Zhong Zhaohui, et al.** Transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic nephroureterectomy in the management of upper urinary tract urothelial carcinoma: a matched-pair comparison based on perioperative outcomes. *Surgical Endoscopy*. 2016; 30(12):5537–5541.
 12. **Tae Heon Kim, Bumsik Hong, Ho Kyung Seo, et al.** The Comparison of Oncologic Outcomes between Open and Laparoscopic Radical Nephroureterectomy for the Treatment of Upper Tract Urothelial Carcinoma: A Korean Multicenter Collaborative Study. *Cancer Res Treat*. 2019; 51(1): 240–251.
 13. **Whiting Danielle, Sriprasad Seshadri.** Management of the Distal Ureter in Radical Laparoscopic Nephroureterectomy for Upper Tract Urothelial Carcinoma. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2020.
 14. **Komatsu H, Tanabe N, Kubodera S, et al.** The role of lymphadenectomy in the treatment of transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *J Urol*. 1997; 157(5):1622–1624.
 15. **Roscigno M, Cozzarini C, Bertini R, et al.** Prognostic value of lymph node dissection in patients with muscle-invasive transitional cell carcinoma of the upper urinary tract. *Eur Urol*. 2008; 53(4):794–802.
 16. **Lughezzani G, Jeldres C, Isbarn H, et al.** A critical appraisal of the value of lymph node dissection at nephroureterectomy for upper tract urothelial carcinoma. *Urology*. 2010; 75(1):118–124.
 17. **Alison Birtle, Mark Johnson, John Chester, et al.** Adjuvant chemotherapy in upper tract urothelial carcinoma (the POUT trial): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 2020; 395(10232):1268-1277.
 18. **Karl H Tully, Marieke J Krimphove Md, Melissa J Huyn, et al.** Differences in survival and impact of adjuvant chemotherapy in patients with variant histology of tumors of the renal pelvis. *World J Urol*. 2020; 38(9):2227-2236.
 19. **Campi Riccardo, Cotte Juliette, Sessa Francesco, et al.** Robotic radical nephroureterectomy and segmental ureterectomy for upper tract urothelial carcinoma: a multi-institutional experience. *World Journal of Urology*. 2019; 37(11):2303-2311.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA GIẢI PHÁP THẢO DƯỢC CHỨA GO-LESS VỚI NGƯỜI MẮC BÀNG QUANG TĂNG HOẠT OAB

Vũ Minh Hoàn¹, Trần Thị Hải Vân²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của thảo dược Ích Nieu Khang chứa nguyên liệu GO-LESS trong việc hỗ trợ điều trị các rối loạn tiểu tiện của Hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát (OAB).

Đối tượng và phương pháp: Can thiệp lâm sàng, so sánh trước & sau điều trị trên 50 bệnh nhân có độ tuổi từ 18 – 80 tuổi đã được chẩn đoán và có triệu chứng của Hội chứng bàng quang tăng hoạt OAB.

Kết quả: Ích Nieu Khang cải thiện đáng kể tất cả các triệu chứng của bàng quang tăng hoạt (OAB). Cụ thể: Số lần tiểu đêm giảm từ $4,06 \pm 1,53$ xuống $1,14 \pm 0,94$; số lần đi tiểu khẩn cấp trong ngày giảm từ $7,67 \pm 5,00$ xuống $5,82 \pm 3,70$; số lần đi tiểu trung bình ban ngày giảm từ $9,96 \pm 4,04$ xuống $8,00 \pm 3,70$; số lần tiểu són trong tuần giảm từ $0,92 \pm 1,56$ xuống $0,60 \pm 1,02$. Điểm OABSS Homma giảm từ $9,31 \pm 1,44$ xuống $6,8 \pm 2,21$. Chỉ số chất lượng giấc ngủ PSQI giảm từ $13,11 \pm 1,33$ xuống $10,54 \pm 2,21$. Không có tác dụng phụ và bất thường về các thông số cận lâm sàng sau khi dùng Ích Nieu Khang.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy Ích Nieu Khang có hiệu quả và an toàn với những

bệnh nhân có Hội chứng bàng quang tăng hoạt nguyên phát sau 30 ngày điều trị.

Từ khóa: OAB; thực phẩm bổ sung; tiểu són; tiểu đêm; bàng quang tăng hoạt.

SUMMARY

EFFICACY AND TOLERABILITY OF ICH NIEU KHANG DIETARY SUPPLEMENT FOR OVERACTIVE BLADDER

Objectives: This study aims to assess the effectiveness and safety of plant-derived food supplement Ich Nieu Khang containing GO-LESS material as a dietary supplement for overactive bladder (OAB) symptoms.

Subjects and methods: Controlled clinical trial, comparing before and after treatment in 50 patients 18-80 years of age with the diagnosis and symptoms of the OAB.

Results: Ich Nieu Khang significantly improved all OAB symptoms scores with a reduction of average nocturia from 4.06 ± 1.53 to 1.14 ± 0.94 , the daily average urination urgency from 7.67 ± 5.00 to 5.82 ± 3.70 , the daily average frequency of urination from 9.96 ± 4.04 to 8.00 ± 3.70 , weekly average incontinence of urination from 0.92 ± 1.56 to 0.60 ± 1.02 , and OABSS Homma's score decreased from 9.31 ± 1.44 to 6.8 ± 2.21 . Ich Nieu Khang phytotherapy also resulted in sleep quality improvement by PSQI score decreasing from 13.11 ± 1.33 to 10.54 ± 2.21 . There were no adverse effects and abnormalities in paraclinical parameters with Ich Nieu Khang therapy.

¹Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hoàn

Email: hoandnc.yhcthn@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 5/6/2023

Ngày duyệt đăng: 19/6/2023

Conclusion: The results of our study suggest that Ich Nieu Khang dietary supplement is effective and safe phytotherapy for patients with primary OAB symptoms within 30 days of treatment.

Keywords: OAB; food supplement; incontinence; nocturia; overactive bladder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang tăng hoạt (OAB) được định nghĩa là một hội chứng đặc trưng bởi tình trạng tiểu gấp, có hoặc không có tiểu són, người bệnh thường đi tiểu nhiều lần vào ban ngày và ban đêm mà không có nhiễm trùng hoặc các bệnh lý rõ ràng khác. Tỷ lệ mắc OAB được ước tính từ 10% đến 20% và tăng theo tuổi, tình trạng này phổ biến nhất ở những bệnh nhân trên 40 tuổi.^{1,2}

Các phương pháp đang được áp dụng để điều trị căn bệnh này là phương pháp không dùng thuốc và dùng thuốc. Liệu pháp không dùng thuốc nhằm mục đích giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân mắc OAB và giúp họ kiểm soát cơn tiểu gấp cũng như tình trạng tiểu không tự chủ.

Điều trị bằng thuốc chủ yếu sử dụng thuốc kháng cholinergic (còn gọi là thuốc kháng muscarinic) – có tác dụng làm giãn cơ trơn bàng quang, niệu đạo, do đó có hiệu quả tốt trong việc khắc phục các rối loạn tiểu tiện. Tuy nhiên, nhiều trường hợp thuốc phải ngừng điều trị do tác dụng phụ khó chịu, trong đó phổ biến nhất là táo bón, khô miệng, mờ mắt. Theo đánh giá có hệ thống năm 2011 của 149 nghiên cứu, tỷ lệ ngừng điều trị dao động từ 43% đến 83% trong 30 ngày đầu tiên và hơn một nửa số bệnh nhân không bao giờ dùng lại đơn thuốc ban đầu.³

Ngoài ra có một số phương pháp điều trị khác như tiêm độc tố botulinum trực tiếp vào cơ trơn (detrusor) hoặc phẫu thuật mở rộng

bàng quang nhưng không được ưu tiên áp dụng.

Hiện nay, việc điều trị bằng thảo dược là một phương pháp thay thế ngày càng phổ biến để hỗ trợ điều trị OAB. Một cuộc khảo sát về người lớn ở Hoa Kỳ ≥ 18 tuổi do Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa Dịch bệnh thực hiện chỉ ra rằng 74,6% những người mắc OAB đã sử dụng một số hình thức trị liệu bằng thảo dược.⁴ Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi đã khảo sát hiệu quả và độ an toàn của thảo dược Ích Niệu Khang chứa nguyên liệu GO-LESS trên 50 bệnh nhân có triệu chứng OAB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tài liệu nghiên cứu

Viên nén Ích Niệu Khang chứa: Cao Đỗ trọng (tỉ lệ dược liệu/cao: 16:1) 350mg; L-Carnitine fumarate 150mg; GO-LESS (hỗn hợp chứa chiết xuất hạt bí ngô 87,5% (EFLA[®] 940) và mầm đậu nành 12,5% (Soylife[®] 40) 25mg, Tinh bột, magnesi stearat, talc, PVP K30, cellulose vi tinh thể, HPMC....

Viên nén Ích Niệu Khang chứa nguyên liệu GO-LESS được sản xuất bởi Nhà máy Công ty TNHH Medistar Việt Nam và phân phối bởi Công ty TNHH FOBIC Pharma – Cục An toàn Thực phẩm Bộ Y tế cấp Giấy Xác nhận Công bố Phù hợp Quy định An toàn Thực phẩm số 5768/2018/ĐKSP.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân từ 18 đến 80 tuổi, không phân biệt giới tính, mắc OAB nguyên phát có các triệu chứng bao gồm tiểu đêm (đây là triệu chứng bắt buộc), tiểu gấp, tiểu không tự chủ.

Tiêu chí loại trừ bệnh nhân

- Bệnh nhân < 18 tuổi và > 80 tuổi.
- Phụ nữ mang thai hoặc cho con bú.

- Bệnh nhân bàng quang tăng hoạt nguyên nhân thần kinh, các trường hợp có nguyên nhân thực thể: sỏi, u bàng quang, đột quỵ...

- Các trường hợp bệnh nhân có các bệnh cấp tính/ mạn tính nặng như suy tim, tâm thần, suy thận...

- Bệnh nhân đang dùng thuốc y học hiện đại/ y học cổ truyền/ thực phẩm chức năng hoặc các phương pháp điều trị bàng quang tăng hoạt khác.

- Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện 50 bệnh nhân.

Quy trình điều trị:

- Bệnh nhân được khám và lựa chọn phù hợp với tiêu chuẩn của nghiên cứu.

- Phác đồ điều trị: 10 ngày đầu uống với liều 6 viên/ngày, chia làm 2 lần (mỗi lần 3 viên). Từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 30, liều lượng giảm xuống còn 4 viên/ngày, chia làm 2 lần (mỗi lần 2 viên). Uống cùng với nước ấm trước ăn 30 phút hoặc sau ăn 1 giờ.

- Theo dõi các chỉ tiêu nghiên cứu tại bốn thời điểm là trước khi điều trị (D0), sau 10 ngày (D10), sau 20 ngày (D20) và sau 30 ngày (D30) điều trị Ích Niệu Khang.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

- Đánh giá hiệu quả cải thiện và độ an toàn của Ích Niệu Khang thông qua:

+ Tần suất tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu són.

+ Đánh giá mức độ cải thiện qua bảng điểm OABSS của Homma.

+ Đánh giá chất lượng giấc ngủ thông qua chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh (điểm PSQI).

+ Đánh giá tác dụng không mong muốn của Ích Niệu Khang thông qua: tác dụng phụ lên đường tiêu hóa, phản ứng dị ứng, thông số cận lâm sàng...

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Y học cổ truyền Hà Nội từ 01/2020 đến 01/2021

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Trước khi nghiên cứu, bệnh nhân được các y, bác sĩ tư vấn và đồng ý ký vào phiếu đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng khoa học – Công nghệ Bệnh viện Đa khoa Y học cổ truyền Hà Nội và Hội đồng đạo đức của Viện Thực phẩm chức năng phê duyệt và nghiệm thu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $62,37 \pm 10,82$. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ chiếm tỷ lệ 94%, nam chiếm tỷ lệ thấp 6%. Thời gian mắc bệnh trung bình của các bệnh nhân là $4,46 \pm 3,89$ năm, trong đó dài nhất là 20 năm, ngắn nhất là 3 tháng. Tất cả các bệnh nhân đều có triệu chứng tiểu gấp, tiểu đêm.

3.2. Kết quả điều trị:

3.2.1. Đánh giá lâm sàng

- Sự cải thiện các rối loạn tiểu tiện trước và sau điều trị:

Bảng 1. Thay đổi tần suất đi tiểu trước và sau điều trị

Nội dung	Trước điều trị	Sau điều trị	P
	(X ± SD)	(X ± SD)	
Tần suất tiểu đêm trung bình (lần)	4,06 ± 1,53	1,14 ± 0,94	<0,01
Số lần tiểu són trung bình hàng tuần (lần)	0,92 ± 1,56	0,60 ± 1,0 2	<0,05
Số lần đi tiểu khẩn cấp trung bình hàng ngày (lần)	7,67 ± 5,00	5,82 ± 3,70	<0,05
Số lần đi tiểu trung bình ban ngày (lần)	9,96 ± 4,04	8,00 ± 3,70	<0,05

Sau 30 ngày điều trị, tất cả các rối loạn tiểu tiện đều có sự cải thiện tần suất đi tiểu (bảng 1).

- Đánh giá mức độ cải thiện qua bảng điểm OABSS của Homma.

Bảng 2. Đặc điểm cải thiện điểm số OABSS của Homma trước và sau khi điều trị

Điểm	Điểm TB(X ± SD)		P
	D0	D30	
Điểm OABSS (X ± SD)	9,31 ± 1,4 4	6,8 ± 2,21	<0,05

Điểm OABSS trung bình giảm từ 9,31 ± 1,44 xuống 6,8 ± 2,21. Sự cải thiện có ý nghĩa thống kê với P < 0,05 (Bảng 2).

- Đánh giá sự cải thiện chất lượng giấc ngủ theo chỉ số chất lượng giấc ngủ Pittsburgh

Bảng 3. Đặc điểm cải thiện chất lượng giấc ngủ theo chỉ số PSQI

Chỉ số thời gian	D0(X ± SD)	D30(X ± SD)	P
Chất lượng giấc ngủ	2,52 ± 0,51	1,93 ± 0,73	<0,05
Tổng PSQI	13,11 ± 1,33	10,54 ± 2,21	

PSQI, Chỉ số Chất lượng Giấc ngủ Pittsburgh. PSQI trước điều trị là 13,11 ± 1,33, sau điều trị giảm còn 10,54 ± 2,21. Cải thiện giấc ngủ

Sau 30 ngày điều trị, các chỉ số về chất lượng giấc ngủ, thời gian ngủ và hiệu suất có ý nghĩa thống kê, với P < 0,05 (Bảng 3).

3.2.2. Đánh giá kết quả cận lâm sàng

làm việc đều được cải thiện. Tổng điểm

Bảng 4. Thay đổi một số chỉ số huyết học trước và sau điều trị

Chỉ số thời gian	D0(X ± SD)	D30 (X ± SD)	P
Số lượng hồng cầu (10 ¹² /L)	4,53 ± 0,34	4,47 ± 0,30	>0,05
Huyết sắc tố (g/dL)	126,61 ± 6,70	127,36 ± 6,02	
Số lượng bạch cầu (10 ⁹ /L)	6,31 ± 1,01	6,27 ± 0,63	
Số lượng tiểu cầu (10 ⁹ /L)	245,43 ± 44,57	252,73 ± 40,95	

Sự thay đổi giá trị trung bình các chỉ số hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu, tiểu cầu sau 30 ngày điều trị so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05 (Bảng 4).

Ngoài ra, sự thay đổi giá trị trung bình của albumin, creatinin, AST và ALT sau 30 ngày điều trị so với trước điều trị không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

Bảng 5. Thay đổi nước tiểu tồn dư trước và sau điều trị

Thời gian	Khối lượng TB ($\bar{X} \pm SD$)		P
	D0	D30	
Lượng nước tiểu tồn dư trung bình (mL)	21,22 $\pm$ 22,21	18,12 $\pm$ 17,30	>0,05

Lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang giảm từ 21,22 $\pm$ 22,21 xuống 18,12 $\pm$ 17,30 (mL); tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ (bảng 5).

Ngoài xét nghiệm cận lâm sàng trên, tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm nước tiểu trước và sau khi điều trị trong nghiên cứu này. Kết quả cho thấy độ pH, protein, glucose, nitrit, xeton, bilirubin, urobilinogen, bạch cầu và số lượng hồng cầu đều nằm trong phạm vi bình thường.

3.2.3 Theo dõi tác dụng phụ của viên nén Ích Niệu Khang:

Tất cả 50 bệnh nhân đã hoàn thành nghiên cứu và không có bệnh nhân nào có các triệu chứng liên quan đến không dung nạp hoặc phản ứng dị ứng với Ích Niệu Khang.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu hiện tại của chúng tôi đã đánh giá hiệu quả và độ an toàn của thảo dược Ích Niệu Khang đối với 50 bệnh nhân mắc Hội chứng bàng quang tăng hoạt OAB.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Sau 30 ngày điều trị, các rối loạn tiểu tiện do OAB đều được cải thiện rõ rệt. Cụ thể: tần suất tiểu đêm trung bình giảm từ 4,06 $\pm$ 1,53 xuống 1,14 $\pm$ 0,94; số lần đi tiểu trung bình ban ngày giảm từ 9,96 $\pm$ 4,04 xuống 8,00 $\pm$ 3,70; số lần tiểu gấp trung bình hàng ngày giảm từ 7,67 $\pm$ 5,00 xuống 5,82 $\pm$ 3,7. Số liệu

trên có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Điểm OABSS trung bình giảm từ 9,31 $\pm$ 1,44 xuống 6,8 $\pm$ 2,21, số liệu có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Những dữ liệu này cho thấy hiệu quả của Ích Niệu Khang trong việc kiểm soát các triệu chứng OAB và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Thêm vào đó, tất cả các chỉ số về tình trạng đi tiểu đều được cải thiện rõ rệt sau 20 ngày và 30 ngày điều trị bằng Ích Niệu Khang. Ngoài ra, lượng nước tiểu tồn dư trong bàng quang giảm từ 21,22 $\pm$ 22,21 xuống 18,12 $\pm$ 17,30 (mL). Điều này cho thấy rằng một quá trình điều trị dài hơn có thể khôi phục chức năng bàng quang chứa nước tiểu, góp phần tích cực vào việc kiểm soát OAB lâu dài và giảm nguy cơ nhiễm trùng đường tiết niệu cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu chỉ bao gồm những bệnh nhân mắc OAB nguyên phát, nên chúng tôi đã loại trừ phần lớn nam giới có các triệu chứng OAB vì bệnh lý tuyến tiền liệt liên quan.

Có nhiều bằng chứng cho thấy nam giới, kể cả những người bị phì đại tuyến tiền liệt lành tính, có các triệu chứng OAB thứ phát thường không được điều trị. Trong một nghiên cứu trước đây, với quần thể 7.244.501 bệnh nhân ≥ 45 tuổi được chẩn đoán OAB, 24,4% được điều trị; 75,6% không được điều trị. Trong đó, chỉ 25,6% những người được điều trị là nam giới. Đặc biệt là tỷ lệ nam

giới được điều trị giảm đáng kể ($P < 0.001$) so với nữ giới ở mọi nhóm tuổi.⁵ Dựa trên bằng chứng về tác dụng của INK gợi ý rằng thảo dược này nên được nghiên cứu và áp dụng cho đối tượng rộng hơn (cụ thể là nam giới có triệu chứng OAB, ngay cả khi có rối loạn tuyến tiền liệt liên quan).

Nghiên cứu về tính hiệu quả và an toàn của Ích Niệu Khang mà chúng tôi thực hiện trong nghiên cứu này là tiền đề cho những nghiên cứu chuyên sâu hơn về sau.

V. KẾT LUẬN

Thảo dược Ích Niệu Khang có hiệu quả và an toàn trong điều trị Hội chứng bàng quang tăng hoạt OAB nguyên phát: giảm các triệu chứng tiểu đêm, tiểu nhiều lần, tiểu són, tiểu gấp. Chưa ghi nhận tác dụng không mong muốn nào ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Milsom I, Abrams P, Cardozo L, et al.** How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *BJU Int* 2001;87(9):760-766. Crossref, Medline, Google Scholar
2. **Funada S, Kawaguchi T, Terada N, et al.** Cross-sectional epidemiological analysis of the Nagahama study for correlates of overactive bladder: Genetic and environmental considerations. *J Urol* 2018; 199(3):774–778. Crossref, Medline, Google Scholar
3. **Sexton C, Notte S, Maroulis C, et al.** Persistence and adherence in the treatment of overactive bladder syndrome with anticholinergic therapy: A systematic review of the literature. *Int J Clin Pract* 2011;65(5):567–585. Crossref, Medline, Google Scholar
4. **Chughtai B, Kavalier E, Lee R, et al.** Use of herbal supplements for overactive bladder. *RevUrol* 2013;15(3):93. Medline Google Scholar
5. **Helfand BT, Evans RM, McVary KT.** A comparison of the frequencies of medical therapies for overactive bladder in men and women: Analysis of more than 7.2 million aging patients. *Eur Urol* 2010;57(4):586–591. Crossref, Medline, Google Scholar.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU SAU CẮT ĐỐT NỘI SOI BƯỚU BÀNG QUANG QUA NGÃ NIỆU ĐẠO KHÔNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG

Trần Trọng Huân¹, Phạm Hữu Tùng², Nguyễn Tuấn Vinh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng.

Phương pháp và đối tượng: Mô tả tiến cứu 34 BN bướu bàng quang, được chỉ định cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu và không sử dụng kháng sinh dự phòng. Tất cả những BN được ghi nhận đặc điểm bướu bàng quang trong lúc phẫu thuật và tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau phẫu thuật.

Kết quả: Tất cả BN đều có kết quả cấy nước tiểu trước mổ không mọc vi khuẩn, bạch cầu trong nước tiểu âm tính trong 100% TH, phản ứng nitrit âm tính 100%. Tất cả TH đều có dưới 3 bướu bàng quang, kích thước bướu lớn nhất dưới 3 cm, và tất cả bướu không có mô hoại tử. Thời gian phẫu thuật trung bình là 16,29 phút. Kết quả tổng phân tích nước tiểu sau mổ ghi nhận 94,12% TH có bạch cầu trong nước tiểu, không có TH nào có phản ứng nitrit trong nước tiểu dương tính. Kết quả cấy nước tiểu sau mổ 48 giờ có 1 TH cấy ra VK, không có TH nào có biểu hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng, và tất cả BN đều không sử dụng kháng sinh điều trị.

Kết luận: Đối với các trường hợp không có các yếu tố nguy cơ, biến chứng nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng là rất thấp. Qua đó là căn cứ để tiết kiệm nguồn lực kháng sinh và hạn chế sự đề kháng của vi khuẩn.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, kháng sinh dự phòng, cắt đốt bướu bàng quang qua ngã niệu đạo.

SUMMARY

ASSESSING THE EFFICIENCY OF NOT USING ANTIMICROBIAL PROPHYLAXIS BEFORE TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR

Objective: Determine the percentage of urinary tract infections in transurethral resection of bladder tumors without using antimicrobial prophylaxis.

Methods and subjects: The study was conducted on 34 patients with the diagnosis of bladder tumor and no evidence of urinary tract infection. All patients underwent transurethral resection of bladder tumors without any kind of antimicrobial prophylaxis. Urine samples were taken for culture before and after the surgery of removing the bladder tumor.

Results: In 34 cases, all patients had preoperative urine culture results without bacteria, leukocytes in urine were negative at 100%, as well as nitrite. All patients had less than 3 tumors in the bladder, the largest tumor size was less than 3 cm, and no necrotic tissue. The average duration of surgery was 16.29 minutes. The results of the post-operative

¹Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Huân

ĐT: 0835919923

Email: trantronghuan8101991@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

urinalysis showed that 94.12% of samples had leukocytes in the urine, and none of them had a positive urine nitrite. In terms of urine culture 48 hours after the surgery, 1 case was positive for bacteria growth, none showed clinical signs of infection, and all patients did not use antibiotics for treatment.

Conclusion: For cases without risk factors, complications of urinary tract infection after UTI without prophylactic antibiotics are very low. Thereby is the basis to save antibiotic resources and reduce the drug resistance of bacteria.

Keywords: Bladder tumor, Antimicrobial prophylaxis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

So với các phẫu thuật nội soi tiết niệu khác, số liệu về biến chứng NKĐTN sau phẫu thuật CĐNSBBQ, và lợi ích của việc sử dụng KSDP là không nhiều. Khác với ý kiến trước đây nên sử dụng KSDP thường quy [6], những nghiên cứu mới nhất bày tỏ sự cân nhắc trong việc sử dụng KSDP đối với phẫu thuật này. Hiệp hội Niệu khoa châu Âu (EAU) khuyến cáo phẫu thuật viên sử dụng KSDP đối với những trường hợp nguy cơ nhiễm khuẩn cao sau phẫu thuật (bướu lớn, nhiều bướu, có nhiều mô hoại tử...), và có thể cân nhắc việc không sử dụng KS đối với những trường hợp nguy cơ thấp [5]. Báo cáo của Verzotti và cộng sự (2018), hồi cứu trên 223 trường hợp không sử dụng KSDP cho thấy biến chứng NKĐTN sau phẫu thuật xuất hiện ở 6 bệnh nhân (BN), chiếm tỉ lệ 2,7%, và không ghi nhận trường hợp nào nhiễm khuẩn huyết hoặc choáng nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu [23]. Từ đó tác giả khẳng định việc sử dụng KSDP thường quy là không cần thiết bằng một nghiên cứu lớn hơn với 829 BN [24].

Bệnh viện Bình Dân là một trung tâm tiết niệu lớn của Việt Nam và của khu vực với số

lượng ca mổ lớn, dự phòng bằng KS cephalosporins thế hệ thứ hai gần như được sử dụng thường quy với những phẫu thuật nội soi tiết niệu nói chung và phẫu thuật CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo nói riêng. Tuy nhiên, theo y văn, NKĐTN hầu hết do vi khuẩn Gram âm với E.coli là tác nhân chính, đã đề kháng rất nhiều với những KS họ cephalosporins [5]. Vậy so với sử dụng KSDP, liệu việc không sử dụng có làm tăng tỉ lệ NKĐTN sau phẫu thuật CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo?

Nghiên cứu với cỡ mẫu nhỏ (N=32) [1] trước đó của chúng tôi đã cho thấy bướu nhỏ, số lượng bướu trong bàng quang ít, thời gian phẫu thuật ngắn, việc không sử dụng kháng sinh có thể vẫn an toàn cho BN.

Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá tình hình NKĐTN của việc không sử dụng KSDP trong những trường hợp phù hợp, qua đó là căn cứ tránh lạm dụng KS, nhằm giảm chi phí và hạn chế nguy cơ sinh ra những chủng vi khuẩn kháng thuốc.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngã niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngã niệu đạo tại bệnh viện Bình Dân.

Dân số nghiên cứu

BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngã niệu

đạo tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022.

Cỡ mẫu

Thiết kế của nghiên cứu là tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp nên không cần tính cỡ mẫu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân trên 18 tuổi, khám tại bệnh viện Bình Dân, có chẩn đoán bướu bàng quang và được chỉ định cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo.

Bướu bàng quang dạng nông có kích thước nhỏ hơn 3 cm, số lượng bướu ít hơn 3 bướu.

Kết quả cấy nước tiểu trước mổ không mọc vi khuẩn.

Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Những BN có bệnh lý tại đường tiết niệu dưới, được ghi nhận trong tiền căn hoặc trong lần nhập viện này.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có NKĐTN trên cả hai thận.

Những BN đang có ống thông trong đường tiết niệu.

Những BN có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nghi ngờ có nhiễm khuẩn tại hệ cơ quan khác của cơ thể.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả tiến cứu 34 BN được chẩn đoán bướu bàng quang, không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu, được phẫu thuật cắt đốt nội soi bướu qua ngả niệu đạo tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022.

Các trường hợp khám tại bệnh viện Bình Dân được chẩn đoán bướu bàng quang dựa trên hình ảnh nội soi niệu đạo – bàng quang và MSCCT hệ tiết niệu. Những bệnh nhân được chỉ định cắt đốt qua ngả niệu đạo sẽ được cấy nước tiểu trước mổ. Những trường hợp kết quả cấy nước tiểu không mọc vi khuẩn sẽ được tư vấn tham gia nghiên cứu. Ghi nhận những biến số trước, trong và sau phẫu thuật.

Số liệu được thu thập bằng bảng câu hỏi cấu trúc. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm máy tính SPSS 20.11. Kết quả các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, biến số định tính trình bày theo tỉ lệ % dưới dạng bảng, biểu đồ bằng phần mềm Microsoft Word 2010 và Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

	Chúng tôi N = 34	T.T. Huân [1] N = 32
Đái tháo đường	6 (17,65%)	11 (34,38%)
Suy thận mạn	0 (0%)	5 (15,63%)
Tim mạch	11 (32,35%)	9 (28,13%)
Xơ gan	0 (0%)	0 (0%)
Bệnh lý khác	2 (5,88%)	2 (6,25%)

Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 56; trong đó trẻ nhất là 30 tuổi, già nhất là 78 tuổi. 11/34 (32,35%) BN nhập viện vì tiểu máu, 9 BN nhập viện vì tình cờ phát hiện bướu khi khám sức khỏe định kỳ. Trong số các bệnh lý kèm theo, bệnh lý tim mạch chiếm đa số (32,35%).

Bảng 2. Sự phân bố đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

	Chúng tôi N = 34	T.T. Huân [1] N = 32
Bạch cầu trong nước tiểu		
(-)	34 (100%)	16 (50%)
(+)	0 (0%)	11 (34,38%)
(++)	0 (0%)	4 (12,5%)
(+++)	0 (0%)	1 (3,13%)
Phản ứng nitrit trong nước tiểu		
NEG	34 (100%)	32 (100%)
POS	0 (0%)	0 (0%)
Chỉ số bạch cầu máu (WBC)		
< 4 K/uL	0 (0%)	0 (0%)
4-10 K/uL	34 (100%)	31 (96,87%)
>10 K/uL	0 (0%)	1 (3,13%)

Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ ghi nhận tất cả TH không có bạch cầu trong nước tiểu, phản ứng nitrit âm tính 100%.

Chỉ số bạch cầu máu (WBC) trung bình là: 7,07 K/uL. Tất cả BN có chỉ số WBC nằm trong khoảng giá trị bình thường 4-10 K/uL.

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật

	Chúng tôi N = 34	T.T. Huân [1] N = 32
Số lượng bướu (dựa theo hình ảnh soi BQ)		
≥ 3 bướu	0 (0%)	11 (34,38%)
< 3 bướu	34 (100%)	21 (65,62%)
Kích thước bướu lớn nhất (dựa theo MSCT và soi BQ)		
≥ 3 cm	0 (0%)	5 (15,62%)
< 3 cm	34 (100%)	27 (84,38%)
Mô bướu hoại tử (dựa theo hình ảnh soi BQ)		
Có	0 (0%)	2 (6,25%)
Không	34 (100%)	30 (93,75%)
Thời gian phẫu thuật		
≥ 30 phút	0 (0%)	6 (18,75%)
< 30 phút	34 (100%)	28 (81,25%)

Không có trường hợp nào bướu có mô hoại tử trong mẫu nghiên cứu.

Thời gian phẫu thuật trung bình là: 16,29 phút. Trong đó cuộc mổ ngắn nhất là 8 phút, cuộc mổ dài nhất là gần 30 phút.

Bảng 4. Đặc điểm ghi nhận hậu phẫu

	Chúng tôi N = 34	T.T. Huân [1] N = 32
Bạch cầu trong nước tiểu (LEU)		
(-)	2 (5,88%)	0 (0%)
(+)	15 (44,12%)	5 (15,63%)
(++)	15 (44,12%)	10 (31,25%)
(+++)	2 (5,88%)	17 (53,13%)
Phản ứng nitrit trong nước tiểu (NIT)		
Neg	34 (100%)	28 (87,5%)
Pos	0 (0%)	4 (12,5%)
Chỉ số bạch cầu máu (WBC)		
< 4K/uL	0 (0%)	0 (0%)
4 – 10K/uL	32 (94,12%)	21 (65,62%)
> 10K/uL	2 (5,88%)	11 (34,38%)
Cấy nước tiểu sau mổ		
Không mọc vi khuẩn	33 (97,06%)	29 (90,62%)
Có mọc vi khuẩn	1 (2,94%)	3 (9,38%)

Kết quả cấy nước tiểu sau mổ 48 giờ: có 1 TH cấy ra VK (*Proteus mirabilis*), không có BN nào phải sử dụng kháng sinh điều trị do có biểu hiện nhiễm khuẩn trên lâm sàng.

Bảng 5. Số ngày lưu thông niệu đạo và thời gian hậu phẫu

	Chúng tôi N = 34	T.T. Huân [1] N = 32
Lưu thông niệu đạo		
≤ 2 ngày	34 (100%)	25 (78,13%)
> 2 ngày	0 (0%)	7 (21,87%)
Số ngày hậu phẫu		
≤ 2 ngày	29 (85,29%)	20 (62,50%)
> 2 ngày	5 (14,71%)	12 (37,50%)

Thời gian lưu thông niệu đạo trung bình là 1,41 ngày; trong đó thời gian lưu thông ngắn nhất là 1 ngày, TH lưu thông lâu nhất là 2 ngày.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 1,88 ngày; trong đó thời gian nằm viện ngắn nhất là 1 ngày, TH nằm viện lâu nhất là 3 ngày. Đa số TH có thời gian nằm viện không quá 2 ngày sau phẫu thuật (85,29%).

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu khảo sát mẫu gồm 34 BN được CDNS bướt bàng quang qua ngã niệu đạo. Tuổi trung bình của mẫu là 56 ± 12 tuổi; thấp hơn so với tuổi trung bình trong NC của Verzotti [24] là 70,3 tuổi và NC của Baten [4] là 72,9 tuổi. Tuổi trung bình của mẫu NC thấp, có thể do cỡ mẫu còn nhỏ, chưa đủ đại diện cho dân số chung của bệnh lý này.

Về các bệnh kèm theo, chiếm đa số trong mẫu là các bệnh lý tim mạch, 17,65% TH có đái tháo đường kèm theo. Theo EAU, đái tháo đường là nguy cơ của NKĐTN sau phẫu thuật CĐNSBBQ [5].

Đa số BN nhập viện vì lý do tiểu máu, 9 TH phát hiện tình cờ sau khi khám sức khỏe định kỳ. Tương đồng với T.T. Huân [1], có thể do thói quen khám bệnh chỉ khi có triệu chứng tại Việt Nam.

Về đặc điểm trước và trong phẫu thuật

Tất cả BN trong mẫu NC đều được cấy nước tiểu trước mổ và được ghi nhận không có vi khuẩn mọc trong mẫu cấy. Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ, 100% TH không ghi nhận bạch cầu trong nước tiểu, phản ứng nitrit trong nước tiểu đều âm tính. Về chỉ số bạch cầu máu (WBC), tất cả BN có chỉ số trong giới hạn bình thường 4-10 K/uL. Số lượng bươu trong mỗi TH đều dưới 3 bươu, kích thước bươu lớn nhất dưới 3 cm và không có mô hoại tử. Thời gian phẫu thuật trung bình là $16,29 \pm 7,01$ phút, tất cả các trường hợp đều có thời gian phẫu thuật dưới 30 phút.

Theo các tác giả như Baten [4], Verzotti [24], hiện vẫn chưa thống nhất các yếu tố có liên quan đến nguy cơ NKĐTN sau

CĐNSBBQ qua ngã niệu đạo. EAU [5] dựa vào một phân tích gộp có hệ thống trên 152 BN của Bootsma năm 2018, cho rằng kích thước bươu lớn hay có mô hoại tử nên được xem như là những yếu tố nguy cơ, đã đưa ra khuyến cáo yếu nên sử dụng kháng sinh dự phòng cho BN có những yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn trên.

Như vậy, nhìn chung trong nghiên cứu này của chúng tôi, bằng cách chọn mẫu, không có yếu tố nguy cơ NKĐTN hậu phẫu nào được ghi nhận.

Đánh giá sau phẫu thuật

Tổng phân tích nước tiểu hậu phẫu cho thấy 32 TH có bạch cầu trong nước tiểu, không có TH nào có phản ứng nitrit dương tính. Chỉ số bạch cầu máu (WBC) sau phẫu thuật trung bình là: $8,37 \pm 1,77 \times 10^3/\text{mm}^3$. Có 6/34 trường hợp có tăng bạch cầu máu sau phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 17,6%.

Chúng tôi ghi nhận 1/34 TH (2,94%) nhiễm khuẩn đường tiết niệu không triệu chứng hậu phẫu (cấy nước tiểu có mọc vi khuẩn). Khi kết hợp với mẫu nghiên cứu trước đó của T.T. Huân [1], chúng tôi phân nhóm mẫu gộp (N=66) theo những yếu tố nguy cơ như sau:

	Cấy nước tiểu (+) (4)	Cấy nước tiểu (-) (62)
Số lượng bươu		
≥ 3 bươu (11)	1 (9,09%)	10 (90,91%)
< 3 bươu (55)	3 (5,45%)	52 (94,55%)
Kích thước bươu lớn nhất		
≥ 3 cm (5)	2 (40%)	3 (60%)
< 3 cm (61)	2 (3,28%)	59 (96,72%)
Thời gian phẫu thuật		
≥ 30 phút (6)	3 (50%)	3 (50%)
< 30 phút (60)	1 (1,67%)	59 (98,33%)

Cấy nước tiểu hậu phẫu có mọc vi khuẩn liên quan đến kích thước bươu lớn và thời gian phẫu thuật kéo dài ($p < 0,05$); trong khi khác biệt liên quan đến số lượng bươu không có ý nghĩa thống kê.

Về triệu chứng sốt sau phẫu thuật:

	Chúng tôi	T.T. Huân [1]	Baten [4]	Verzotti [24]	Rizzo [19]
Sốt (%)	0%	3,12%	1,6%	2,69%	4,16%

Lí giải về tỉ lệ nhiễm khuẩn rất thấp trong NC này so với những tác giả khác, có thể là do trong tiêu chuẩn chọn mẫu đầu vào, các NC khác không loại bỏ những BN có các yếu tố mang tính nguy cơ, NC của chúng tôi đưa ra thêm những tiêu chuẩn chọn mẫu như là bướu nhỏ hơn 3cm, ít hơn 3 bướu để tăng thêm tính an toàn và giảm thời gian phẫu thuật, qua đó giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu cho BN. NC của T.T. Huân [1] cũng đề cập đến tình trạng cây nước tiểu sau mổ có mọc vi khuẩn (3 TH) và sốt hậu phẫu (1 TH) liên quan chặt chẽ đến thời gian phẫu thuật kéo dài trên 30 phút, và cần phải hết sức thận trọng đối với các yếu tố như bướu có mô hoại tử, bệnh nền đái tháo đường kèm theo.

Thời gian lưu thông niệu đạo và thời gian nằm viện

Tất cả BN được rút thông NĐ sớm, trong vòng 2 ngày sau phẫu thuật, trung bình là 1,41 ngày; tương đương với NC của Baten [4] là 1,3 ngày. Số ngày nằm viện trong NC của chúng tôi lại dài hơn, trung bình là 1,88 ngày; so với 1,4 ngày. Điều này có thể được lý giải là do quyết định của phẫu thuật viên muốn theo dõi BN hậu phẫu lâu hơn sau khi rút thông NĐ.

V. KẾT LUẬN

Đối với các trường hợp phẫu thuật không có các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn hậu phẫu như bướu nhỏ, số lượng dưới 3 bướu và thời gian phẫu thuật không quá 30 phút, biến chứng nhiễm khuẩn niệu sau phẫu thuật không sử dụng kháng sinh dự phòng là rất thấp. Qua đó, nghiên cứu này có thể mở rộng thêm để đánh giá những tiêu chuẩn khác, hạn

chế tình trạng lạm dụng kháng sinh trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T.T. Huân, N.T. Vinh** (2023), “Đánh giá tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngả niệu đạo không sử dụng kháng sinh dự phòng”, Tạp chí Y học Việt Nam (525), tr700-706.
2. **Alsawyid BS. et al** (2013), “Antibiotic prophylaxis for transurethral urological surgery”, Urology Annals, Apr-June 2013, Vol 5, Issue 2.
3. **Babjuk M. et al** (2017), ”European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer”, EAU Guidelines 2017.
4. **Baten E. et al** (2019), “A prospective, randomized controlled trial regarding antimicrobial prophylaxis in transurethral resection of the bladder tumor (TURB): An interim analysis of the prophylaxis 001-trial”, Eur Urol Suppl 2019, 18(1), e772.
5. **Bonkat G. et al** (2017), “European Association of Urology Guidelines on Urological Infections”, EAU Guidelines 2017.
6. **Childs SJ** (1986), “Appropriate surgical prophylaxis in transurethral genitourinary surgery and potential reduction in nosocomial infections”, Urology ;27:415-20.
7. **Dall’Era MA, Walsh TJ, Krieger JN** (2007), “Infectious complications of urologic surgery” In Kevin R. Loughlin, editor(s). Complications of Urologic Surgery and Practice: Diagnosis, Prevention, and Management. New York: Informa; p. 1-16.
8. **Goldwasser B, Bogokowsky B, Nativ O, Sidi AA, Jonas P, Many M** (1983), “Urinary infections following transurethral

- resection of bladder tumors: Rate and source", *J Urol* 1983;129:1123-4.
9. **Grabe M** (2001), "Perioperative antibiotic prophylaxis in urology", *Curr Opin Urol* 2001;11:81-5.
 10. **Koch CG, Li L, Hixson E, Tang A, Gordon S, Longworth D, et al** (2013), "Is it time to refine? An exploration and simulation of optimal antibiotic timing in general surgery", *J Am Coll Surg* 2013;217: 628-35.
 11. **Kraklau DM, Wolf JS Jr** (1999), "Review of antibiotic prophylaxis recommendations for office-based urologic procedures", *Tech Urol* 1999;5:123-8.
 12. **Hendriks AJ, Strijbos WE, de Knijff DW, Kums JJ, Doesburg WH, Lemmens WA** (1999), "Treatment for extended-mid and distal ureteral stones: SWL or ureteroscopy? Results of a multicenter study", *J Endourol* 1999;13:727-33.
 13. **McDonald M, Grabsch E, Marshall C, Forbes A** (1998), "Single- versus multiple-dose antimicrobial prophylaxis for major surgery: a systematic review", *Aust N Z J Surg* 1998;68:388-96.
 14. **Morris MJ, Golovsky D, Guinness MD, Maher PO** (1976), "The value of prophylactic antibiotics in transurethral prostatic resection: A controlled trial, with observations on the origin of postoperative infection", *Br J Urol* 1976;48:479-84.
 15. **Rané A, Cahill D, Saleemi A, Montgomery B, Palfrey E** (2001), "The issue of prophylactic antibiotics prior to flexible cystoscopy", *Eur Urol* 2001; 39:212-4.
 16. **Rao PN, Dube DA, Weightman NC, Oppenheim BA, Morris J** (1991), "Prediction of septicemia following endourological manipulation for stones in the upper urinary tract", *J Urol* 1991; 146:955-60.
 17. **Raz R, Almog D, Elhanan G, Shental J** (1994), "The use of ceftriaxone in the prevention of urinary tract infection in patients undergoing transurethral resection of the prostate (TUR-P)", *Infection* 1994;22:347-9.
 18. **Reuter MA, Reuter HJ** (1998), "The development of the cystoscope", *J Urol* 1998;159:638-40.
 19. **Rizzo M et al** (2019), "Do not use antimicrobial prophylaxis before routine transurethral resection of the bladder tumor", *Eur Urol Suppl* 2019, 18(1), e50.
 20. **Togo Y, Tanaka S, Kanematsu A, Ogawa O, Miyazato M, Saito H, et al** (2013), "Antimicrobial prophylaxis to prevent perioperative infection in urological surgery: a multicenter study", *J Infect Chemother* 2013;19:1093-101.
 21. **Qiang W, Jianchen W, MacDonald R, Monga M, Wilt TJ** (2005) "Antibiotic prophylaxis for transurethral prostatic resection in men with preoperative urine containing less than 100,000 bacteria per ml: A systematic review", *J Urol* 2005;173:1175-81.
 22. **Puppo P, Ricciotti G, Bozzo W, Introini C** (1999), "Primary endoscopic treatment of ureteric calculi", A review of 378 cases, *Eur Urol* 1999;36:48-52.
 23. **Symes JM, Hardy DC, Sutherns K, Blandy JP** (1972), "Factors reducing the rate of infection after transurethral surgery", *Br J Urol* 1972;44:582-6.
 24. **Verzotti E. et al** (2018), "Do we really need systematic use of antimicrobial prophylaxis before transurethral resection of bladder tumor?", *Journal of Endourology*, Volume 34, Issue 2, 198-202.
 25. **Yamamoto S. et al** (2016), "Antimicrobial Prophylaxis in Urological Surgery", *Urogenit Tract Infect* 2016;11(3):77-85.

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM R.I.R.S TRONG DỰ ĐOÁN SẠCH SỎI SAU NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG BẰNG ỚNG MỀM TÁN SỎI ĐÀI THẬN BẰNG LASER

Phạm Ngọc Hùng¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Trương Văn Cẩn¹
Nguyễn Kim Tuấn¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹, Trương Minh Tuấn¹
Hoàng Vương Thắng¹, Lê Nguyên Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Ứng dụng thang điểm R.I.R.S để dự đoán khả năng sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu được thực hiện tại BVTW Huế gồm 98 bệnh nhân với 116 đơn vị thận và 223 viên sỏi đài thận được điều trị bằng nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser từ tháng 5/2019 đến tháng 3/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình 58.7 ± 12.1 ; 29.6% trường hợp vào viện do sỏi sỏi sau các phẫu thuật trước đó. Sỏi đài thận trên và giữa chiếm 57.4%, sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới > 30o chiếm 19.3% và sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới < 30o chiếm 23,3%. Kích thước sỏi đài thận trung bình $10,2 \pm 3,8$ mm. Điểm R.I.R.S trung bình là 5.9 ± 1.3 ; Tỷ lệ sạch sỏi của sỏi đài thận là 88.8%. Tỷ lệ sạch sỏi của từng nhóm sỏi có điểm R.I.R.S là 4,5,6,7,8,9 và 10 lần lượt là 96.7%, 95.7%, 91.4%, 84.4%, 64.7%, 50.00% và 33.33% (sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p=0.000$).

Kết luận: Thang điểm R.I.R.S có ý nghĩa trong việc ứng dụng dự đoán sạch sỏi đài thận sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser, giúp cho phẫu thuật viên lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân.

Từ khóa: sỏi đài thận, RIRS, ống soi mềm, thang điểm R.I.R.S

SUMMARY

R.I.R.S. SCORING SYSTEM FOR THE PREDICTION OF THE STONE -FREE RATE AFTER RETROGRADE INTRARENAL SURGERY FOR TREATMENT OF CALYCEAL STONE

Objectives: To predict of the stone – free rate (SFR) in patients underwent retrograde intrarenal surgery (RIRS) for treatment of calyceal stone by using the R.I.R.S scoring system.

Methods: A prospective cohort study was performed in 98 patients with 116 kidneys and 223 calyceal stones were treated with single-use digital flexible ureteroscopes at Hue central hospital from May 2019 to March 2023

Results: Median age was 58.7 ± 12.1 ; 29.6% case was residual stone fragments after surgeries or other unsuccessful procedures. Middle- upper calyceal stone was 57.4%, lower calyceal stone with RIPA > 30o was 19.3% and lower calyceal stone with RIPA < 30o was 23.3%. Median length of the stone was 10.2 ± 3.8 mm. Mean

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phan Hữu Quốc Việt

ĐT: 0772411447

Email: quocvietphanhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 14/6/2023

R.I.R.S score was 5.9 ± 1.3 ; SFR of each calyceal stone was 88.8%. SFR of calyceal stone groups which have 4,5,6,7,8,9 and 10 points of R.I.R.S score was 96.7%, 95.7%, 91.4%, 84.4%, 64.7%, 50.00% and 33.33% respectively (the difference is statistically significant with $p < 0.05$).

Conclusion: This study showed that the R.I.R.S scoring system can be applied in predicting the stone – free rate after retrograde intrarenal surgery for treatment of calyceal stone, it can be helpful to the surgeon in choosing the optimal treatment option for the patient.

Keywords: calyceal stone, RIRS, flexible ureterorenoscopy, R.I.R.S scoring system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp trên thế giới và ở nước ta. Hiện nay ở Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 45-50% bệnh lý tiết niệu, trong đó sỏi thận chiếm khoảng 70-75% [1]. Sỏi gây tắc đường tiết niệu, gây nhiễm khuẩn và suy thận, gây nguy hại sức khỏe và tính mạng người bệnh.

Cho đến những năm đầu 1980, phẫu thuật mở là phương pháp điều trị chủ yếu của sỏi thận. Ngày nay, sự phát triển rộng rãi của các phương tiện kỹ thuật hình ảnh và dụng cụ nội soi đã đem lại nhiều thay đổi trong điều trị sỏi thận. Tại các nước phát triển, các phương pháp điều trị ít xâm lấn dần thay thế phẫu thuật mở và phẫu thuật mở chỉ còn được thực hiện trong 1,5% đến 4% các trường hợp [2-4].

Một trong những vấn đề tồn tại trong điều trị sỏi thận là điều trị các sỏi ở đài thận đặc biệt là các sỏi còn sót lại sau phẫu thuật hoặc sau các thủ thuật khác không thành công như tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi thận qua da, sỏi niệu quản chạy lên thận sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống cứng. Nhiều tác giả trong và ngoài nước đã cố gắng

sử dụng các phương pháp khác nhau để có thể giảm thiểu tình trạng sót sỏi cũng như điều trị những sỏi ở các vị trí khó tiếp cận. Phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm tán sỏi thận (RIRS) đã cho thấy hiệu quả cao và an toàn trong điều trị sỏi đài thận nên ngày càng được các phẫu thuật viên tiết niệu lựa chọn. Mặc dù các hướng dẫn điều trị sỏi tiết niệu hiện tại khuyến nghị RIRS cho sỏi thận nhỏ hơn 20 mm [5], tuy nhiên ngoài kích thước sỏi còn có các yếu tố khác ảnh hưởng đến sự thành công của phương pháp này. Vậy làm thế nào để lựa chọn phương pháp phẫu thuật tối ưu? RIRS hay tán sỏi thận qua da (PCNL)? Để giải quyết vấn đề này, năm 2017, tác giả Xiao và cộng sự đã đưa ra thang điểm R.I.R.S với bốn thông số khác nhau: tỷ trọng sỏi (độ HU), vị trí sỏi, gánh nặng sỏi và chiều dài đài thận (RIL). Tổng số điểm có thể dao động từ 4 đến 10 điểm. Điểm càng cao, sỏi càng phức tạp và tỷ lệ sạch sỏi càng thấp. Một số nghiên cứu trên thế giới gần đây đã áp dụng thang điểm R.I.R.S [6]. Với mong muốn sử dụng thang điểm này trong điều kiện của Việt Nam để dự đoán sạch sỏi và góp phần thêm số liệu lâm sàng vào lĩnh vực điều trị sỏi thận, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “Ứng dụng thang điểm R.I.R.S trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser” với 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân sỏi đài thận được điều trị bằng nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi thận bằng laser.

2. Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng được điều trị bằng nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser và ứng dụng thang điểm R.I.R.S trước phẫu thuật để dự đoán tỷ lệ sạch sỏi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 98 bệnh nhân với 116 đơn vị thận và 223 viên sỏi đài thận được điều trị nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi thận bằng ống soi mềm tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 5/2019 đến tháng 3/2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tắc nghẽn đường niệu: hẹp niệu đạo, hẹp niệu quản, bệnh lý khúc nối bể thận niệu quản, thận ứ nước độ 4.

- 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)

- Sỏi thận trên bệnh nhân có gù vẹo, dị dạng cột sống

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu.

- Tiến hành nghiên cứu: mỗi bệnh nhân đều được hỏi bệnh và ghi nhận các thông tin trong bệnh án theo mẫu phiếu điều tra thống nhất do người nghiên cứu thực hiện.

- Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trước phẫu thuật để đánh giá tính chất sỏi đài thận bao gồm: vị trí sỏi, góc bể thận đài dưới, kích thước sỏi, đo tỷ trọng sỏi (HU). Mỗi viên sỏi đài thận đều được tính điểm theo thang điểm R.I.R.S.

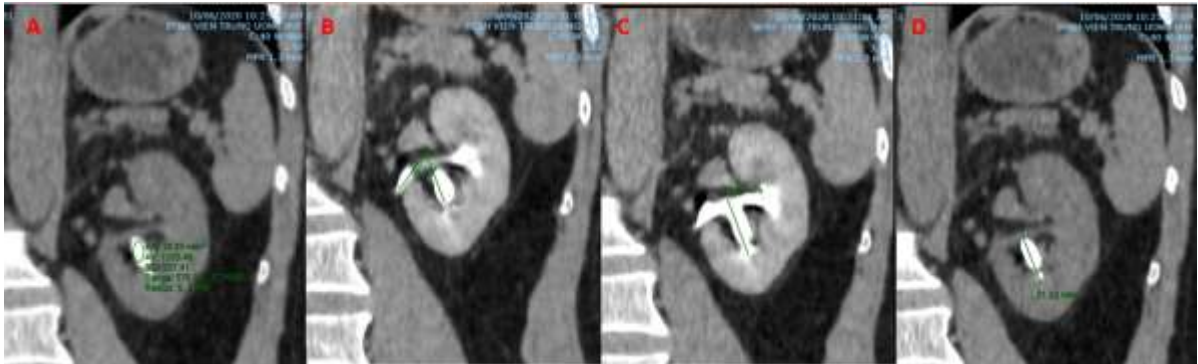
- Đánh giá trong quá trình phẫu thuật và đánh giá kết quả sạch sỏi của từng viên sỏi đài thận sau 1 tháng: dựa trên phim hệ tiết niệu không chuẩn bị hoặc siêu âm: không còn thấy vết cản quang tại vị trí sỏi thận, nếu trước mổ là sỏi thận cản quang hoặc mảnh sỏi (hoặc đám sỏi) còn lại có đường kính lớn nhất ≤ 4 mm [7].

Thang điểm R.I.R.S:

Hệ thống thang điểm R.I.R.S được tác giả Xiao và cộng sự đưa ra vào năm 2017 để dự đoán khả năng sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi thận bao gồm 4 thông số của sỏi được đánh giá dựa vào phim CLVT trước mổ và được tính điểm như sau [6]:

Tỷ trọng sỏi	<1000 HU	1 điểm
	>1000 HU	2 điểm
Góc bể thận-dài dưới	Không phải sỏi đài dưới	1 điểm
	Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới (RIPA) $>30^\circ$	2 điểm
	Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới (RIPA) $<30^\circ$	3 điểm
Chiều dài đài thận (RIL)	< 25 mm	1 điểm
	> 25 mm	2 điểm
Kích thước sỏi	< 10 mm	1 điểm
	10 – 20 mm	2 điểm
	> 20 mm	3 điểm

Tổng số điểm có thể dao động từ 4 đến 10 điểm. Điểm càng cao, sỏi càng phức tạp và tỷ lệ sạch sỏi càng thấp.



Hình 1. A: tỷ trọng sỏi 1385 HU (2 điểm); B: sỏi đài dưới có RIP=56° (2 điểm); C: RIL=25,9mm (2 điểm); D: kích thước sỏi: 21,2mm (3 điểm)

Quy trình kỹ thuật:

- Bệnh nhân được gây mê toàn thân
- Tư thế sản khoa
- Soi bàng quang, rút đầu thông JJ, đưa đầu dây dẫn lên bể thận
- Đặt giá đỡ niệu quản trượt đồng trục với dây dẫn
- Đưa đầu ống soi mềm vào trong lòng của giá đỡ niệu quản
- Xác định vị trí sỏi, ước lượng kích thước sỏi, số lượng các viên sỏi.

- Dùng dây dẫn Holmium Laser 230 μ m, lồng vào trong vỏ bảo vệ Laser cải tiến, đưa qua kênh thao tác của ống soi mềm vào thận tiếp cận và tán sỏi.

- Ngay trong mổ phẫu thuật viên đánh giá là các vụn sỏi ≤ 4 mm trên quang trường nội soi (so sánh với dây dẫn Laser, so sánh với kích thước ống soi dưới C-arm) hoặc không thấy mảnh sỏi sót trên màn tăng sáng C-arm.

Xử lý số liệu: được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân (n=98)

Đặc điểm chung	Giá trị
Tuổi (năm)	
Trung bình	58.7 $\pm$ 12.1 (21 – 79)
18 – 60	70.4 %
Giới	
Nam	60.2 %
Nữ	39.8 %
Lý do đến khám	
Đau thắt lưng	59.2 %
Sốt	4.1 %
Sốt sỏi sau PCNL	11.2 %
Sốt sỏi sau NSNQ	8.2 %
Sốt sỏi sau TSNCT	4.1 %
Sốt sỏi sau MLS thận	6.1 %
Phát hiện tình cờ	7.1 %

98 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu này. Tuổi trung bình là 58.7 ± 12.1 (21 - 79). Nam chiếm 60.2% và nữ chiếm 39.8%; 59.2% bệnh nhân nhập viện do đau thắt lưng và 29.6% trường hợp là do các mảnh sỏi sót lại sau các ca phẫu thuật trước đó.

3.2. Đặc điểm sỏi đài thận trên phim CLVT

Bảng 3.2. Đặc điểm sỏi đài thận trên phim CLVT (n=223)

Đặc điểm sỏi đài thận	Giá trị
Tỷ trọng sỏi (HU)	
<1000	66.4%
>1000	33.6%
Trung bình	1254.1 ± 293.4
Góc bể thận đài dưới	
Không phải sỏi đài dưới	57.4%
Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới $>30^\circ$	19.3%
Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới $<30^\circ$	23.3%
Chiều dài đài thận (mm)	
<25	52.5%
>25	47.5%
Trung bình	23.53 ± 5.36
Kích thước sỏi	
<10mm	64.6%
10-20mm	31.8%
>20mm	3.6%
Trung bình	10.2 ± 3.8
Tổng điểm R.I.R.S	
4 điểm	13.5%
5 điểm	31.4%
6 điểm	26.0%
7 điểm	18.4%
8 điểm	7.6%
9 điểm	1.8%
10 điểm	1.3%
Trung bình	5.9 ± 1.3

Tổng điểm R.I.R.S trung bình là 5.9 ± 1.3 , trong đó chủ yếu phân bố trong nhóm điểm 5-7.

3.3. Tỷ lệ sạch sỏi đài thận sau RIRS

Bảng 3.3. Tỷ lệ sạch sỏi đài thận sau RIRS (n=223)

Sạch sỏi	n	Tỷ lệ (%)
Có	198	88.8
Không	25	11.2
Tổng	223	100

Tỷ lệ sạch sỏi đài thận sau RIRS là 88.8%

3.4. Mối liên quan giữa các đặc điểm sỏi đài thận trên CLVT và tỷ lệ sạch sỏi sau RIRS:**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tỷ trọng sỏi đài thận và tỷ lệ sạch sỏi (n=223)**

Kết quả Tỷ trọng	Sạch sỏi		Sốt sỏi		Tổng	p = 0.524 > 0,05 (Fisher Exact test)
	n	%	n	%		
< 1000 HU	131	88.5	17	11.5	148	
> 1000HU	67	89.3	8	10.7	75	
Tổng	198	88.8	25	11.2	223	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi giữa các nhóm tỷ trọng sỏi là không có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa vị trí sỏi đài thận và tỷ lệ sạch sỏi (n=223)

Kết quả Vị trí	Sạch sỏi		Sốt sỏi		Tổng	p = 0.000 < 0.05 (Chi - Square test)
	n	%	n	%		
Sỏi đài trên hoặc giữa	124	96.9	4	3.1	128	
Sỏi đài dưới có RIPA > 30°	37	86.0	6	14.0	43	
Sỏi đài dưới có RIPA < 30°	37	71.2	15	28.8	52	
Tổng	198	88.8	25	11.2	223	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi giữa các nhóm vị trí sỏi là có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa chiều dài cổ đài thận và tỷ lệ sạch sỏi (n=223)

Kết quả RIL	Sạch sỏi		Sốt sỏi		Tổng	p = 0.008 < 0.05 (Fisher Exact test)
	n	%	n	%		
RIL < 25 mm	110	94.0	7	6.0	117	
RIL > 25 mm	88	83.0	18	17.0	106	
Tổng	198	88.8	25	11.2	223	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi giữa các nhóm chiều dài cổ đài thận là có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa kích thước sỏi đài thận và tỷ lệ sạch sỏi (n=223)

Kết quả Kích thước	Sạch sỏi		Sốt sỏi		Tổng	p = 0.041 < 0.05 (Chi - Square test)
	n	%	n	%		
<10mm	131	91.0	13	9.0	144	
10-20mm	62	87.3	9	12.7	71	
>20mm	5	62.5	3	37.5	8	
Tổng	198	88.8	25	11.2	223	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi giữa các nhóm kích thước sỏi là có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa tổng điểm R.I.R.S và tỷ lệ sạch sỏi (n=223)

Kết quả Điểm R.I.R.S	Sạch sỏi		Sốt sỏi		Tổng	p = 0.000 < 0.05 (Chi - Square test)
	n	%	n	%		
4	29	96.7	1	3.3	30	
5	67	95.7	3	4.3	70	
6	53	91.4	5	8.6	58	
7	35	85.4	6	14.6	41	
8	11	64.7	6	35.3	17	
9	2	50.0	2	50.0	4	
10	1	33.3	2	66.7	3	
Tổng	198	88.8	25	11.2	223	

Sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi giữa các nhóm điểm R.I.R.S là có ý nghĩa thống kê

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình 58.7 ± 12.1 tuổi, tuổi nhỏ nhất 21 và lớn nhất là 79. Tuổi từ 18 - 60 chiếm 70.4%. Trong đó tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (1.5). Kết quả này tương tự như kết quả của tác giả trong nước Phan Trường Bảo (2016), thực hiện NSM cho 60 trường hợp với tuổi trung bình 53.2 ± 10.7 (nhỏ nhất 27 tuổi, lớn nhất 75 tuổi) [8].

Nghiên cứu của tác giả Cong Wang và cộng sự (2021), RIRS điều trị sỏi đài thận, tuổi trung bình là 52 tuổi, trong đó nam chiếm 78.9% và nữ có chiếm 21.1% [9]. Nghiên cứu RIRS điều trị sỏi đài thận dưới của tác giả Dor Golomb và cộng sự (2023), nhóm bệnh nhân có tuổi trung bình là 53.8 tuổi, nam chiếm tỷ lệ 53.8% [10]. Nghiên cứu của Herrera- Carlo Giulioni và cộng sự trên 2946 bệnh nhân RIRS điều trị sỏi đài thận dưới (2023) là 49.9 tuổi, nam giới chiếm 65.9%[11].

Bệnh nhân vào viện vì đau hông với 58 trường hợp (59.2 %), nhóm bệnh nhân vào viện với lý do hẹn tái khám của kỹ thuật trước để giải quyết tiếp nguyên nhân sỏi với 29 trường hợp (29.6%). Các phương pháp được thực hiện trước đó như là: sỏi chạy lên thận sau tán sỏi niệu quản (8; 8.2%), tán sỏi thận qua da (11; 11.2%), mổ lấy sỏi thận (6; 6.1%).

Trong nghiên cứu hồi cứu của tác giả Yinglong Xiao (2017), trường hợp thất bại các kỹ thuật xâm nhập tối thiểu niệu khoa khác đã được chỉ định RIRS gồm: LSQD (29; 7.6%), NSNQ (36; 9.4%), TSNCT (13; 3.4%) [6].

4.2. Ứng dụng thang điểm R.I.R.S trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu

quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser

Trong phạm vi bài báo cáo này chúng tôi chủ yếu bàn luận về ứng dụng thang điểm R.I.R.S trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi đài thận bằng laser. Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam kiểm định lại thang điểm R.I.R.S để tiên đoán tỷ lệ sạch sỏi ở bệnh nhân có sỏi đài thận được điều trị bằng RIRS. Theo nghiên cứu của chúng tôi, RIRS là phẫu thuật có hiệu quả trong điều trị sỏi đài thận. Chúng tôi đạt tỷ lệ sạch sỏi cho từng viên sỏi đài thận sau 1 tháng là 88.8%, đa số các tác giả trên thế giới đều đạt tỷ lệ sạch sỏi chung cao trên 80% như: Miernik (2012): 96.7% [12], Resorlu (2012): 86% [13], Dor Golomb (2023): 94.8% [10]. Tỷ lệ sạch sỏi này là tương đương với phương pháp lấy sỏi thận qua da nhưng ít tai biến và biến chứng hơn.

Thang điểm R.I.R.S được tác giả Xiao và cộng sự đưa ra vào năm 2017 nhằm tiên đoán khả năng sạch sỏi sau R.I.R.S dựa trên bốn thông số được đánh giá bằng CLVT trước mổ: tỷ trọng sỏi (độ HU), vị trí sỏi, gánh nặng sỏi và chiều dài đài thận (RIL). Tổng số điểm có thể dao động từ 4 đến 10 điểm. Điểm càng cao, sỏi càng phức tạp và tỷ lệ sạch sỏi càng thấp [6].

4.2.1. Tỷ trọng sỏi

Tỷ trọng sỏi được tính bằng đơn vị Hounsfield (HU) trên chụp CLVT, tỷ trọng sỏi giúp đánh giá được độ cứng của sỏi, sỏi có tỷ trọng càng cao thì càng khó tán vỡ. Tuy nhiên, công suất của máy tán laser ngày càng được nâng cao khiến cho việc tán các viên sỏi cứng ngày nay đã dễ dàng hơn. Sỏi có tỷ trọng thấp tuy dễ tán nhưng cần thận trọng vì thường là sỏi struvite hình thành do nhiễm trùng đường tiết niệu từ vi khuẩn. Ngoài

thang điểm R.I.R.S, tỷ trọng sỏi còn được sử dụng trong thang điểm S.T.O.N.E (2013) để định lượng mức độ phức tạp của sỏi thận [14] hay được sử dụng để chỉ định điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể cho sỏi có tỷ trọng <1000 HU [15]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi đài thận có tỷ trọng trung bình 1254.1 ± 293.4 HU, trong đó sỏi có tỷ trọng < 1000 HU chiếm 66.4% và > 1000 HU chiếm 33.6% (Bảng 3.2).

Tỷ lệ sạch sỏi của nhóm sỏi đài thận có tỷ trọng < 1000 HU và > 1000 HU lần lượt là 88.5% và 89.3%, sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p=0.524$ (Bảng 3.4). Hay nói cách khác tỷ trọng sỏi không liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi. Điều này có thể giải thích do công suất máy laser ngày nay đủ lớn để có thể dễ dàng tán vỡ sỏi ngay cả khi sỏi có tỷ trọng cao.

4.2.2. Vị trí sỏi đài thận và chiều dài đài thận

Đối với phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm tán sỏi thận bằng laser, việc tiếp cận được sỏi được xem là điều tiên quyết để tán sỏi thành công. Trong đó 2 yếu tố thuộc về giải phẫu của thận ảnh hưởng trực tiếp đến việc tiếp cận sỏi là góc bể thận đài dưới và chiều dài cổ đài thận. Hầu hết sỏi nằm ở đài trên và đài giữa có thể được tiếp cận dễ dàng bằng ống soi mềm mà không cần gấp máy quá nhiều và sau khi tán sỏi các mảnh sỏi cũng dễ dàng được đào thải ra ngoài. Trong khi đó sỏi nằm ở đài dưới lại khó tiếp cận hơn nhiều bởi góc giữa bể thận và đài dưới thường là góc nhọn do đó để tiếp cận sỏi nằm ở đài dưới cần phải gấp máy nhiều hơn, góc này càng nhỏ thì việc tiếp cận và việc đào thải sỏi càng khó khăn. Chiều dài cổ đài thận cũng ảnh hưởng đến việc tiếp cận sỏi, chiều dài cổ đài thận lớn

có thể cản trở việc thao tác của ống soi mềm và tiếp cận sỏi đài thận.

Nghiên cứu của tác giả Geavlete (2008) cho thấy ảnh hưởng của giải phẫu hệ thống đài bể thận đến tỷ lệ thành công của kỹ thuật RIRS qua nghiên cứu trên 47 bệnh nhân sỏi đài thận. Tỷ lệ thành công là 87.5% (7/8 bệnh nhân) ở những bệnh nhân với góc đài dưới bể thận rộng hơn 90° , 74.3 % (26/35 bệnh nhân) khi góc này dao động trong khoảng 30° và 90° , và 0% (0/4 bệnh nhân) ở những bệnh nhân với góc nhỏ hơn 30° . Ở những bệnh nhân với góc này giữa 30° và 90° , tỷ lệ thành công 88.2% khi chiều dài của cổ đài dưới ngắn hơn 3 cm và chỉ có 61.1% khi cổ đài dưới trên 3 cm [16].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sạch sỏi của nhóm sỏi đài thận trên-giữa, nhóm sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới > 30° và nhóm sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới < 30° lần lượt là 96.9%, 86.0% và 71.2% sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p=0.000$ (bảng 3.5). Trong khi đó, tỷ lệ sạch sỏi của nhóm sỏi đài thận có chiều dài cổ đài thận < 25mm và > 25mm lần lượt là 94.0% và 83.0% sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p=0.008$ (bảng 3.6). Như vậy, các yếu tố về giải phẫu đài thận là góc bể thận đài dưới và chiều dài đài thận ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi sau RIRS.

4.2.3. Kích thước sỏi

Kích thước sỏi là yếu tố quan trọng tiên lượng khả năng sạch sỏi trong các phương pháp tán sỏi khác nhau như URS, PCNL, RIRS... Hầu hết các khuyến cáo điều trị sỏi đều khuyến nghị sử dụng phương pháp RIRS cho các viên sỏi thận < 20mm, tuy nhiên với sự phát triển của máy tán sỏi laser và kinh nghiệm của phẫu thuật viên mà một số trường hợp sỏi thận > 20mm vẫn tán sỏi thành công bằng phương pháp RIRS. Sỏi

càng lớn đồng nghĩa với thời gian tán càng lâu làm tăng nguy cơ nhiễm trùng sau mổ thêm vào đó nhiều mảnh sỏi nhỏ sau tán sẽ che lấp các mảnh sỏi lớn làm tăng nguy cơ sót sỏi và tăng thời gian đào thải sỏi sau mổ.

Trong nghiên cứu này, 64.6% sỏi < 10mm, 31.8% sỏi 10 – 20mm và 3.6% sỏi >20mm; Tỷ lệ sạch sỏi tương ứng của các

nhóm kích thước này lần lượt là 91.0%, 87.3% và 62.5%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p=0.041$ (bảng 3.7).

4.2.4. Ứng dụng thang điểm R.I.R.S

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm R.I.R.S được tính cho từng viên sỏi đài thận. Có tổng cộng 223 viên sỏi đài thận và điểm R.I.R.S trung bình là 5.9 ± 1.3 .

Bảng 4.1. So sánh phân bố điểm R.I.R.S với các tác giả khác

Tác giả \ Điểm	4	5	6	7	8	9	10
Yinglong Xiao (n=382) [6]	12%	18.1%	26.4%	18.8%	9.9%	11.0%	3.7%
Cong Wang (n=147) [9]	0.7%	6.1%	20.4%	25.2%	26.5%	16.3%	4.8%
NC chúng tôi (n=223)	13.5%	31.4%	26.0%	18.4%	7.6%	1.8%	1.3%

Phân bố điểm R.I.R.S trong nghiên cứu này chủ yếu tập trung trong nhóm điểm 5-7 tương tự với nghiên cứu của tác giả Yinglong Xiao (2017) [6], trong khi nghiên cứu của tác giả Cong Wang (2021) phân bố chủ yếu nhóm điểm 6-8 [9].

Bảng 4.2. So sánh tỷ lệ sạch sỏi của từng nhóm điểm R.I.R.S với tác giả khác

Tác giả	Tỷ lệ sạch sỏi theo từng nhóm điểm R.I.R.S						
	4	5	6	7	8	9	10
Yinglong Xiao (n=382) [6]	100%	98.6%	92.1%	69.4%	42.1%	19.0%	0%
Cong Wang (n=147) [9]	100%	88.9%	86.7%	81.1%	74.4%	41.7%	14.3%
NC chúng tôi (n=223)	96.7%	95.7%	91.4%	85.5%	64.7%	50.0%	33.3%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sạch sỏi của từng nhóm điểm R.I.R.S có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0.000$ (bảng 3.7) với điểm càng cao tỷ lệ sạch sỏi càng thấp. Trong đó nhóm điểm 4-7 có tỷ lệ sạch sỏi cao hơn rõ rệt so với nhóm điểm 8-10 tương tự với nghiên cứu của tác giả Yinglong Xiao [6] và tác giả Cong Wang [9].

V. KẾT LUẬN

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang điểm R.I.R.S là có ý nghĩa trong việc ứng dụng dự đoán sạch sỏi đài thận sau RIRS. Trong đó sỏi đài thận có điểm 4-7 cho tỷ lệ sạch sỏi cao >85% trong khi sỏi đài thận có điểm 8-10 cho tỷ lệ sạch sỏi thấp <65%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoang Long**, Urolithiasis. Lectures on surgical pathology 2013. 203-204.
- Bilgasem S., et al.**, Removal of asymptomatic ipsilateral renal stones following rigid ureteroscopy for ureteral stones. Journal of Endourology, 2003. 17(6): p. 397-399.
- Carpentier X, Meria P, and Bensalah K**, Mise au point sur la prise en charge des calculs du rein en 2013. Comité Lithiase de l'Association française d'urologie. Prog. Urol, 2014. 24: p. 319-326.
- Herrera-Gonzalez G., Netsch C., and e.a. Oberhagemann K.**, Effectiveness of single flexible ureteroscopy for multiple renal

- calculi. *Journal of Endourology*, 2011. 25(3): p. 431-435.
5. **Türk C, Petrik A, and Sarica K et al**, EAU guidelines on interventional treatment urolithiasis. *Eur. Urol*, 2019. 69(3): p. 475-82.
 6. **Xiao, Y., et al.**, The R.I.R.S. scoring system: An innovative scoring system for predicting stone-free rate following retrograde intrarenal surgery. *BMC Urol*, 2017. 17(1): p. 105.
 7. **Deters L.A. and et al**, Evaluating the definition of “stone free status” in contemporary urologic literature. *Clin Nephrol*, 2011: p. 76:354-7.
 8. **Bao, P.T.**, Evaluation of results of treatment of kidney stones with flexible ureteroscopes 2016.
 9. **Wang, C., et al.**, External validation of the R.I.R.S. scoring system to predict stone-free rate after retrograde intrarenal surgery. *BMC Urol*, 2021. 21(1): p. 33.
 10. **Golomb, D., et al.**, Retrograde intrarenal surgery for lower pole stones utilizing stone displacement technique yields excellent results. *Asian J Urol*, 2023. 10(1): p. 58-63.
 11. **Giulioni, C., et al.**, The efficacy of retrograde intra-renal surgery (RIRS) for lower pole stones: results from 2946 patients. *World J Urol*, 2023.
 12. **Miernik A., et al.**, Standardized flexible ureteroscopic technique to improve stone. *Urology*, 2012. 80(6): p. 1198-1202.
 13. **Resorlu B., et al.**, The impact of pelvicaliceal anatomy on the success of retrograde intrarenal surgery in patients with lower pole renal stones. *Urology Journal*, 2012. 79(1): p. 61-66.
 14. **Okhunov Z., et al.**, S.T.O.N.E. Nephrolithometry: Novel Surgical Classification System for Kidney Calculi. *Urology*, 2013. 81(6): p. 1154–1160.
 15. **El-NahasAR, et al.**, A prospective multivariate analysis of factors predicting stone disintegration by extracorporeal shock wave lithotripsy: the value of high-resolution noncontrast computed tomography *Eur Urol*, 2007. 51: p. 1688 – 93
 16. **Geavlete, P., R. Multescu, and B. Geavlete**, Influence of Pyelocaliceal Anatomy on the Success of Flexible Ureteroscopic Approach. *Journal of Endourology*, 2008. 22(10): p. 2235-2239.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D XUYÊN PHỨC MẠC CẮT TUYẾN THƯỢNG THẬN

Phạm Ngọc Hùng¹, Trương Minh Tuấn¹, Trương Văn Cần¹
Nguyễn Kim Tuấn¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹
Hoàng Vương Thắng¹, Lê Nguyên Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc cắt tuyến thượng thận.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, gồm 38 bệnh nhân u tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật, thời gian nghiên cứu từ tháng 04/2020 đến tháng 12/2022 tại khoa Ngoại Thận Tiết niệu – Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $42,5 \pm 5,1$ tuổi. Lý do vào viện thường gặp là đau thắt lưng chiếm 39,5%. Tỷ lệ bệnh nhân phát hiện tình cờ là 23,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có cortisol máu tăng là 18,4%; tăng catecholamine là 7,9% và tăng aldosterone là 10,5%, hạ kali máu là 31,6%. Trên phim cắt lớp vi tính, kích thước trung bình của u là $30,5 \pm 9,2$ mm. Thời gian phẫu thuật trung bình là $108,8 \pm 12,3$ phút. không có trường hợp nào có tai biến trong mổ hay phải chuyển mổ mở. Các biến chứng sớm sau mổ bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ (5,3%) và tụ dịch (2,6%). Thời gian hậu phẫu trung bình là $5,5 \pm 1,9$ ngày. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ gặp u vỏ tuyến thượng thận với 81,6%. Ở thời điểm tái khám, 33/38 trường hợp không có triệu chứng (86,8%), theo dõi các xét nghiệm cận lâm sàng đều trong giới hạn bình thường.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc

mạc cắt tuyến thượng thận là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: u tuyến thượng thận, phẫu thuật nội soi 3D, phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF 3D LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL ADRENALECTOMY

Objective: The study aim to assess the outcomes of 3D laparoscopic transperitoneal adrenalectomy.

Methods: A prospective study consisted of 38 patients diagnosed with adrenal tumors who underwent 3D laparoscopic surgery at the Urology Department - Hue Central Hospital from April 2020 to December 2022.

Results: The mean age was 42.5 ± 5.1 years old. The most common reason for hospitalization was back pain, accounting for 39.5%. Adrenal incidentalomas was detected in 23.7% patients. The proportion of patients with elevated blood cortisol was 18.4%; increased catecholamine was 7.9%, increased aldosterone was 10.5% and hypokalemia was 31.6%. On computed tomography, the average tumor size was 30.5 ± 9.2 mm. The mean operation time was 108.8 ± 12.3 minutes. There were no cases of intraoperative complications or conversion to open surgery. Early postoperative complications included wound infection (5.3%) and fluid accumulation (2.6%). The mean postoperative hospital stay was 5.5 ± 1.9 days. Postoperative

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Trương Minh Tuấn

ĐT: 0708111632

Email: minhantuantruong1708@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 18/6/2023

pathological reports showed adrenocortical tumor with 81.6%. At the time of follow-up, 33/38 cases were asymptomatic (86.8%), followed-up on laboratory tests were within normal limits.

Conclusion: 3D Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy is a minimally invasive, safe and effective method.

Keywords: adrenal tumor, 3D laparoscopy, laparoscopic adrenalectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận là tuyến nội tiết có vai trò quan trọng trong hoạt động sống của cơ thể. Bệnh lý u tuyến thượng thận đặt ra những vấn đề khác nhau tùy thuộc vào bản chất của khối u là lành tính hay ác tính mà biểu hiện trên lâm sàng khác nhau [7], [9]. Năm 1992, Gagner là người đầu tiên thực hiện thành công phẫu thuật cắt bỏ u thượng thận qua nội soi mở ra trang mới trong lịch sử điều trị u tuyến thượng thận. Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt tuyến thượng thận đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị các khối u tuyến thượng thận [5]. Nhưng giới hạn lớn nhất của nội soi 2D tiêu chuẩn là thiếu chiều sâu và định hướng không gian vì phải thao tác trong một không gian 3 chiều nhưng lại thông qua màn hình 2 chiều [2]. Vì vậy các thiết bị nội soi 3D ra đời đã giúp phẫu thuật viên nhận biết tốt chiều sâu, xác định rõ các cấu trúc giải phẫu, thao tác chính xác, giảm thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất trong mổ và khả năng thành thạo kỹ thuật nhanh hơn so với nội soi 2D [2], [4]. Từ năm 2017, Bệnh viện Trung Ương Huế đã triển khai phẫu thuật nội soi 3D một cách thường quy. Tuy nhiên hiện nay chưa có nhiều các nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi 3D trong lĩnh vực tiết niệu nói chung, cũng như phẫu thuật cắt tuyến thượng thận nói riêng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết**

quả phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc cắt tuyến thượng thận”, với hai mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến thượng thận.
2. Đánh giá kết quả sớm điều trị u tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân u tuyến thượng thận tăng tiết hormone cortisol, aldosterone, androgen có kích thước < 7cm.
- U tuyến thượng thận kích thước < 7cm.
- U tuyến thượng thận không hoạt động nội tiết hoặc u nang tuyến thượng thận có kích thước ≥ 4 cm và < 7cm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý nội khoa nặng không có khả năng phẫu thuật: suy tim, suy thận nặng, xơ gan mất bù, rối loạn đông máu...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc. Nghiên cứu bao gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến thượng thận, thỏa mãn tiêu chuẩn chọn được phẫu thuật nội soi 3D cắt tuyến thượng thận tại Khoa Ngoại Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Huế, từ tháng 04/2020 đến tháng 12/2022.

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định dựa trên các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm sinh hóa định lượng các hormone tuyến thượng thận, kết hợp chụp cắt lớp vi tính để đánh giá về mặt hình ảnh học của khối u.

Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên thời gian phẫu thuật, các tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ và tỷ lệ chuyển mổ mở, kết quả sớm sau phẫu thuật. Tái khám bệnh nhân sau 1 tháng đánh giá sự cải thiện các triệu chứng và sự thay đổi các xét nghiệm sinh hóa sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến thượng thận****Bảng 1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng**

Đặc điểm		n	%
Tuổi	Trung bình $\pm$ SD	42,5 $\pm$ 5,1 (19 - 71)	
Triệu chứng	Phát hiện tình cờ	9	23,7
	Mệt mỏi	8	21,1
	Đau đầu	6	15,8
	Đau thắt lưng	15	39,5

Nhận xét: Phần lớn trường hợp bệnh nhân đến khám có triệu chứng với 77,3%.

Bảng 2. Đặc điểm sinh hoá máu

Xét nghiệm	n	%	Trung bình $\pm$ SD
Tăng cortisol máu	7	18,4	
Tăng renin máu	2	5,3	
Tăng catecholamine máu	3	7,9	
Tăng aldosterone máu	4	10,5	
Hạ kali	12	31,6	3,0 $\pm$ 0,7 (2,5 – 3,2)
Hạ natri	5	13,2	126,1 $\pm$ 4,3 (118 – 130)

Nhận xét: Có 17/38 trường hợp (44,8%) có thay đổi điện giải đồ trước phẫu thuật.

Bảng 3. Đặc điểm hình ảnh học trên chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm		n	%
Vị trí u	Phải	20	52,6
	Trái	18	43,4
Kích thước u (mm)	< 20	4	10,5
	20 - < 40	25	65,8
	40 - < 60	9	23,7
	Trung bình $\pm$ SD	30,5 $\pm$ 9,2 (10 – 52)	
Ngấm thuốc	Mạnh	3	7,9
	Kém/ ngoại vi	35	92,1

Nhận xét: Nhóm có kích thước khối u lớn hơn 20mm là 89,5%. Phần lớn kém ngấm thuốc hoặc ngấm thuốc ngoại vi với tỉ lệ là 92,1%.

3.2. Kết quả sớm điều trị u tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi 3d xuyên phúc mạc**Bảng 4. Kết quả điều trị**

Yếu tố		n	%
Chuyển mổ mở	Không	38	100
	Có	0	0
Biến chứng	Nhiễm khuẩn vết mổ	2	5,3
	Tụ dịch	1	2,6

Thời gian phẫu thuật (phút)	Trung bình $\pm$ SD	108,8 $\pm$ 12,3 (80 – 150)
Kết quả sớm (ngày)	Thời gian trung tiện	1,2 $\pm$ 0,4 (1-3)
	Thời gian giảm đau tĩnh mạch	1,4 $\pm$ 0,7 (1-3)
	Thời gian hậu phẫu	5,5 $\pm$ 1,9 (5-9)

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào xảy ra tai biến trong mổ cũng như phải chuyển mổ mở. Trung bình thời gian trung tiện, giảm đau và rút dẫn lưu sau mổ đều dưới 2 ngày.

Bảng 5. Giải phẫu bệnh sau mổ

Giải phẫu bệnh	n	%
U vỏ tuyến thượng thận	31	81,6
U tuỷ thượng thận	3	7,9
U mỡ tuỷ bào	2	5,3
U hạch thần kinh	1	2,6
U nang thượng thận	1	2,6

Nhận xét: U vỏ tuyến thượng thận chiếm tỉ lệ cao nhất với 81,6%.

Bảng 6. Triệu chứng lâm sàng tái khám

Triệu chứng	n	%
Không triệu chứng	34	89,5
Đau đầu	3	7,9
Đau thắt lưng	1	2,6

Nhận xét: Có 4 trường hợp (10,5%) còn các triệu chứng như đau đầu, đau thắt lưng

Về cận lâm sàng tái khám: Các chỉ số sinh hóa máu và điện giải đồ của tất cả bệnh nhân đều trong giới hạn bình thường; siêu âm đều chưa phát hiện bất thường, không có trường hợp nào có tụ dịch sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân u tuyến thượng thận

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 42,5 $\pm$ 5,1 tuổi (19 - 71 tuổi). Kết quả nghiên cứu, bệnh nhân có cortisol máu tăng với 18,4%; tăng catecholamine là 7,9% và tăng aldosterone là 10,5%. Điện giải đồ trước mổ có 12/38 trường hợp hạ kali trước mổ, không đáp ứng với điều trị nội bù kali. U TTT lành tính thường được phát hiện ở lứa tuổi trung

niên 40 - 60 tuổi [1], [9]. Tỷ lệ mắc u TTT chiếm khoảng 2% dân số, trong đó phát hiện tình cờ chiếm 85% và u hoạt động nội tiết chiếm khoảng 15% [7].

Trên phim cắt lớp vi tính, kích thước trung bình của u là 30,5 $\pm$ 9,2 mm, có 9 trường hợp có kích thước từ 40 - < 60 mm là u TTT được phát hiện tình cờ. Đặc điểm ngấm thuốc của u trên chụp cắt lớp vi tính có 3 trường hợp ngấm thuốc mạnh (chiếm 7,9%).

4.2. Kết quả sớm điều trị u tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc

4.2.1. Kết quả sớm điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình là 108,8 $\pm$ 12,3 phút (80 - 150 phút). Trong nghiên cứu không có trường hợp nào có tai biến trong mổ và phải chuyển mổ mở. Hệ thống 3D chất lượng cao giúp cảm nhận chiều sâu

và tầm nhìn lập thể tốt hơn, từ đó xác định các cấu trúc giải phẫu và giúp phẫu tích chính xác và kiểm soát tĩnh mạch thượng thận chính, tránh tác động nhiều vào tổ chức tuyến. Vì vậy hạn chế tối đa tình trạng tiết catecholamine quá mức và nguy cơ bị cơn tăng huyết áp kịch phát. Điều này giúp giảm tỷ lệ tai biến: tổn thương các mạch máu, mô xung quanh và chảy máu trong mổ [2], [8].

Các biến chứng sớm sau mổ bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ (5,3%) và tụ dịch ổ bụng thượng thận (2,6%). Trường hợp có ổ tụ dịch tại hố TTT sau mổ, bệnh nhân được lưu dẫn lưu 4 ngày, sau đó siêu âm kiểm tra hết ổ tụ dịch và ra viện sau 6 ngày điều trị. Nghiên cứu của Đỗ Trường Thành có 5 trường hợp suy TTT sau mổ (7,3%) [1]. Nghiên cứu của tác giả Bueno các biến chứng sớm gồm 1 trường hợp phải truyền máu do chảy máu và 3 trường hợp có các biến chứng liên quan đến hô hấp [3].

Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là $1,2 \pm 0,4$ ngày. Thời gian sử dụng giảm đau

tĩnh mạch là $1,4 \pm 0,7$ ngày. Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa của tác giả Coste (2017) là $2,7 \pm 1,2$ ngày (1–9). Tác giả nhận thấy ưu điểm của PTNS cắt u TTT là ít xâm lấn, ít tác động vào các tạng, nên ít đau sau mổ và thời gian phục hồi nhu động ruột cũng sớm hơn [6]. Về thời gian hậu phẫu trung bình là $5,5 \pm 1,9$ ngày, trường hợp dài nhất là 9 ngày do bệnh nhân này bị nhiễm khuẩn vết mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của Coste là $4,4 \pm 2,8$ ngày (1–32) [6].

4.2.2. Kết quả tái khám

Ở thời điểm tái khám, phần lớn bệnh nhân (34/38 trường hợp) không có triệu chứng. Nhóm bệnh nhân còn triệu chứng đau đầu (3/38) đều > 60 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp từ trước và trong thời gian theo dõi không ghi nhận cơn tăng huyết áp kịch phát, do vậy nghĩ nhiều đến nguyên nhân đau đầu do bệnh lý tăng huyết áp mạn tính, không liên quan đến bệnh lý u tuyến thượng thận.

So sánh kết quả nghiên cứu với các tác giả khác

Bảng 7. So sánh kết quả phẫu thuật với các tác giả

Tác giả	Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	Tai biến trong mổ (%)	Thời gian hậu phẫu (ngày)
Chúng tôi	PTNS 3D xuyên phúc mạc	$108,8 \pm 12,3$ (80-150)	0%	$5,5 \pm 1,9$ (5-10)
Nguyễn Thành Vinh (2020)	PTNS 2D xuyên phúc mạc	$80,39 \pm 27,72$ (35 - 170)	5,2%	$5,17 \pm 1,35$ (3-9)
Ôn Quang Phóng (2017)	PTNS 1 lỗ	$79,01 \pm 22,33$ (40-150)	3,6%	$4,12 \pm 0,15$ (2-9)
Buono (2019)	PTNS 2D xuyên phúc mạc	145 (75-240)	6,2%	3,7 (3-6)
Agursa (2016)	PTNS 2D xuyên phúc mạc	120 (100-240)	7,7%	-
	PTNS 3D xuyên phúc mạc	110 (100-210)	0%	-
Hermosa (2020)	PTNS 2D xuyên phúc mạc	$98,6 \pm 40,8$ (30–235)	-	3 (1-11)
	PTNS 3D xuyên phúc mạc	$62,6 \pm 23,2$ (20–150)	-	2 (1-6)

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi tương đương với tác giả Agursa, nhưng vẫn dài hơn so với các tác giả khác; nhưng tỷ lệ tai biến trong mổ thấp hơn rõ rệt (0%) [2], [8]. Tỷ lệ tai biến thấp và thời gian hậu phẫu nói chung trong các nghiên cứu là ngắn, cho thấy tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc cắt tuyến thượng thận. Hệ thống tầm nhìn 3D này cho phép có được hình dung tốt hơn trong những không gian sâu và nhỏ như vị trí tuyến thượng thận và đặc biệt trong phẫu tích tĩnh mạch thượng thận. Nhóm phẫu thuật viên nhấn mạnh điều này cho thấy phẫu thuật 3D cho thấy độ chính xác cao hơn, cảm giác chiều sâu và xác định các mặt phẳng tốt hơn so với 2D [2].

Hạn chế chính trong phẫu thuật nội soi ổ bụng là hình ảnh 2D của nó. Điều này dẫn đến việc thiếu nhận thức về chiều sâu, do đó làm tăng căng thẳng cho phẫu thuật viên và ảnh hưởng đến sự an toàn của phẫu thuật. Chế độ hình ảnh 3D với cảm nhận chiều sâu và phản hồi xúc giác sẽ giúp cải thiện độ chính xác của phẫu thuật và sự phối hợp giữa tay và mắt. Ngoài ra, nó sẽ nâng cao kỹ năng của một phẫu thuật viên giỏi và rút ngắn đường cong học tập của một phẫu thuật viên mới làm quen và cuối cùng là rút ngắn thời gian phẫu thuật, do đó giảm chi phí, giảm tiếp xúc với thuốc gây mê và tỷ lệ mắc bệnh, do đó cải thiện chất lượng chăm sóc cho bệnh nhân [4], [10].

Nghiên cứu này đã cho thấy sự an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi 3D. Tuy nhiên, cần thực hiện trên cỡ mẫu bệnh nhân lớn hơn và cần có nhóm đối chứng để so sánh những ưu nhược điểm và hiệu quả điều trị so với phương pháp phẫu thuật nội soi 2D truyền thống.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi 3D xuyên phúc mạc cắt tuyến thượng thận là phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành, Trịnh Hoàng Giang** (2013), "Đánh giá kết quả điều trị u vô tuyến thượng thận bằng phẫu thuật nội soi qua đường bụng", *Y học thực hành*, 893(11), tr. 84–86.
2. **Agrusa A., di Buono G., Chianetta D., et al.** (2016), "Three-dimensional (3D) versus two-dimensional (2D) laparoscopic adrenalectomy: A case-control study", *Int J Surg*, 28, pp. S114–S117.
3. **Di Buono G., Buscemi S., Lo Monte A.I., et al.** (2019), "Laparoscopic adrenalectomy: Preoperative data, surgical technique and clinical outcomes", *BMC Surg*, 18(1), pp. 1–7.
4. **Chan S.Y., Yuen S.K., and Chan E.S.** (2021), "3D Laparoscopy", *Urol Surg Digit Era*, pp. 69–77.
5. **Chuan-Yu S., Yat-Faat H., Wei-Hong D., et al.** (2014), "Laparoscopic Adrenalectomy for Adrenal Tumors", *Int J Endocrinol*, 2014.
6. **Coste T., Caiazzo R., Torres F., et al.** (2017), "Laparoscopic adrenalectomy by transabdominal lateral approach: 20 years of experience", *Surg Endosc*, 31(7), pp. 2743–2751.
7. **Hanna F.W.F., Issa B.G., Sim J., et al.** (2018), "Management of incidental adrenal tumours", *BMJ*, 360.
8. **Hermosa J.I., Ranea A., Delisau O., et al.** (2020), "Three-dimensional (3D) system versus two-dimensional (2D) system for laparoscopic resection of adrenal tumors: a case-control study", *Langenbeck's Arch Surg*, 405(8), pp. 1163–1173.
9. **Nieman L.K.** (2010), "Approach to the patient with an adrenal incidentaloma", *J Clin Endocrinol Metab*, 95(9), pp. 4106–4113.
10. **Sinha R.Y., Raje S.R., and Rao G.A.** (2017), "Three-dimensional laparoscopy: Principles and practice", *J Minim Access Surg*, 13(3), pp. 165.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT THẮT TĨNH MẠCH TÍNH VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nghiêm Trung Hưng¹, Đỗ Ngọc Thế¹, Nguyễn Tuấn Đạt¹
Nguyễn Văn Phúc¹, Phan Lê Nhật Long¹, Đặng Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh, tiến cứu theo dõi dọc 32 bệnh nhân được phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 8/2022 đến 6/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $23,81 \pm 5,91$ tuổi. Triệu chứng đau bìu 96,9%, tự sờ thấy búi tĩnh mạch giãn vùng bìu là 75,0 %. Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 96,9% và tỷ lệ thất bại 3,1%. Trước phẫu thuật đường kính tĩnh mạch tinh trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là $2,93 \pm 0,54$ mm và $3,59 \pm 0,61$ mm. Sau 3 tháng kích thước này giảm rõ rệt $1,70 \pm 0,54$ mm và $1,97 \pm 0,54$ mm với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. Sau phẫu thuật tình dịch đồ cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê; trong đó tỷ lệ tình trùng di động sau mổ 3 tháng là $42,03 \pm 12,55\%$ tăng hơn so với trước mổ $35,59 \pm 11,53\%$, tổng số tinh trùng sau mổ $192,003 \pm 179,114$ triệu tinh trùng tăng hơn so với trước mổ

là $111,003 \pm 134,468$ triệu tinh trùng, mật độ tinh trùng trước phẫu thuật $30,81 \pm 26,58$ sau 3 tháng tăng lên là $47,30 \pm 35,21$.

Kết luận: Vi phẫu thắt TMT là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh có chỉ định phẫu thuật.

Từ khóa: Giãn tĩnh mạch tinh, thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu.

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY AT 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL

Objectives: Evaluation of the effectiveness and the safety of microsurgical varicocelectomy at 108 Central Military Hospital.

Patients and methods: Descriptive, prospective follow-up study of a case series includes 32 patients that have undergone microsurgical varicocelectomy at 108 Central Military Hospital from 8/2022 to 6/2023.

Results: The mean age of patients was 23.81 ± 5.91 years old. The proportion of scrotal pain was 96.9% and the figure of that varicose veins are palpable in the scrotum was 75%. The success and failure rate of this surgery were 96.9% and 3.1%, respectively. Before surgery, the diameters of the seminal veins before and after the Valsalva test were 2.93 ± 0.54 mm and 3.59 ± 0.61 mm, respectively. After surgery 3 months, these diameters remarkably decreased at 1.70 ± 0.54 mm and 1.97 ± 0.54 mm, with

¹Trung tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Hưng

ĐT: 034 9628288

Email: trunghung0704@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 6/6/2023

Ngày duyệt đăng: 16/6/2023

statistical significance $p < 0.05$. The semen chart after surgery improved significantly, in which the percentage of motile spermatozoa after surgery 3 months was $42.03 \pm 12.55\%$, higher than the rate before surgery was $35.59 \pm 11.53\%$, total sperm count after surgery was 192.003 ± 179.114 million that was increased in compared with the figure before surgery was 111.003 ± 134.468 million sperm, the sperm concentration before surgery was 30.81 ± 26.58 and this figure after 3 months increased to 47.30 ± 35.21 .

Conclusion: Microsurgical varicocelectomy is a safe and effective method in the treatment of varicocele patients that have surgical indication.

Keywords: varicocele, microsurgical varicocelectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giãn tĩnh mạch tinh (TMT) được đề cập lần đầu từ thế kỉ thứ XVI. Người ta thấy rằng bệnh GTMT được phát hiện ở 15-20% nam giới nói chung. Giãn TMT là nguyên nhân gây ra 40% nam giới vô sinh nguyên phát và 80% vô sinh thứ phát [1],[2]. Giãn TMT cũng là nguyên nhân gây đau bìu mạn tính làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe tình dục. Nhiều nghiên cứu (NC) chứng minh rằng điều trị giãn TMT có thể ngăn chặn các tổn thương và cải thiện chức năng của tinh hoàn, giảm sự tiến triển của triệu chứng đau bìu, cải thiện các thông số của tinh trùng cải thiện nồng độ T và có thai tự nhiên [1],[3],[4],[5]

Các phương pháp (PP) để điều trị giãn TMT bao gồm can thiệp nội mạc, phẫu thuật (PT) mổ mở kinh điển, mổ nội soi hay mổ vi phẫu. Các PP này có tỷ lệ thành công tương đương nhau trong việc thắt các TMT giãn. Tuy nhiên nguy cơ biến chứng, tỷ lệ tái phát

và hiệu quả với chức năng sinh sản của nam giới là khác nhau trong đó PP vi phẫu thắt TMT đoạn bẹn hoặc bẹn bìu tỏ ra ưu việt nhất. Vi phẫu thắt TMT được Marmar và cộng sự thực hiện đầu tiên năm 1985, sau đó Goldstein và cộng sự đã sửa đổi vào năm 1992 [6], kể từ đó vi phẫu thuật trong điều trị GTMT đã được chấp nhận và đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả vi phẫu GTMT [7], [8]. Những năm gần đây chuyên ngành vi phẫu ở Việt Nam phát triển cũng như sự hiểu biết ngày càng đầy đủ về giải phẫu mạch máu thừng tinh mà vi phẫu thắt TMT giãn được áp dụng ở một số nơi để điều trị GTMT [9], [10]. Tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 PT thắt TMT vi phẫu đã triển khai từ tháng 11 năm 2020 bước đầu đã thu được kết quả khả quan nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về bệnh lý GTMT. Vì vậy để góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị bệnh GTMT chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 32 BN được chẩn đoán xác định là giãn TMT thể lâm sàng, được PT thắt TMT vi phẫu tại BV TWQĐ 108 trong gian đoạn từ 8/2022 đến 6/2023 bởi cùng 1 PT viên. Những bệnh nhân tham gia nghiên cứu được theo dõi sau 1 tháng và 3 tháng.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có đủ thông tin về khám lâm sàng và cận lâm sàng theo mẫu phiếu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu; không đầy đủ thông tin theo phiếu nghiên cứu; bệnh nhân bị GTMT

tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu theo dõi dọc, mô tả chùm ca bệnh.

- **Các chỉ tiêu nghiên cứu chính:** Các chỉ tiêu chính: triệu chứng lâm sàng, siêu âm đánh giá kích thước tĩnh hoàn, kích thước tĩnh mạch tinh giãn, tinh dịch đồ, xét nghiệm nội tiết tố nam. Các chỉ tiêu này đều được đánh giá trước và sau mổ để so sánh. Các biến chứng như đau bìu, teo tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn được đánh giá sau PT.

- **Các tiêu chí phụ:** tuổi, BMI, thời gian nằm viện, thời gian phẫu thuật.

- Nội dung nghiên cứu

+ Thu thập số liệu lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của BN được PT thất TMT vì phẫu trước PT, sau PT 1 tháng và 3 tháng.

+ Thống kê các tai biến, biến chứng trong và sau mổ

- Quy trình phẫu thuật:

+ Rạch da theo nếp lằn bẹn tương ứng lỗ bẹn nông bên có GTMT dài 2 - 2,5 cm. Phẫu tích thừng tinh ra khỏi tổ chức xung quanh ra khỏi sàn ống bẹn sau đó kéo thừng tinh ra ngoài vết mổ. Đưa kính vi phẫu vào trường mổ, dưới vật kính có độ phóng đại thích hợp, PT viên tiến hành mở lớp mạc tinh ngoài của thừng tinh và phẫu tích bó mạch cơ bìu. Thất các nhánh tĩnh mạch tinh cơ bìu và bảo tồn thần kinh sinh dục ngoài và các nhánh bạch mạch. Mở lớp mạc tinh trong để tiếp cận vào khoang trong của thừng tinh. Phẫu tích ống dẫn tinh và bó mạch ống dẫn tinh, thất tĩnh mạch ống dẫn tinh nếu tĩnh mạch này giãn trên 2mm.

+ Mở lớp màng mỏng bao quanh bó

mạch tinh trong. Quan sát kỹ để phát hiện nhịp đập của động mạch. Thông thường vị trí có nhịp đập là vị trí của động mạch. Sau khi xác định được vị trí, động mạch được phẫu tích khỏi các tĩnh mạch bám xung quanh và được cô lập bằng một sợi chỉ Lin 3/0 sau đó thắt toàn bộ các nhánh tĩnh mạch tinh trong bằng chỉ Lin 3/0 với các TMT có kích thước lớn và chỉ Prolen 5/0 với các TMT kích thước vừa và nhỏ. Bảo tồn ĐM và BM

+ Đóng vết mổ theo các lớp giải phẫu.

Phân loại kết quả phẫu thuật:

- Phẫu thuật thành công tốt: Không xảy ra tai biến, biến chứng trong và sau mổ. Khi khám lâm sàng không phát hiện TMT giãn và siêu âm không có dòng trào ngược

- Phẫu thuật thất bại: Khi khám lâm sàng phát hiện TMT và / hoặc siêu âm các đường kính TMT trước Valsalva $\geq 2,5$ mm và có dòng trào ngược kéo dài trên 1 giây, có xảy ra tai biến biến chứng sau mổ như tràn dịch màng tinh hoàn mức độ nhiều, teo tinh hoàn do thất vào động mạch.

- Phẫu thuật thành công chấp nhận được: Có tai biến nhưng được xử lý ngay sau mổ như thất vào động mạch, làm rách động mạch, chảy máu, tụ máu, đã được xử lý hợp lý.

Xử lý số liệu: Các số liệu mô tả được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn, dùng kiểm định T-student để so sánh 2 số trung bình sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; các tính toán dựa vào chương trình SPSS 20.0 for Windows.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964. Kỹ thuật được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức Bệnh viện TWQĐ 108 thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu kết quả của 32 bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh với 44 tĩnh mạch được PT thắt TMT vì phẫu thuật tôi rút ra các kết luận sau:

3.1. Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, BMI và tiền sử bệnh (n=32)

	Đặc điểm	n (%)	Mean $\pm$ SD (Min - Max)
Tuổi (năm)	18 – 30	29 (90,6)	23,81 $\pm$ 5,91 (15 – 45)
	31 – 40	2 (6,3)	
	> 40	1 (3,1)	
BMI (kg/m ²)	Thấp cân ($\leq 18,5$)	3 (9,4)	21,16 $\pm$ 2,08 (17,7 – 26,5)
	Bình thường (18,6 – 22,9)	22 (68,8)	
	Thừa cân (≥ 23)	7 (21,9)	
Tiền sử bệnh	Không có tiền sử	27 (84,4)	
	Tiền sử nội khoa	5 (15,6)	
	Tiền sử ngoại khoa	0 (0,0)	

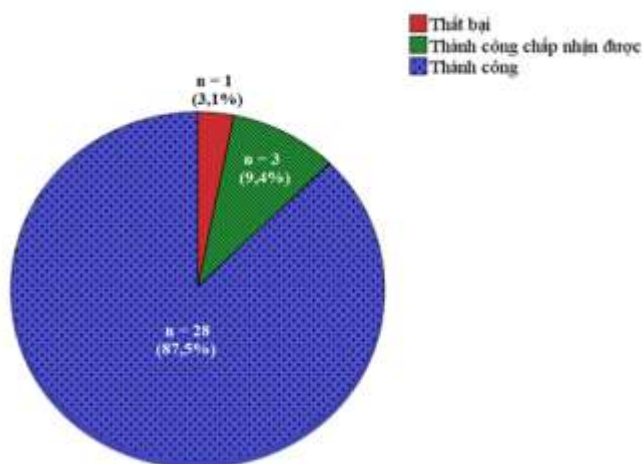
Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 23,81 $\pm$ 5,91 trong đó chủ yếu nằm trong lứa tuổi 18-30 chiếm 90,6%. Hầu hết các bệnh nhân không có tiền sử 84,4% và BMI bình thường 68,8 %.

Bảng 3.2. Lý do bệnh nhân đến khám bệnh (n=32)

	Số bệnh nhân	%
Đau tức bìu	31	96,9
Tự sờ thấy búi tĩnh mạch tinh giãn	24	75,0
Kiểm tra sức khỏe định kỳ	10	31,3
Khám tiền hôn nhân, trước sinh sản	3	9,4
Khác	5	15,6

Nhận xét: Bệnh nhân đến khám bệnh chủ yếu do đau bìu (96,9%) và tự sờ thấy khối vùng bìu (75%).

3.2. Kết quả phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ thành công, thất bại của phẫu thuật

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là 31/32 BN tương ứng 96,88%, có 1 trường hợp thất bại. 3/32 BN xếp loại thành công có thể chấp nhận được. 87,5% các trường hợp được đánh giá PT thành công

Bảng 3.3 Thời gian (n=32)

	Mean $\pm$ SD	(Min - Max)
Thời gian phẫu thuật	35,43 $\pm$ 4,30 (phút)	25 – 45 (phút)
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	1,97 $\pm$ 1,45 (ngày)	1 – 7 (ngày)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình trên mỗi thừng tinh là 35,43 $\pm$ 4,30 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 1,97 $\pm$ 1,45 ngày.

Bảng 3.4. Sự thay đổi của đường kính tĩnh mạch tinh sau mổ n = 44

Đường kính tĩnh mạch tinh bên giãn	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng	p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Trước khi làm Valsalva	2,93 $\pm$ 0,54	2,21 $\pm$ 1,96	1,70 $\pm$ 0,54	< 0,05
Sau khi làm Valsalva	3,59 $\pm$ 0,61	2,52 $\pm$ 1,76	1,97 $\pm$ 0,54	< 0,05

Nhận xét: Trước PT đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là 2,93 $\pm$ 0,54mm và 3,59 $\pm$ 0,61mm. Sau PT 1 tháng kích thước TMT trên siêu âm có giảm xuống 2,21 $\pm$ 1,96 mm trước khi làm Valsalva và 2,52 $\pm$ 1,76 mm sau khi làm Valsalva. Đặc biệt chỉ số này giảm rõ rệt sau 3 tháng đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là 1,70 $\pm$ 0,54 mm và 1,97 $\pm$ 0,54 mm với p<0,05.

Bảng 3.5. Thay đổi xét nghiệm nội tiết sau phẫu thuật (n=32)

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD
LH (mU/ml)	5,22 $\pm$ 1,39	5,14 $\pm$ 2,28	4,70 $\pm$ 1,69
FSH (mU/ml)	5,08 $\pm$ 3,99	4,46 $\pm$ 1,76	4,93 $\pm$ 3,567
Testosterone (nmol/l)	19,29 $\pm$ 7,48	18,07 $\pm$ 5,51	20,21 $\pm$ 5,98

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm nội tiết tố có sự biến đổi theo xu hướng LH, FSH giảm và Testosterone tăng nhẹ sau 3 tháng, sự biến đổi không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

Bảng 3.6. Thể tích tinh hoàn trước và sau phẫu thuật (n=44)

Thể tích tinh hoàn	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng
Mean $\pm$ SD	13,44 $\pm$ 3,94	13,73 $\pm$ 3,78	13,97 $\pm$ 4,04
Min - Max	5,96 – 22,90	5,96 – 22,90	5,96 – 23,00

Nhận xét: So sánh thể tích tinh hoàn cùng bên với GTMT không có sự thay đổi trước và sau phẫu thuật với p< 0,05 có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.7. Thay đổi xét nghiệm tinh dịch đồ trước và sau phẫu thuật (n=32)

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau mổ 3 tháng	p
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	
Thể tích tinh dịch (ml)	3,13 $\pm$ 1,58	3,67 $\pm$ 1,71	3,74 $\pm$ 1,69	0,054
Mật độ tinh trùng (triệu/ml)	30,81 $\pm$ 26,58	34,31 $\pm$ 25,61	47,30 $\pm$ 35,21	0,016
Tổng số tinh trùng (triệu)	111,00 $\pm$ 134,47	116,84 $\pm$ 102,08	192,00 $\pm$ 179,11	0,033
Tỷ lệ sống (%)	72,22 $\pm$ 13,42	74,19 $\pm$ 13,78	77,16 $\pm$ 11,77	0,098
Tỷ lệ di động tiến tới (%)	35,59 $\pm$ 11,53	34,78 $\pm$ 12,45	42,03 $\pm$ 12,55	0,02
Hình thái bình thường (%)	1,56 $\pm$ 1,367	1,41 $\pm$ 1,04	2,09 $\pm$ 1,45	0,146

Nhận xét: Các thông số trong xét nghiệm tinh dịch đồ đều tăng trong đó tăng nhiều là mật độ tinh trùng trước PT là $30,81 \pm 26,58$ triệu/ml sau PT 3 tháng là $47,30 \pm 35,21$ triệu/ml, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$. Tổng số tinh trùng từ $111,00 \pm 134,47$ triệu, sau PT 3 tháng tăng lên $192,00 \pm 179,11$ triệu với $p=0,03$ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ di động tiến tới là $35,59 \pm 11,53$ % trước PT, sau PT 3 tháng tăng lên là $42,03 \pm 12,55$ % với $p=0,02$ có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Theo NC của chúng tôi, tuổi trung bình là $23,81 \pm 5,91$, bệnh nhân tuổi thấp nhất là 18 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 45 tuổi, trong đó chủ yếu là lứa tuổi 18-30 tuổi chiếm tỉ lệ 90,6%. Lí do các bệnh nhân đến bệnh viện chúng tôi trong thời gian NC chủ yếu là chiến sỹ và học viên tại các trường sỹ quan trong Quân đội. Trong độ tuổi này tình hoàn phát triển, nhu cầu tình dục tăng cao, dòng máu đến tinh hoàn nhiều. Bệnh nhân ở độ tuổi này chủ yếu là những đối tượng lao động cường độ cao, kéo dài, áp lực ổ bụng tăng cao dẫn đến cản trở dòng máu tĩnh mạch trở về dẫn đến áp lực trong các TMT tăng lên làm bộc lộ các bất thường tiềm ẩn. Theo tác giả A. Hamada với hoạt động thể lực cường độ cao có nguy cơ mắc GTMT [11].

Nghiên cứu của Shiou-Sheng Chen thấy rằng sự xuất hiện của GTMT có tương quan nghịch với chỉ số khối cơ thể. Tác giả cũng giải thích có lẽ sự gia tăng lượng mỡ trong cơ thể liên quan đến việc làm giảm hiện tượng “kìm động mạch” giữa động mạch mạc treo tràng trên và động mạch chủ bụng với tĩnh mạch thận trái [12]. Nhận định này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi với BMI trung bình là $21,16 \pm 2,08$. Có 21,9% BN BMI cao trên 23 và không có BN

nào béo phì. Trong NC này BN có BMI ở ngưỡng bình thường và thấp vì họ thường là những người có cường độ lao động cao, khối lượng công việc lớn, phải chăng đó cũng là lí do cho mối tương quan nghịch giữa BMI và sự xuất hiện của GTMT.

Đau bìu là triệu chứng gần như đầu tiên và hầu như có ở tất cả các BN nghiên cứu của chúng tôi chiếm 96,9%. Theo NC của tác giả Nguyễn Quang triệu chứng đau bìu chiếm 76,5% ở các BN GTMT [13]. Nguyên nhân của đau bìu do tăng nhiệt độ tinh hoàn, tăng áp lực tĩnh mạch, stress oxy hóa, trào ngược các chất chuyển hóa độc hại và chính các bó tĩnh mạch giãn gây đè ép các sợi thần kinh xung quanh [1].

Tỷ lệ BN chậm con và khám trước sinh, khám tiền hôn nhân của chúng tôi là 9,4 % thấp hơn so với các tác giả khác Nguyễn Quang 32,8%[13], Sunghyun Paick 40% với vô sinh nguyên phát và 80% nam giới vô sinh thứ phát [1]. Nguyên nhân này có thể do thời điểm lấy số liệu chúng tôi chưa thành lập khoa Nam học, số lượng bệnh nhân còn hạn chế, chủ yếu là đối tượng bộ đội chưa có gia đình.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thành công là 31/32 BN tương ứng 96,88%, có 1 trường hợp thất bại. BN này có BMI cao, có lớp mỡ vùng mu dày, TMT giãn rất to nhưng cũng có rất nhiều nhánh nhỏ, có lẽ do không kiểm soát được hết các nhánh TM nên bị sót, vô cảm không thực sự tốt khi trong quá trình mổ BN có đau khi căng thừng tinh làm quá trình mổ không thuận lợi. BN được tái khám vẫn sờ thấy búi TMT giãn, siêu âm TM kích thước còn lớn nhưng không còn dòng trào ngược TM. Hiện tại BN đang tiếp tục điều trị nội khoa, chưa có nguyện vọng can thiệp lại. Có 2 BN lâu liên vết mổ tuy nhiên hướng dẫn BN tự chăm sóc vết mổ

ổn định sau 1 tháng. 1 BN có tràn dịch tinh mạc cùng bên với bên PT, tuy nhiên lớp dịch rất mỏng 6 mm, tự hết sau tái khám tháng thứ 3. Trước phẫu thuật bệnh nhân đến khám vì đau bìu chiếm 96,9% sau phẫu thuật 100% BN không còn đau bìu. So sánh với tác giả Nguyễn Hoài Bắc và cộng sự (2019) tỷ lệ thành công và 96,2% (127/132 BN), có 5 BN được đánh giá là phẫu thuật thất bại. Tác giả lí giải do bỏ sót các tĩnh mạch tinh khi thắt. 3 trong số 5 trường hợp này là những ca đầu tiên, chưa có kinh nghiệm phẫu tích và thắt triệt để các nhánh TMT nhỏ quanh ĐM, 2 BN còn lại là béo, không bộc lộ và thắt được bó TMT ngoài [14].

Trong nghiên cứu này, trước phẫu thuật đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva là $2,93 \pm 0,54$ mm và $3,59 \pm 0,61$ mm, sau phẫu thuật 1 tháng có sự giảm đường kính là $2,21 \pm 1,96$ mm và $2,52 \pm 1,76$ mm. Sau 3 tháng kích thước này giảm rõ rệt $1,70 \pm 0,54$ mm và $1,97 \pm 0,54$ mm với $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê. 100% các BN trước PT có dòng trào ngược TM dương tính, sau PT 3 tháng 100% các BN có dòng trào ngược TM âm tính. Cũng có thể nhận thấy rằng, sau phẫu thuật đường kính TMT trước và sau khi làm nghiệm pháp Valsalva không thay đổi nhiều và giảm hơn rất nhiều so với trước phẫu thuật. Như vậy có thể hiểu rằng phẫu thuật kiểm soát được các tĩnh mạch tinh cần thắt, chính vì vậy không có dòng trào ngược máu về tĩnh mạch tinh đoạn khảo sát. So sánh với tác giả Nguyễn Văn Thiết Kích thước tĩnh mạch tinh trung bình sau mổ là $1,88 \pm 0,38$ và $2,35 \pm 0,35$ (khi làm valsalva) [15]. Thể tích tinh hoàn gần như không thay đổi trước và sau mổ với giá trị trung bình là $13,59 \pm 3,95$ ml, không có trường hợp nào thể tích giảm thêm sau mổ chứng tỏ không

có tổn thương ĐM tinh trong gây teo tinh hoàn.

Kết quả của chúng tôi nhận thấy có sự cải thiện về chất lượng và số lượng tinh trùng sau mổ, đặc biệt là sau 3 tháng. Cụ thể so sánh mật độ tinh trùng trước phẫu thuật trung bình là $30,81 \pm 26,58$ triệu/ml, sau PT 3 tháng là $47,30 \pm 35,21$ với sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p=0,016$. Tổng số tinh trùng trước PT là $111,00 \pm 134,47$ triệu, sau PT 3 tháng là $192,00 \pm 179,11$ triệu với $p=0,03$ có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ tinh trùng di động trung bình cũng tăng $35,59 \pm 11,52\%$ lên thành $42,03 \pm 12,55\%$ với $p=0,02$. Sự biến đổi này cũng phù hợp với các nghiên cứu tác giả Nguyễn Văn Thiết (2017) khi mật độ tinh trùng trước PT $33,76 \pm 30,5$ triệu/ml sau PT là $49,86 \pm 39,46$ triệu/ml. Tỷ lệ tinh trùng di động trung bình trước PT $32,04 \pm 17,26\%$ sau PT $39,87 \pm 11,50\%$. Tỷ lệ tinh trùng có hình thái bình thường trung bình trước PT $14,99 \pm 14,48$ sau PT $22,19 \pm 14,9$ theo tiêu chuẩn của WHO năm 2014. Sự thay đổi này có ý nghĩa $p=0,03$ [15]. Theo tác giả Nguyễn Hoài Bắc và cộng sự năm 2019 thì mật độ tinh trùng tăng từ $49,8 \pm 41,1$ triệu/ml lên $71,4 \pm 57,5$ triệu/ml với $p=0,001$. Tỷ lệ tinh trùng di động tăng từ $33,9 \pm 20,4\%$ lên $39,3 \pm 21,9\%$ sau PT. Tổng số tinh trùng tăng từ $65,0 \pm 74,9$ triệu; sau phẫu thuật là $108,5 \pm 117,3$ triệu [16]. Qua kết quả này nhận thấy vi phẫu thắt TMT để điều trị GTMT trên lâm sàng phương pháp hiệu quả, có thể cải thiện các thông số tinh dịch bất thường. Tuy nhiên số lượng BN còn chưa nhiều, thời gian nghiên cứu còn chưa đủ dài nên cần có nhiều thời gian nghiên cứu hơn, với số mẫu lớn hơn, theo dõi và điều trị trên cả các BN vô sinh với các lứa tuổi khác nhau và hoàn cảnh bệnh lý khác nhau thì kết quả nghiên cứu sẽ tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu thắt TMT là phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh có chỉ định phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thành công 96,8%; tỷ lệ tai biến biến chứng thấp. Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, không có trường hợp nào giãn tái phát, các chỉ số tinh dịch đồ đều có sự cải thiện rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. Paick W. S. Choi** (2019), "Varicocele and Testicular Pain: A Review". 37(1), 4-11.
2. **C. V. Hopps** (2003), "Intraoperative varicocele anatomy: a microscopic study of the inguinal versus subinguinal approach", J Urol. 170(6 Pt 1), 2366-70.
3. **Lawrence Dubin Richard D. Amelar** (1975), "Varicolectomy as therapy in male infertility: a study of 504 cases", The Journal of urology. 113 5, 640-1.
4. **Marc Goldstein Cigdem Tanrikut** (2006), "Microsurgical management of male infertility", Nature Clinical Practice Urology. 3, 381-391.
5. **S. Cayan, S. Shavakhabov A. Kadioğlu** (2009), "Treatment of palpable varicocele in infertile men: a meta-analysis to define the best technique", J Androl. 30(1), 33-40.
6. **P. Mirilas A. Mentessidou** (2012), "Microsurgical subinguinal varicolectomy in children, adolescents, and adults: surgical anatomy and anatomically justified technique", J Androl. 33(3), 338-49.
7. **Kun-Long Lv** (2015), "Varicocele anatomy during subinguinal microsurgical varicolectomy in Chinese men", Andrologia. 47.
8. **C. L. Cho, S. C. Esteves A. Agarwal** (2019), "Indications and outcomes of varicocele repair", Panminerva Med. 61(2), 152-163.
9. **Mai Bá Tiến Dũng, Nguyễn Thành Như** (2010), "Vi phẫu cột tĩnh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn bìu ở trẻ em tại Bệnh viện Bình Dân từ 2005 đến 2009", Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 375(Số 2 tháng 11 năm 2010), 165-170.
10. **Phạm Nam Việt, Phó Minh Tín, Lê Phúc Liên** (2011), "Đặc điểm giải phẫu mạch máu thừng tinh đoạn trong ống bẹn qua mô vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh", Y học TP. Hồ Chí Minh. 15(1), 155-159.
11. **Alaa Hamada, Sandro Esteves Ashok Agarwal** (2015), Varicocele and Male Infertility: Current Concepts, Controversies and Consensus.
12. **S. S. Chen W. J. Huang** (2010), "Differences in biochemical markers and body mass index between patients with and without varicocele", J Chin Med Assoc. 73(4), 194-8.
13. **Nguyễn Quang, Nguyễn Ngọc Sơn** (2015), "Đặc điểm chẩn đoán và kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng thắt tĩnh mạch tinh vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức 6/2013-5/2014", Y học TP. Hồ Chí Minh. 19(4), 177-181.
14. **Nguyễn Hoài Bắc, Đinh Văn Toàn, Nguyễn Văn Tuấn** (2019), "Đánh giá kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh", Tạp chí nghiên cứu y học. 122(6), 40-48.
15. **Nguyễn Văn Thiết** (2017), Đánh giá kết quả vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch tinh, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở.
16. **Nguyễn Hoài Bắc, Nguyễn Cao Thắng, Phạm Minh Quân** (2019), "Đánh giá hiệu quả của vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh trên các thông số tinh dịch đồ", Tạp chí nghiên cứu y học. 123(7), 164-171.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ ĐÁP ỨNG VỚI ĐIỀU TRỊ BẰNG PREDNISOLON TRONG HỘI CHỨNG THẬN HƯ TIỀN PHÁT TẠI BỆNH VIỆN NHI THÁI BÌNH

Phạm Thị Hương¹, Nguyễn Ngọc Sáng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và đáp ứng với điều trị bằng prednisolon trong hội chứng thận hư tiên phát (HCTHTP) ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thái Bình.

Đối tượng: 156 bệnh nhi HCTHTP điều trị tại Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 01/01/2018 đến 31/12/2022. Phương pháp: Mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tuổi trung bình là $7,11 \pm 4,38$. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 5-10 tuổi (38,4%), ít gặp nhất là nhóm >10 tuổi (26,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Bệnh khởi phát quanh năm, chủ yếu là các tháng mùa đông xuân. Về lâm sàng, 100% bệnh nhân có phù trong đó phù nhẹ 67 (42,9%), phù vừa 52 (33,3%), phù nặng: 37 (23,7%). HCTHTP đơn thuần có 104 (66,7%), HCTH kết hợp 52 (33,3%). Tỷ số protein/creatinin niệu trung bình khi vào viện $1056,03 \pm 318\text{mg/mmole}$. Protein máu toàn phần $47,51 \pm 5,48\text{g/l}$; albumin máu $18,87 \pm 3,95\text{g/l}$; cholesterol toàn phần $10,87 \pm 4,13\text{mmol/l}$. Sau 4 tuần điều trị bằng prednisolon, có 136 ca (87,2%) thuyên giảm hoàn toàn, thuyên giảm 1 phần 9 ca (5,8%), không thuyên giảm 11 ca (7%). Biến chứng và tác dụng phụ

của prednisolon chủ yếu là tăng cân nặng, béo mặt và bụng, mọc lông ở lưng, ria mép.

Kết luận: Bệnh hầu hết gặp ở lứa tuổi tiền học đường, nam gặp nhiều hơn nữ, biểu hiện lâm sàng và xét nghiệm rất điển hình của Hội chứng thận hư. Tỷ lệ đáp ứng điều trị bằng Prednisolon cao, biến chứng và tác dụng phụ chủ yếu là Hội chứng dạng Cushing.

Từ khóa: Hội chứng thận hư tiên phát, trẻ em, prednisolon

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL FEATURES AND RESPONSE TO PREDNISOLONE TREATMENT OF IDIOPATHIC NEPHROTIC SYNDROME AT THAI BINH PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical epidemiology features, investigation results of idiopathic nephrotic syndrome in children and the response to prednisolone treatment at Thai Binh Pediatric Hospital.

Subjects: 156 idiopathic nephrotic syndrome cases who were treated at Thai Binh Pediatric Hospital from Jan 01st, 2018 to December 31st, 2022. Methods: Cross-sectional descriptive study.

Results: The mean age: 7.11 ± 4.38 years old. Age 5-10 years old is most common (38.4%), the least common age is >10 years old (26.9%). Male-to-female ratio is 2.5/1. The disease onset all year round but the season has the highest proportion is winter-spring. 100% of

¹Bệnh viện Nhi Thái Bình

²Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

ĐT: 0913087202

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt bài: 11/6/2023

the patients have edema. There are 67 patients (42.9%) with minor edema, 52 patients (33.3%) with medium edema, and 37 patients (23.7%) with severe edema. 104 patients (66.7%) have simple type of idiopathic nephrotic syndrome and 52 (33.3%) have complex type. The urine protein/creatinine ratio is $1056.03 \pm 318 \text{ mg/mmol}$ when patients start treatment. Serum protein $47.51 \pm 5.48 \text{ g/l}$; serum albumin $18.87 \pm 3.95 \text{ g/l}$, serum cholesterol $10.87 \pm 4.13 \text{ mmol/l}$. After 4-week-treatment with prednisolone, the percentage of complete remission is 87.2% (136 cases), partial remission is 5.8% (9 cases), non-remission is 7% (11 cases). The complications and side effects of prednisolone treatment mostly are increasing weight, getting round in face and abdomen area, growing hair in back and grow moustache.

Conclusion: Idiopathic nephrotic syndrome is common in preschool-aged children. It is more common in male than female. Clinical features and investigation results of the nephrotic syndrome is very typical. The proportion of response to prednisolone treatment is high, complications and side effects mostly is Cushingoid syndrome.

Keywords: Idiopathic nephrotic syndrome, children, prednisolone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCTHTP là một bệnh cầu thận tiên phát hay gặp nhất trong các bệnh cầu thận phải nhập viện điều trị. HCTHTP là một hội chứng lâm sàng và sinh hóa được đặc trưng bởi tình trạng phù, protein albumin niệu nhiều, protein và albumin máu giảm, tăng lipid máu [1],[2],[3],[4].

HCTHTP thường có lâm sàng nặng nề, việc điều trị thường khó khăn, bệnh hay tái phát làm xuất hiện các biến chứng như nhiễm

trùng, tắc mạch, tổn thương thận cấp tính, tăng huyết áp, suy thận hoặc xuất hiện nhiều tác dụng phụ của thuốc corticoid như hội chứng Cushing, béo phì, cao huyết áp, chậm phát triển thể chất, rối loạn thị lực, thay đổi hành vi và loãng xương [6]. 35-50% những bệnh nhân này sẽ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối trong vòng 5-10 năm [1],[5].

Các nghiên cứu [3], [4], [5], [6] ghi nhận rằng đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của HCTHTP khác nhau tùy từng địa phương. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về HCTHTP. Tuy nhiên, tại Thái Bình còn ít các đề tài nghiên cứu về vấn đề này. HCTHTP ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Thái Bình có đặc điểm dịch tễ học lâm sàng thế nào và đáp ứng với điều trị bằng prednisolon ra sao? Là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của hội chứng thận hư tiên phát ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thái Bình từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị bằng prednisolon ở những bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 156 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán theo KDIGO (2012): phù, tỉ số protein/creatinin niệu $\geq 200 \text{ mg/mmol}$, albumin máu giảm $\leq 25 \text{ g/l}$, protein máu giảm $\leq 56 \text{ g/l}$, cholesterol máu tăng $\geq 5,5 \text{ mmol/l}$ [1],[3],

- Phân loại HCTHTP

+ Theo lâm sàng, chia 2 nhóm:

HCTHTP đơn thuần: lâm sàng chỉ biểu hiện HCTH, không có triệu chứng của viêm thận như: hồng cầu (HC) niệu, tăng huyết áp (THA).

HCTHTP không đơn thuần (hay HCTHTP kết hợp): lâm sàng biểu hiện HCTH và kết hợp với triệu chứng của viêm thận như: HC niệu > +, tăng HA.

+ Theo mức độ đáp ứng với prednison, chia 3 nhóm:

HCTHTP thuyên giảm hoàn toàn: là sau 4 tuần điều trị bằng prednison 2mg/kg/ngày, bệnh thuyên giảm hoàn toàn (hết phù, protein niệu âm tính hoặc vết).

HCTHTP thuyên giảm 1 phần: là sau 4 tuần điều trị như trên, bệnh nhân hết phù, tỉ số protein/creatinin niệu < 200mg/mmol.

HCTHTP không thuyên giảm: là sau 4 tuần điều trị như trên, bệnh không thuyên giảm, tỉ số protein/creatinin niệu > 200mg/mmol.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân HCTH thứ phát sau các bệnh như: Lupus ban đỏ hệ thống, Schönlein - Henoch, Đái tháo đường, nhiễm viêm gan B, HIV...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu: lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán HCTHTP trong 5 năm từ 01/01/2018 đến 31/12/2022.

- Nội dung nghiên cứu:

Mục tiêu 1: Tuổi, giới, thời gian khởi phát, địa dư, phù, thiếu niệu, huyết áp, thể lâm sàng ...

Mục tiêu 2: Mức độ đáp ứng, biến chứng, tác dụng phụ với prednisolon.

- Phương pháp thu thập số liệu: Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng, trong đó có ghi đầy đủ thông tin: hành chính, tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến và biến chứng suốt quá trình điều trị. Sau khi ra viện, bệnh nhân được khám lại hàng tháng.

Các xét nghiệm làm tại khoa Xét nghiệm Bệnh viện Nhi Thái Bình

- **Xử lý số liệu.** Bằng phần mềm SPSS 25.0. Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test “ χ^2 ”. Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình bằng test “t” tự đối chiếu (so sánh từng cặp)

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được sự đồng ý của Bệnh viện Nhi Thái Bình. Các số liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

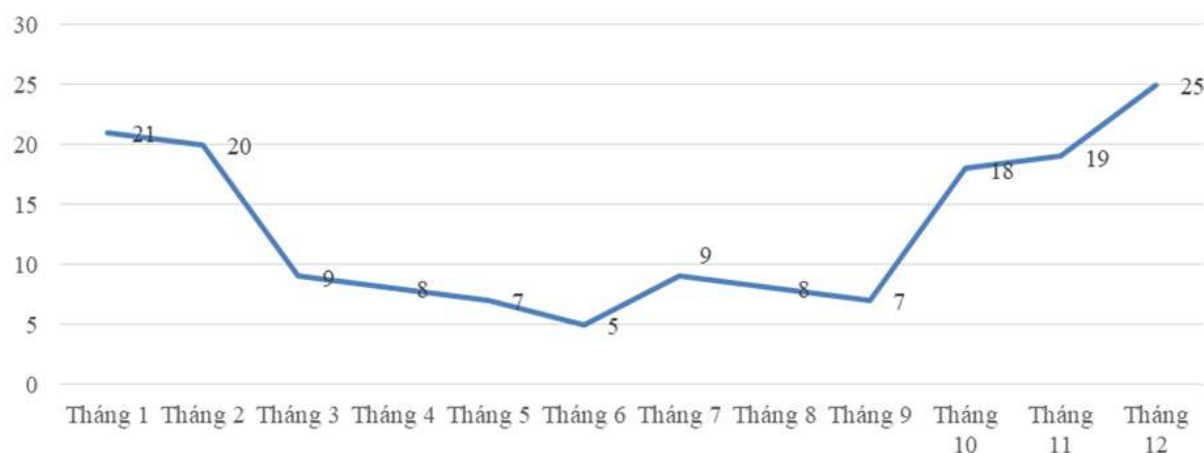
3.1. Dịch tễ học lâm sàng

- Tuổi: Trung bình là $7,11 \pm 4,38$ tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 5-10 tuổi (38,4%), ít nhất là > 10 tuổi 42 trường hợp (29,6%).

- Giới: Nam 118 (75,6%), nữ (24,4%). Tỷ lệ nam/nữ = 2,5/1

- Địa dư: Số bệnh nhi sống ở nông thôn 107 (68,5%), thành thị: 49 (12,3%)

- Thời gian khởi phát bệnh theo tháng trong năm:



Hình 1: Phân bố bệnh nhân theo thời gian khởi phát bệnh

Hình 1 cho thấy số bệnh nhân HCTHTP vào viện nhiều vào các tháng mùa đông xuân: Tháng 1, 11, 12.

Bảng 1. Biểu hiện lâm sàng khi vào viện của đối tượng nghiên cứu

Biểu hiện lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
Phù	156	100
- Nặng	37	23,7
- Vừa	52	33,3
- Nhẹ	67	42,9
Thiếu niệu	121	77,5
Tràn dịch đa màng	23	14,7
Tăng huyết áp	14	8,97

Bảng 1 cho thấy tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng phù, trong đó chủ yếu là phù nhẹ. Triệu chứng lâm sàng phổ biến tiếp theo là thiếu niệu (77,5%). Ngoài ra còn gặp bệnh nhân có tràn dịch đa màng và tăng huyết áp.

Bảng 2. Các thể lâm sàng của HCTHTP

Thể lâm sàng	Số BN	Tỷ lệ %
HCTHTP đơn thuần	104	66,7
HCTHTP kết hợp	52	33,3
Tổng số	156	100

Bảng 2 cho thấy đa số bệnh nhân mắc HCTHTP đơn thuần có 104 ca chiếm 66,7%

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm chủ yếu của HCTHTP

Xét nghiệm	Trước điều trị	Sau điều trị 4 tuần	p
Nước tiểu			
Tỉ số protein/creatinin niệu	1056,03±318	404,29±65	<0,001
Hoá sinh máu			
Protein (g/l)	47,51±5,48	47,51±5,48	<0,001
Albumin(g/l)	18,87±3,95	25,94±5,4	<0,001
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	10,87±4,13	9,37±3,2	<0,001

Ure (mmol/l)	5,42±4,6	8,18±36,1	> 0,05
Creatinin (μmol/l)	49,34±27,3	45,96±20,4	> 0,05
Canci (mmol/l)	1,94±0,2	2,11±0,27	<0,001
Canci ion (mmol/l)	1,15±0,8	1,19±0,13	<0,001

Bảng 3 cho thấy trước điều trị, tỉ số protein/creatinin niệu rất cao, protein, albumin máu giảm nặng, cholesterol máu tăng cao, ure, creatinin máu trong giới hạn bình thường. Sau 4 tuần điều trị, tỉ số protein/creatinin niệu giảm có nghĩa thống kê so với trước điều trị. Protein máu, albumin máu tăng, cholesterol giảm so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đáp ứng với điều trị prednisolon

Bảng 4. Mức độ đáp ứng với điều trị prednisolon sau 4 tuần

Mức độ thuyên giảm	Số bệnh nhân (%)	p
Hoàn toàn	136 (87,2%)	<0,001
Một phần	9 (5,8%)	
Không thuyên giảm	11 (7%)	
Tổng	156 (100%)	

Bảng 4 cho thấy hầu hết bệnh nhân thuyên giảm hoàn toàn sau điều trị 4 tuần (87,2%), thuyên giảm 1 phần có 5,8%, nhưng vẫn còn 7% bệnh nhân không thuyên giảm.

Bảng 5. Mức độ đáp ứng của HCTHTP theo thể lâm sàng

Thể lâm sàng	Thuyên giảm hoàn toàn	Thuyên giảm một phần	Không thuyên giảm
HCTHTP đơn thuần (n=104)	94,23%	3,84%	1,92%
HCTHTP kết hợp (n=52)	73,07%	9,62%	17,31%
p	< 0,05	< 0,001	< 0,001

Bảng 5 cho thấy ở nhóm HCTHTP đơn thuần, tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn cao hơn rõ rệt so với nhóm HCTHTP kết hợp, ngược lại tỷ lệ không thuyên giảm ở nhóm HCTHTP kết hợp cao hơn nhiều nhóm HCTHTP đơn thuần.

Bảng 6. Biểu chứng và tác dụng phụ của prednisolon

Biểu chứng và tác dụng phụ	Số BN	Tỷ lệ %
Tăng cân nặng	156	100
Béo mặt và bụng	156	100
Mọc lông ở lưng, ria mép	55	35,3
Mọc trứng cá ở mặt	31	19,9
Vết rạn trên da	20	12,8
Viêm loét dạ dày	15	9,6
Tăng huyết áp	12	7,9
Đái đường	2	1,3

Bảng 6 cho thấy hầu hết sau 4 tuần điều trị, bệnh nhân đều tăng cân mặc dù không phù. Béo mặt và bụng, mọc lông ở lưng, ria mép, vết rạn trên da là biểu hiện triệu chứng dạng Cushing. Ngoài ra còn gặp tăng huyết áp ở 7,9% bệnh nhân nhưng ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

- Tuổi phát bệnh trung bình là $7,11 \pm 4,13$. Cao hơn nghiên cứu của Mortazavi và CS (2016) là $4,98 \pm 2,61$ [4], nguyên cứu của Parikh RV và CS (2021) là $6,9 \pm 3,7$ [3]. Tương đương với nghiên cứu của Deniz Karakaya và CS, tuổi trung bình là $7,54 \pm 4,37$ [7]. Theo thống kê của Nguyễn Ngọc Sáng và cộng sự, tuổi mắc bệnh trung bình của HCTHTP ở trẻ em là $7,41 \pm 3,95$ tuổi [1]. Vũ Thuý Lan và Lê Nam Trà (1987): tuổi mắc bệnh trung bình của HCTHTP là $7,75 \pm 3,7$ tuổi [1]. Như vậy có thể nói rằng tuổi mắc bệnh thận hư ở trẻ em Việt Nam chủ yếu là tuổi học đường.

- Giới tính: Trong 156 bệnh nhân được chẩn đoán thận hư tiên phát, giới nam chiếm đa số 75,6%, tỷ lệ nam/nữ là 2,5/1. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Mortazavi và CS (2016) là 2:1 [4]. Sato, Ishikura và CS (2021) nam chiếm 60% [8]. Theo Makker và Heymann tỷ lệ nam/nữ là 1,9:1.

- Mùa: Bệnh khởi phát quanh năm, nhiều vào các tháng mùa đông xuân (tháng 11 đến tháng 2). Phù hợp với nghiên cứu của N.N.Sáng [1], N.T.Q Hương [5] có lẽ do mùa đông xuân thời tiết lạnh tạo điều kiện cho các bệnh miễn dịch - dị ứng phát triển.

- Địa dư: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhi chủ yếu sống ở nông thôn. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước như N.N.Sáng là [1], T.Đ. Long là 86,7%. Của D.T.T. Bình là 70,3%. N.T.Ánh là 72,8 % [1].

- Thể lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi HCTHTP thể đơn thuần là chủ yếu, chiếm 66,7% tương đương với các nghiên cứu trước đó như, N.N. Sáng, L.N.Trà 70% [1].

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Phù là dấu hiệu thường gặp nhất trong HCTHTP. Nhận xét về triệu chứng phù, đa số các tác giả khác ở trong nước và nước

ngoài đều cho rằng phù xuất hiện khoảng 95-100% bệnh nhân bị HCTH. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều có phù, Tỷ lệ bệnh nhân bệnh nhân phù nhẹ chiếm tỷ lệ cao 42,9%. Đặc biệt trong 23 BN (14,7%) có phù to kèm tràn dịch đa màng như màng phổi, bụng, tinh hoàn... Kết quả này cũng tương tự như kết quả của các tác giả khác [1], [3], [4].

- Kết quả xét nghiệm:

+ Tỷ số protein/ creatinin niệu trung bình trước điều trị $1056,03 \pm 318$ mg/mmol và sau 4 tuần $404,29 \pm 65$ mg/mmol. Tỷ số protein/ creatinin niệu sau điều trị 4 tuần giảm có nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,001$)

+ Sau 4 tuần điều trị, protein, albumin huyết thanh tăng, cholesterol giảm xuống so với trước điều trị có nghĩa thống kê $p < 0,05$; Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [1], [3], [5].

4.2. Về kết quả điều trị bằng prednisolon

- Mức độ đáp ứng với prednisolon: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 4 tuần điều trị 136 ca (87,2%) đạt thuyên giảm hoàn toàn, tỷ lệ thuyên giảm 1 phần có 9 ca (5,8%). Theo nghiên cứu Đ.T.Thẩm, tỷ lệ thuyên giảm hoàn toàn là 69,64%, thuyên giảm một phần chiếm 25%, không thuyên giảm chiếm 5,36%. T.T.Hoà không đáp ứng với điều trị là 6,7%, Zecevic và CS là 27,78% (Trích dẫn từ [1]).

- Mức độ đáp ứng với prednisolon theo thể lâm sàng: Bệnh nhân mắc HCTHTP đơn thuần có đáp ứng với prednisolon tốt hơn so với HCTHTP thể kết hợp. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của của Mortazavi và CS [4] 75,2 % đáp ứng với steroid, 24,8% kháng steroid. Asinobi và CS [6] 63,3% đáp ứng steroid.

Theo nghiên cứu của Mortazavi và CS [4] 73,9% nhạy cảm với steroid, 26,1% là kháng steroid. Theo Abbas Madani và CS thì

81,5% bệnh nhi HCTHTP đáp ứng với steroid (Trích dẫn từ [1]).

- Về biến chứng và tác dụng phụ: Hầu hết sau điều trị, bệnh nhân đều tăng cân mặc dù không phù. Béo mặt và bụng, mọc lông ở lưng, ria mép, vết rạn trên da là biểu hiện triệu chứng dạng Cushing, tương tự như nghiên cứu của N.N.Sáng và L.N.Trà [1]. Ngoài ra còn gặp tăng huyết áp ở 7,9% bệnh nhân nhưng ở mức độ nhẹ. Theo Mortazavi và CS tăng huyết áp gặp 14,6%[4]. Những nghiên cứu hơn nữa là cần thiết để theo dõi các tác dụng phụ lâu dài của prednisolon trong điều trị HCTHTP ở trẻ em.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu và bàn luận nói trên, cho phép chúng tôi có thể rút ra kết luận sau:

5.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng HCTHTP ở trẻ em

- Tuổi trung bình là $7,11 \pm 4,38$. Lứa tuổi gặp nhiều nhất là 5-10 tuổi (38,4%), ít gặp nhất là nhóm >10 tuổi (26,9%).

- Tỷ lệ nam/nữ = 2,5/1.

- Bệnh khởi phát quanh năm, chủ yếu là các tháng mùa đông xuân.

- Về lâm sàng, 100% bệnh nhân có phù trong đó phù nhẹ 67 (42,9%), phù vừa 52 (33,3%), phù nặng: 37 (23,7%). HCTHTP đơn thuần có 104 (66,7%), HCTH kết hợp 52 (33,3%).

- Về xét nghiệm: Tỷ số protein/creatinin niệu trung bình khi vào viện $1056,03 \pm 318 \text{ mg/mmol}$. protein máu toàn phần $47,51 \pm 5,48 \text{ g/l}$; albumin máu $18,87 \pm 3,95 \text{ g/l}$; cholesterol toàn phần $10,87 \pm 4,13 \text{ mmol/l}$;

5.2. Về kết quả điều trị bằng prednisolon

- Sau 4 tuần điều trị bằng prednisolon, có 136 ca (87,2%) thuyên giảm hoàn toàn, thuyên giảm 1 phần 9 ca (5,8%), không thuyên giảm 11 ca (7%).

- HCTHTP đơn thuần đáp ứng với prednisolon tốt hơn HCTHTP thể kết hợp.

- Biến chứng và tác dụng phụ của prednisolon chủ yếu là tăng cân nặng, béo mặt và bụng, mọc lông ở lưng, ria mép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Sáng và Lê Nam Trà (2016). Hội chứng thận hư tiên phát. Sách giáo khoa Nhi khoa (Textbook of pediatrics). Xuất bản lần thứ nhất, NXB Y học, Hà Nội, 1150–1161.
2. Agnes Trautmann et al (2022). IPNA clinical practice recommendations for the diagnosis and management of children with steroid-sensitive nephrotic syndrome. Guidelines. Pediatric Nephrology. <https://doi.org/10.1007/s00467-022-05739-3>.
3. Kellum J.A., Lameire N., et al. (2012). KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis. Kidney Int, 2, 139–274.
4. Mortazavi F. and Khiavi Y.S. (2016). Steroid response pattern and outcome of pediatric idiopathic nephrotic syndrome: a single-center experience in northwest Iran. Ther Clin Risk Manag, 7, 167–171.
5. Huong N.T.Q., Long T.D., Bouissou F., et al. (2009). Chronic kidney disease in children: The National Paediatric Hospital experience in Hanoi, Vietnam. Nephrology, 14(8), 722–727.
6. A O Asinobi, A D Ademola et al (2019). Steroid response in primary childhood nephrotic syndrome in a tropical african environment. Niger J Clin Pract. Jun;22(6):790-795.
7. Deniz Karakaya and Tülin Güngör al (2023). Identification of Disease and Drug-Related Complications and Associated Risk Factors in Patients with Childhood Idiopathic Nephrotic Syndrome. Research square, 1 1-17.
8. Sato M, Ishikura K, al (2021). Prognosis and acute complications at the first onset of idiopathic nephrotic syndrome in children: a nationwide survey in Japan (JP-SHINE study). Nephrol Dial Transplant. 2021 Feb 20;36(3):475-481.

THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Trần Thị Thu Hương^{1,2}, Nguyễn Thị Thuý Hằng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 237 người bệnh ĐTD typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xanh Pôn từ 01/2019 đến 12/2019; nhóm nghiên cứu (117 người) là những BN bệnh thận ĐTD được lựa chọn theo chuẩn tiêu và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu so sánh với nhóm chứng bệnh (120 người) là những người bệnh ĐTD typ 2 không mắc bệnh thận.

Kết quả: Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $67,83 \pm 7,78$ tuổi, nam (42,7%) và nữ (57,3%); tỷ lệ THA là 100%; trung bình HATT và trung bình HATr sau điều trị đều cao hơn so với nhóm chứng bệnh ($143,67 \pm 14,52$) mmHg so với ($127,91 \pm 14,35$) mmHg và ($83,33 \pm 7,07$) mmHg so với ($77,75 \pm 6,14$ mmHg), tất cả với $p < 0,001$; BN có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ phát triển bệnh thận ĐTD cao gấp 7,04 lần so với BN có HATT < 140 mmHg (95%CI: 3,97-12,47).

Kết luận: THA là phổ biến ở bệnh thận ĐTD, tỷ lệ chiếm 100%. Điều trị kiểm soát

HATT < 140 mmHg ở BN bệnh thận ĐTD gặp khó khăn hơn so với kiểm soát huyết áp ở BN ĐTD typ 2 không mắc bệnh thận, và BN có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ phát triển bệnh thận với (OR: 7,04; 95%CI: 3,97-12,47).

Từ khóa: Huyết áp, Đái tháo đường (ĐTD), Thận đái tháo đường

SUMMARY

SITUATION OF BLOOD PRESSURE CONTROL IN DIABETIC KIDNEY DISEASE TYPE 2 PERSONS IN THE OUTPATIENT DEPARTMENT AT SAINT PAUL'S GENERAL HOSPITAL

Objectives: Hypertension is both a consequence and a cause of the exacerbation in diabetic kidney disease (DKD). Objective: the study investigated the status of blood pressure control in patients with type 2 DKD from the outpatient department of Saint Paul's Hospital.

Methods: a descriptive study was performed on 237 subjects with type 2 diabetes who were treated as outpatients from January 2019 to December 2019. The case group included 117 patients with DKD who were selected according to the study's inclusion and exclusion criteria. The control group comprised of 120 individuals having type 2 diabetes without kidney disease.

Results: The rate of hypertension in diabetic kidney patients was 100%. The systolic blood pressure of patients with DKD after treatment was higher than the control group ($144/83$ mmHg versus $128/78$ mmHg) with $p < 0.001$. Patients with systolic blood pressure ≥ 140 mmHg were

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, Hà Nội

²Học viện Y Dược học Cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hương
ĐT: 0983290394

Email: tranthithuhuong0710@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

7.04 times more likely to develop DKD than patients with systolic blood pressure <140 mmHg (95% CI: 3.97-12.47).

Conclusion: Hypertension is a common symptom in patients with type 2 DKD, and the goal of having blood pressure <140 mmHg in patients with DKD is more difficult than in patients having type 2 diabetes without kidney disease.

Keywords: Blood pressure, diabetes, diabetic kidney disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận đái tháo đường (Bệnh thận ĐTĐ) là nguyên nhân phổ biến nhất trong số những bệnh nhân lọc máu chu kỳ, tỷ lệ chiếm khoảng 43,2% [1]. Bệnh thận ĐTĐ là một bệnh lý điều trị khá phức tạp và có chi phí điều trị cao hơn rất nhiều so với bệnh ĐTĐ [2], bởi người bệnh có nhiều yếu tố cần kiểm soát như THA, biến chứng tim mạch, albumin niệu... và bệnh thận mạn tiến triển có thể gây gia tăng tỷ lệ tử vong cho người bệnh ĐTĐ.

Tăng huyết áp (THA) được coi vừa là nguyên nhân vừa là hậu quả của tổn thương thận. THA gia tăng ở những người bệnh ĐTĐ typ 2 có bệnh thận mạn, và ngược lại suy thận mạn là nguyên nhân phổ biến nhất của THA kháng trị, được định nghĩa là không đạt được trị số huyết áp (HA) mục tiêu sau điều trị mặc dù đã kết hợp tối ưu ít nhất ba loại thuốc khác nhau bao gồm cả thuốc lợi tiểu [3]; mức độ nghiêm trọng của THA có liên quan đến nguy cơ phát triển tổn thương thận, là yếu tố nguy cơ mạnh mẽ liên quan đến tốc độ tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối [4].

Trong số các phương pháp can thiệp điều trị, ví dụ như tối ưu kiểm soát glucose thì kiểm soát tốt huyết áp là phương pháp điều

trị có hiệu quả nhằm bảo vệ tim mạch và thận cho người bệnh thận ĐTĐ. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu với mục tiêu khảo sát **“Thực trạng kiểm soát huyết áp trên bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- BN được chẩn đoán bị bệnh ĐTĐ typ 2: theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTĐ của Bộ Y tế-2015 khi có ≥ 1 trong 4 tiêu chí như sau:

+ Mức glucose máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/L (≥ 126 mg/dL). Hoặc:

+ Mức glucose máu bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/L (200mg/dL) ở thời điểm 2 giờ sau nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống. Hoặc:

+ HbA1c $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol theo Liên đoàn Sinh hoá Lâm sàng Quốc tế - IFCC). Hoặc:

+ Có các triệu chứng của ĐTĐ lâm sàng; Mức glucose máu ở thời điểm bất kỳ $\geq 11,1$ mmol/l (200mg/dL).

(Với tiêu chí glucose máu lúc đói và/hoặc nghiệm pháp dung nạp glucose bằng đường uống, thì phải làm hai lần vào hai ngày khác nhau).

Trong nghiên cứu này, các đối tượng nghiên cứu có tiền sử mắc ĐTĐ typ 2 có hồ sơ khám điều trị bệnh ĐTĐ ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- BN bị bệnh thận ĐTĐ: được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận ĐTĐ của Bộ Y tế -2015:

+ BN ĐTĐ có albumin niệu đơn độc (không kèm đái máu), tỷ lệ albumin niệu/creatinin niệu (ACR) > 300 mg/g hoặc

protein niệu/creatinin niệu $>0,15$; kéo dài và tăng dần theo thời gian, hoặc:

+ BN ĐTD có albumin niệu vi lượng (ACR: 30 – 300 mg/g) trong 2/3 lần xét nghiệm trong 3 tháng kèm theo:

+ Tổn thương võng mạc do ĐTD; Thời gian ĐTD typ 1 kéo dài trên 10 năm;

+ BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: các nguyên nhân khác có thể gây tăng bài tiết albumin niệu thoáng qua như glucose máu tăng cao, cơn THA, sốt cấp tính, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, suy tim... thường chỉ tạm thời và mất đi khi kiểm soát căn nguyên. Bệnh cầu thận tiến triển nhanh, do thuốc, dấu hiệu của bệnh lý hệ thống bị loại khỏi nghiên cứu.

- Trong nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu là các BN có tiền sử bệnh ĐTD typ 2 có albumin niệu (không kèm đái máu) kéo dài và tăng dần theo thời gian; BN có hồ sơ khám và điều trị bệnh ĐTD ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

Tiêu chuẩn đánh giá xác định có microalbumin niệu dương tính:

- Xác định chỉ số ACR= microalbumin niệu (mg/L)/ creatinin niệu (g/L)

- ACR (-) hoặc bình thường: <30 mg/g, và ACR (+): ≥ 30 mg/g gồm có: microalbumin

niệu (ACR: 30-299 mg/g); macroalbumin niệu (ACR ≥ 300 mg/g)

Chẩn đoán và phân loại THA: theo tiêu chuẩn chẩn đoán phân loại THA ở người lớn của Hội tim mạch Việt Nam năm 2018; hướng dẫn điều trị kiểm soát HA ở người bệnh ĐTD có bệnh thận mạn của Hội tim mạch Việt Nam năm 2018: THA khi huyết áp tâm thu (HATT) ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương (HATr) ≥ 90 mmHg.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Chọn mẫu trên BN có hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 21.0. Kết quả kiểm định được đánh giá có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$ (độ tin cậy trên 95%).

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành khi được phê duyệt của Hội đồng đạo đức của Học viện Y Dược học Cổ Truyền Việt Nam. Nghiên cứu đã được tiến hành khi có được sự chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn và đối tượng tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 237 người bệnh ĐTD typ 2, bao gồm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu ($n=117$) và nhóm chứng bệnh ($n=120$); nhóm chứng bệnh được lựa chọn có độ tuổi và tỷ lệ giới tương đồng với nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm		Nhóm nghiên cứu ($n = 117$) n (%)	Nhóm chứng bệnh ($n=120$) n (%)	p
Tuổi (năm)	TB $\pm$ SD (min-max)	67,83 (7,78) (43 - 80)	69,30 (7,24) (46 - 84)	0,112*
Giới tính	Nam	50 (42,7)	41 (34,2)	0,222**
	Nữ	67 (57,3)	79 (65,8)	

BMI (kg/m ²)	TB ± SD (min-max)	24,35 (2,55)	24,03 (2,56)	0,343*
Thời gian phát hiện ĐTĐ typ 2 (năm)	TB ± SD (min – max)	13,56 ± 5,72 (3 - 22)	15,69 ± 4,90 (10 - 30)	0,04***

*: Kiểm định Fisher; **: Kiểm định χ^2 ; ***: Kiểm định T (T test)

Nhận xét: BN nhóm nghiên cứu có thời gian phát hiện mắc ĐTĐ typ 2 thấp hơn so với nhóm chứng bệnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Đặc điểm về một số kết quả xét nghiệm về máu, nước tiểu và chức năng thận của đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm TB ± SD		Nhóm nghiên cứu (n = 117)	Nhóm chứng bệnh (n = 120)	p
Glucose máu lúc đói (mmol/L)		9,27 (3,20)	8,36 (2,78)	0,012**
HbA1c	(%)	7,71 (2,13)	6,94 (1,37)	0,007**
MLCT (ml/phút/1,73m ²)		51,53 (20,65)	77,58 (10,33)	<0,001*
CRP máu	(mg/L)	2,12 (1,59)	1,74 (1,65)	0,009**
Bạch cầu máu	(G/L)	7,92 (1,51)	7,17 (1,59)	<0,001*
ACR lần 1	(mg/g)	472, 14 (531,7)	8,45 (6,94)	<0,001**
ACR lần 2	(mg/g)	482,09 (523,65)	8,16 (7,90)	<0,001**
ACR lần 3	(mg/g)	454,66 (471,87)	9,00 (9,17)	<0,001**

*: Kiểm định T (T test); **: Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: BN nhóm nghiên cứu có chức năng thận suy giảm so với nhóm chứng bệnh với mức lọc cầu thận trung bình < 60ml/phút/1,73m² và ACR trung bình ≥ 300mg/g.

Bảng 3.3. Đặc điểm huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của nhóm nghiên cứu

Các đặc điểm		Nhóm nghiên cứu (n = 117)	Nhóm chứng bệnh (n = 120)	p
HATT (mmHg)	TB ± SD	143,67 (14,52)	127,91 (14,35)	<0,001
HATr (mmHg)	TB ± SD	83,33 (7,07)	77,75 (6,14)	<0,001

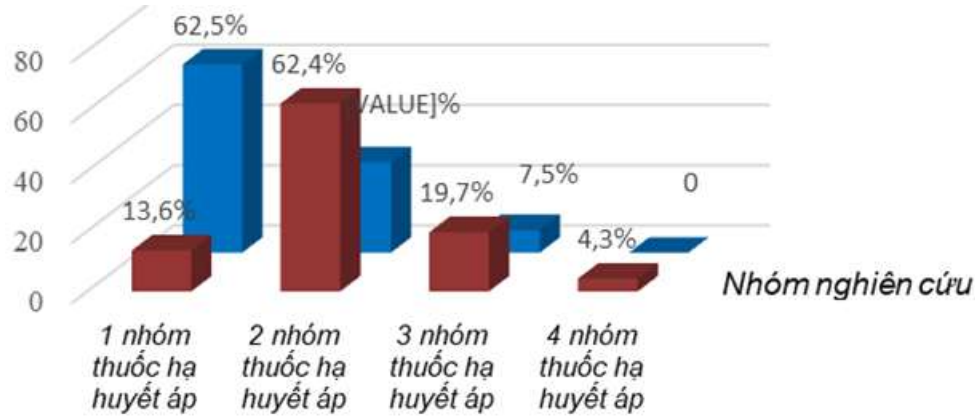
Kiểm định T (T test)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có trung bình HATT và trung bình HATr cao hơn so với nhóm chứng bệnh, và nhóm nghiên cứu có trung bình HATT >140 mmHg cho thấy thực trạng kiểm soát HA của nhóm nghiên cứu kém hơn so với nhóm chứng bệnh 128 mmHg; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

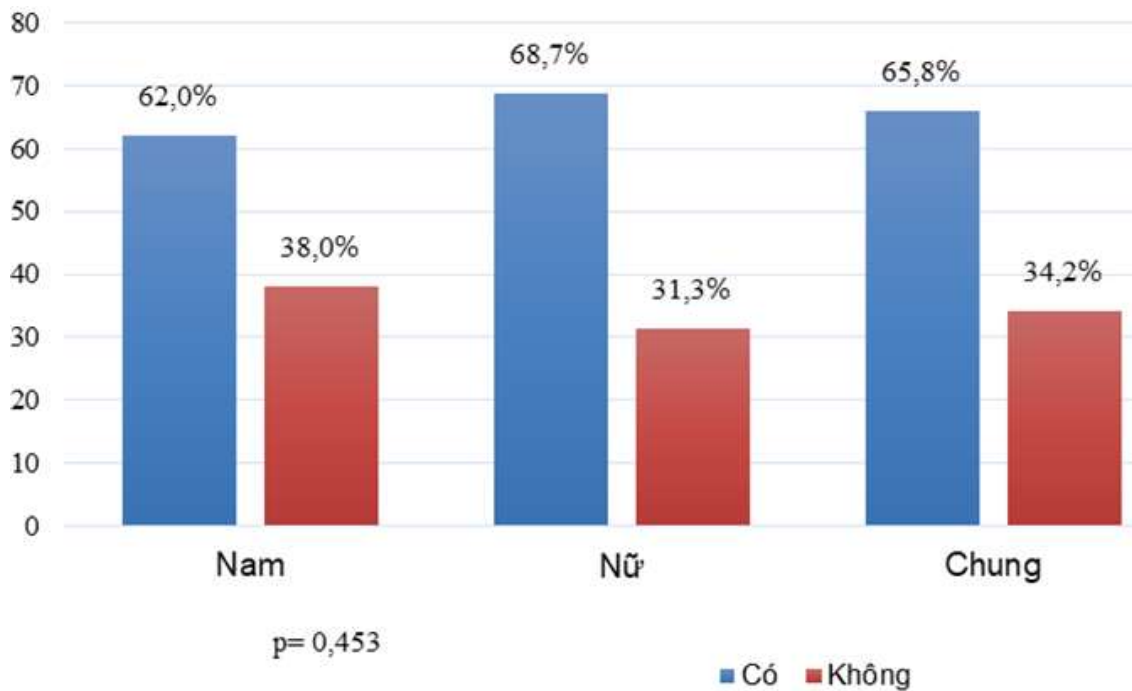
Bảng 3.4. Mối liên quan giữa HATT và HATr với bệnh thận đái tháo đường

Các đặc điểm		Nhóm nghiên cứu n(%)	Nhóm chứng bệnh n(%)	OR (95%CI) p
HATT (mmHg)	≥ 140	87 (74,4)	35 (29,2)	7,04 (3,97-12,47) < 0,001**
	<140	30 (25,6)	85 (70,8)	
HATr (mmHg)	≥ 90	47 (40,2)	7 (5,8)	10,84 (4,64 -25,31) < 0,001**
	< 90	70 (59,8)	113 (94,2)	

Nhận xét: THA có mối liên quan với bệnh thận ĐTĐ và BN có HATT ≥ 140 mmHg có nguy cơ phát triển bệnh thận ĐTĐ cao gấp 7,04 lần so với BN có HATT <140 mmHg với (OR: 7,04; 95%CI: 3,97-12,47).



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm sử dụng thuốc hạ huyết áp của đối tượng nghiên cứu $p < 0,001$



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc ACE/ARB của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: BN nhóm nghiên cứu sử dụng kết hợp hai nhóm thuốc hạ HA chiếm tỷ lệ cao nhất (62,4%), trong khi nhóm chứng bệnh sử dụng một nhóm thuốc hạ HA chiếm tỷ lệ cao nhất (62,5%). BN nhóm nghiên cứu

có sử dụng kết hợp từ 3 loại thuốc HA áp trở lên là 24% cao hơn gấp ba lần so với nhóm chứng bệnh là 7,5%, và tỷ lệ BN có sử dụng các thuốc ức chế ACE/ARB chiếm tỷ lệ khá cao là 65,8%. Sự khác biệt về sử dụng số

lượng các nhóm thuốc hạ HA giữa nhóm nghiên cứu và nhóm chứng bệnh với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

THA ở người bệnh ĐTĐ typ 2 chiếm khoảng 63% và gia tăng theo thời gian mắc bệnh ĐTĐ hoặc khi BN có biến chứng bệnh thận mạn [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, biểu đồ 3.1 cho thấy, tỷ lệ BN bệnh thận ĐTĐ có THA và đang được sử dụng thuốc điều trị hạ huyết áp là 100%. Hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa đánh giá được một cách toàn diện các liệu pháp phối hợp điều trị hạ HA, ví dụ như chế độ ăn, sinh hoạt của mỗi người bệnh. Vì vậy, chúng tôi coi THA là một đặc điểm định tính. Nghiên cứu của chúng tôi không chủ động sàng lọc các đối tượng có THA thứ phát nhưng trong tiêu chuẩn loại trừ của nhóm nghiên cứu chúng tôi đã loại bỏ các đối tượng có bất kỳ đặc điểm gợi ý bị THA trước khi mắc bệnh ĐTĐ.

Thực trạng kiểm soát THA của nhóm nghiên cứu, ở bảng 3.3 cho thấy, trung bình HATT và trung bình HATT của BN bị bệnh thận ĐTĐ sau điều trị đều cao hơn so với nhóm chứng bệnh, trong đó trung bình HATT là $(144,67 \pm 14,52)$ mmHg cao hơn so với nhóm chứng bệnh là $(127,91 \pm 14,35)$ mmHg với $p < 0,001$. Mặc dù, BN nhóm nghiên cứu có sử dụng nhiều nhóm thuốc hạ HA hơn so với BN nhóm chứng bệnh, ví dụ BN nhóm nghiên cứu sử dụng từ 2 nhóm thuốc hạ HA chiếm đến 62,4%, trong khi nhóm chứng bệnh sử dụng một loại thuốc hạ HA chiếm ưu thế là 62,5%, và BN có sử dụng kết hợp 2 nhóm thuốc hạ HA cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng bệnh (62,4% so với 30%) với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Al-

Salman RA và cộng sự 2009 [6], tỷ lệ BN có microalbumin niệu có uống thuốc hạ HA cao hơn rõ rệt so với nhóm chứng bệnh (53,6% so với 36,0%) với $p < 0,001$. Đặc biệt, tỷ lệ BN có sử dụng từ 3 nhóm thuốc hạ HA trở lên chiếm 24% và nhóm chứng bệnh là 7,5%. Kết quả nghiên cứu cho thấy, thực trạng kiểm soát HATT mục tiêu < 140 mmHg trên BN bệnh thận ĐTĐ khó khăn hơn so với những người bệnh ĐTĐ typ 2 không mắc bệnh thận.

Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (2018,) một trong các mục tiêu của quản lý chăm sóc người bệnh ĐTĐ có bệnh thận mạn là kiểm soát HATT $< 140/90$ mmHg nhằm trì hoãn sự tiến triển của bệnh thận mạn và giảm tỷ lệ tử vong do các bệnh lý tim mạch, và mục tiêu điều trị HA thấp dưới 130/80 mmHg có thể được xem xét dựa trên lợi ích và tiên lượng bệnh tật của từng BN [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bảng 3.4 kết quả cho thấy BN bệnh thận ĐTĐ có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg có nguy cơ phát triển bệnh thận ĐTĐ cao gấp 7,04 lần so với BN có HATT < 140 mmHg (95%CI: 3,97-12,47). BN của chúng tôi có tình trạng tổn thương cầu ống thận khá nặng nề, biểu hiện albumin niệu cao (nồng độ ACR trung bình ≥ 300 mg/g) trường diễn ở cả 3 lần xét nghiệm (Bảng 3.2). Đây là yếu tố nguy cơ có thể gây ra tắc nghẽn ống thận và biến chứng tim mạch cho BN bệnh thận ĐTĐ, và trong bốn nhóm thuốc điều trị hạ huyết áp thì nhóm thuốc ức chế ACE/ARB được sử dụng chiếm đến (65,8%); ba nhóm thuốc hạ HA khác chiếm (34,2%), biểu đồ 3.2. Tỷ lệ BN sử dụng thuốc ức chế RAAS trong nghiên cứu của chúng tôi cao tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Ahmad T và cộng sự [8]. Do đặc điểm THA và các tác động của thuốc ức chế ACE hay ARB trong điều trị hạ HA được xác định một

lần tại thời điểm nghiên cứu, cho nên, hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa thiết lập được mối liên hệ giữa THA và lợi ích khi sử dụng các thuốc ức chế ACE/ARB ở đối tượng nghiên cứu. Trong khi, hiện tượng thoát aldosterone có thể xảy ra khoảng 40% trong số những BN bệnh thận ĐTĐ giai đoạn đầu điều trị bằng thuốc ức chế ACE/ARB, hoặc BN bệnh thận ĐTĐ điều trị các thuốc này trong thời gian dài [9].

Hạn chế của nghiên cứu, con số HA là định tính chưa thể phản ánh hết cục diện THA trong suốt thời gian quản lý điều trị bệnh thận ĐTĐ. Đồng thời, chúng tôi chưa loại trừ được HA kiểm soát kém do chức năng thận giảm hay glucose máu lúc đói cao có thể nhạy cảm với sự thay đổi huyết áp tâm thu 24 giờ do tăng hoạt động của hệ giao cảm [10].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát thực trạng kiểm soát huyết áp trên 237 người bệnh ĐTĐ typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, trong đó có 117 bệnh nhân bị bệnh thận ĐTĐ có tuổi trung bình là $67,83 \pm 7,78$ tuổi. Chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp là phổ biến ở bệnh thận ĐTĐ, tỷ lệ chiếm 100%. Điều trị kiểm soát huyết áp tâm thu mục tiêu <140 mmHg trên bệnh nhân bệnh thận ĐTĐ gặp khó khăn hơn so với kiểm soát huyết áp tâm thu trên bệnh nhân ĐTĐ typ 2 không mắc bệnh thận, và bệnh nhân có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg có nguy cơ phát triển bệnh thận với (OR: 7,04; 95%CI: 3,97-12,47).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, các bác sĩ và điều dưỡng Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã tạo điều kiện cho chúng tôi trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Masakane I, Taniguchi M, Nakai S, et al** (2018), Dialysis Data Report 2016, JS Annual DT Renal Data Registry. Renal Replacement Therapy, 2018: p. 4-45.
2. **Dasgupta I** (2014). Cost of treating diabetic kidney disease. Indian J Nephrol, 2014. 24(3): p. 139-40.
3. **Rossignol P, Massy ZA, Fouque D, et al** (2018). Era Edta Eureka m working group Red de Investigacion Renal network Cardiovascular Renal Clinical Trialists network, The double challenge of resistant hypertension and chronic kidney disease. Lancet. 386(10003): p. 1588-98.
4. **Viazzi F, Leoncini G, Grassi G, Pontremoli R** (2018). Antihypertensive treatment and renal protection: Is there a J-curve relationship? J Clin Hypertens (Greenwich). 20(11): p. 1560-1574.
5. **Harris SB, Ekoe JM, Zdanowicz Y, et al** (2005). Glycemic control and morbidity in the Canadian primary care setting (results of the diabetes in Canada evaluation study). Diabetes Res Clin Pract. 70(1): p. 90-7.
6. **Al-Salman RA, Al-Basri HA, Al-Sayyad AS, Hearnshaw HM** (2009). Prevalence and risk factors of albuminuria in Type 2 diabetes in Bahrain. J Endocrinol Invest. 32(9): p. 746-51.
7. **American Diabetes Association** (2018), 10. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 41(Suppl 1): p. S105-S118.
8. **Ahmad T, Ulhaq I, Mawani M, et al** (2017). Microalbuminuria in Type-2 Diabetes Mellitus; the tip of iceberg of diabetic complications. Pak J Med Sci. 33(3): p. 519-523.
9. **Sato A, Hayashi K, Naruse M, et al** (2003). Effectiveness of aldosterone blockade in patients with diabetic nephropathy. Hypertension. 41(1): p. 64-8.
10. **Ozawa M, Tamura K, Iwatsubo K, et al** (2008). Ambulatory blood pressure variability is increased in diabetic hypertensives. Clin Exp Hypertens. 30(3): p. 213-24.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ BẰNG LASER DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM TẠI BVĐK TỈNH BÌNH ĐỊNH

Hoàng Văn Khả¹, Huỳnh Tấn Trí¹, Trần Xuân Hòa¹, Đặng Tuấn Hải¹
Phan Thiết Tùng¹, Nguyễn Triều Minh¹, Nguyễn Anh Quốc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng Laser Holmium dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, tiến cứu. Các bệnh nhân được điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng Laser Holmium dưới hướng dẫn siêu âm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Định, từ tháng 12/2020 - 03/2023.

Kết quả: Gồm 97 bệnh nhân. Sỏi bể thận đơn thuần và sỏi bể thận phối hợp với sỏi đài: 90,7%. Kích thước sỏi trung bình: $3,18 \pm 0,44$ (2,5 – 4,6) cm. Thời gian phẫu thuật trung bình: $57,85 \pm 9,14$ (40 - 90) phút. Thời gian nằm viện trung bình: $3,56 \pm 1,02$ (2-10) ngày. Tỷ lệ sạch sỏi: 84,5%. Không có tai biến và biến chứng sau mổ.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng laser Holmium dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp điều trị ít xâm lấn, hiệu quả, an toàn cao, hồi phục sau mổ nhanh và phù hợp với những trường hợp sỏi thận ≥ 2 cm.

Từ khóa: tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

SUMMARY

INITIAL RESULTS ON MINI- PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY BY HOLMIUM LASER UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT BINH DINH GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluation initial results on mini-percutaneous nephrolithotomy by Holmium laser under ultrasound guidance at Binh Dinh general hospital.

Patients and methods: Study by method of description, prospective data analysis. Patients treated for kidney stones by mini-percutaneous nephrolithotomy by Holmium laser at Binh Dinh general hospital from 12/2020 to 03/2023.

Results: Including 97 patients. Renal pelvis stones alone or combined renal pelvis stones with calyx stones 90,7%. Median length of the stone was 3.18 ± 0.44 (2.5-4.6)cm. Median time mini-percutaneous nephrolithotomy 57.85 ± 9.14 (40-90) minutes. Hospitalization: 3.56 ± 1.02 (2-10) days. The stone clearance rate 84.5%. No complications after surgery.

Conclusion: mini- percutaneous nephro-lithotomy by Holmium laser under ultrasound guidance for treatment of renal calculi is a invasive treatment, effective, safe, quick recovery after surgery and consistent with the kidney stone cases more than 2cm.

Keyword: mini-percutaneous nephrolithotomy

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Định

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Tuấn Hải

ĐT: 0979391012

Email: bstuanhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Fernström và Johansson lần đầu mô tả tán sỏi thận qua da (PCNL) bệnh nhân tư thế nằm sấp vào năm 1976[5] phương pháp này ngày càng phát triển và được cải tiến dần. Tại Việt nam vào năm 2004, tán sỏi thận qua da được thực hiện ở các trung tâm Tiết Niệu: BV Bình Dân; BV TW Huế; BV Hữu Nghị Việt Đức, BV Đại học Y Hà Nội ... và ngày càng phát triển mạnh mẽ. BVĐK Tỉnh Bình Định: Phẫu thuật tán sỏi thận qua da được thực hiện từ tháng 11/2020 với hỗ trợ của BV Đại học Y Hà Nội, BV Hữu Nghị Việt Đức. Nay chúng tôi báo cáo “Bước đầu tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng laser holmium dưới hướng dẫn siêu âm tại BVĐK Tỉnh Bình Định”.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng laser holmium dưới hướng dẫn siêu âm qua loạt mổ đầu tiên tại BVĐK Tỉnh Bình Định

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm 97 bệnh nhân có sỏi thận với kích thước $\geq 2\text{cm}$; được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Định, từ tháng 12/2020 đến tháng 3/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế: nghiên cứu tiền cứu.
- Phương tiện, dụng cụ: Hệ thống máy nội soi của hãng Karl storz, ống soi thận kích thước 16 Fr. Bộ nong Thận bằng nhựa tạo đường hầm khoảng 18 Fr, máy tán sỏi Laser

Holmium 90W của hãng ACCU-TECH và máy siêu âm xách tay của hãng SIEMENS.

- Quy trình thực hiện

Bước 1: Vô cảm : gây tê tùy sống hoặc gây mê.

Bước 2: Tư thế bệnh nhân nằm ngửa, tiến hành soi bàng quang và đặt catheter niệu quản ngược dòng

Bước 3: Tạo đường hầm

+BN nằm nghiêng khoảng 90 độ. Siêu âm hướng dẫn kim chọc dò vào đài thận có thể tiếp cận trực tiếp vào sỏi ở bể thận, đài thận.

+ Có dấu hiệu ra nước tiểu hay chạm sỏi hoặc bơm ngược dòng có nước ra ở kim chọc dò. Tiến hành nong dần bằng bộ nong nhựa (ACCU-TECH) để tạo đường hầm cỡ 18 Fr.

Bước 4: Tán sỏi: đưa dụng cụ soi vào thận, xác định vị trí, số lượng sỏi và dùng thiết bị tán sỏi tiến hành tán vụn sỏi bằng Laser Holmium, bơm rửa hoặc dùng Dormia lấy sỏi.

Bước 5: Sau tán sỏi: Xác định sạch sỏi và tiến hành đặt JJ xuôi dòng, dẫn lưu thận bằng thông Foley 14 Fr.

- Hậu phẫu: theo dõi sau phẫu thuật: ngày thứ 2 hoặc 3 sau phẫu thuật sẽ rút thông tiểu và chụp KUB để đánh giá sạch sỏi

- Đánh giá kết quả:

+ Thời gian phẫu thuật

+ Thời gian nằm viện sau mổ

+ Sạch sỏi: Không thấy sỏi cản quang hay có sỏi cản quang $KT \leq 4\text{mm}$.

+ Không sạch sỏi: còn sỏi cản quang $> 4\text{mm}$

+ Các tai biến và biến chứng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm sỏi****Bảng 1: Vị trí và kích thước sỏi**

Loại sỏi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bể thận đơn thuần	46	47,4
Bể thận + đài thận	42	43,3
Sỏi san hô	09	9,3
Kích thước	X ± SD (cm)	
Trung bình	3,18 ± 0,44 (cm)	

- Kích thước sỏi lớn nhất là 4,6 cm, nhỏ nhất là 2,5cm, có 15 trường hợp sỏi có kích thước > 3,5 cm phải tán sỏi thận qua da lần 2

Bảng 2: Độ giãn của thận bệnh lý

Độ giãn thận	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không giãn	15	15,5
Giãn độ I	39	40,2
Giãn độ II	32	33
Giãn độ III	11	11,3

- Thận giãn độ I và độ II chiếm đa số 73,2%

3.2. Đặc điểm kỹ thuật**Bảng 3: Vị trí chọc dò đài thận**

Chọc dò đài thận	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhóm đài trên	0	0
Nhóm đài giữa	72	69,8
Nhóm đài dưới	25	30,2

- Đường vào đài thận để tạo đường hầm chủ yếu là nhóm đài giữa chiếm 69,8%, tất cả các trường hợp đều tạo một đường hầm

Bảng 4: Thời gian mổ và thời gian nằm viện

	X ± SD	Ngắn nhất – Dài nhất
Thời gian mổ (phút)	57,85 ± 9,14	40 – 90 phút
Thời gian nằm viện (ngày)	3,56 ± 1,02	2 – 10 ngày

- Thời gian mổ ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 90 phút

- Thời gian nằm viện nhanh nhất là 2 ngày, lâu nhất là 10 ngày do 1 trường hợp sau mổ bệnh nhân mắc COVID19.

3.3. Kết quả và tai biến, biến chứng**Bảng 5: Kết quả, tai biến, biến chứng**

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sạch sỏi	82	84,5
Chưa sạch sỏi	15	15,5
Chuyển mổ mở	0	0
Tai biến, biến chứng	0	0

- Có 15 trường hợp thực hiện lấy sỏi thận qua da lần 2 do kích thước sỏi lớn, sau đó chụp KUB kiểm tra không thấy sỏi cản quang hoặc sỏi cản quang KT ≤ 4mm.

IV. BÀN LUẬN

Khoa ngoại Thận Tiết Niệu BVĐK Tỉnh Bình Định chúng tôi triển khai và ứng dụng phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) bằng laser holmium từ tháng 12/2020. Qua 97 trường hợp đã thực hiện cho tỷ lệ sạch sỏi là 84,5%, không có trường hợp nào chảy máu phải truyền máu và chuyển sang mổ hở. So với các tác giả nghiên cứu PCNL như Vũ Nguyễn Khải Ca (2015) tại BV Hữu Nghị Việt Đức tỷ lệ sạch sỏi là 86,2% [1], Kiều Đức Vinh (2015) BV TƯQĐ 108 tỷ lệ sạch sỏi là 62,4% [3] thì đây là kết quả bước đầu đáng khích lệ đối với chúng tôi.

Trong 97 trường hợp trong nghiên cứu thì có 15 trường hợp sỏi có kích thước $\geq 3,5$ cm, 15 trường hợp này sau khi tán lần 1 thì vẫn còn sót sỏi (phim KUB) và phải tiến hành tán sỏi lần 2 mới sạch sỏi.

Chúng tôi nhận thấy việc xác định được đài thận ưu tiên để chọc dò tạo đường hầm để tiếp cận được với sỏi là bước hết sức quan trọng, là bước quan trọng để cho cuộc mổ thành công.

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi đa số là tạo đường hầm vào nhóm đài giữa và chúng tôi chỉ tạo 1 đường hầm không có trường hợp nào phải tạo thêm đường hầm thứ hai.

Thời gian phẫu thuật của chúng tôi trung bình là $57,85 \pm 9,14$ phút, thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $3,56 \pm 1,02$ ngày so với các tác giả [1,3] là chấp nhận được, hy vọng trong thời gian tới thời gian mổ sẽ giảm xuống.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu ban đầu chúng tôi nhận thấy tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ (mini-PCNL) bằng laser holmium:

- Phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm hại, ít chảy máu, an toàn, hiệu quả, thời gian hồi phục nhanh, vết mổ thẩm mỹ.

- Phù hợp nhu cầu hiện tại điều trị sỏi thận tại BVĐK Tỉnh Bình Định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Nguyễn Khải Ca và cs** (2015), “Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4), tr277-281.
2. **Vũ Văn Ty** (2015), “Lấy sỏi thận qua da”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4), tr7-15.
3. **Kiều Đức Vinh và cs** (2015), “Kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại Bệnh viện 108”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4), tr111-116.
4. **Celik H. et al** (2015), “An overview of percutaneous nephrolithotomy”, EMJ. Urology, 3(1), pp46-52.
5. **I. Fernström and B. Johansson**, "Percutaneous pyelolithotomy. A new extraction technique," Scandinavian Journal of Urology and Nephrology, vol. 10, pp. 257-259, 1976.
6. **Giusti G. et al** (2007), “Miniperc? No, thank you!", Eur. Urol., 51, pp810-814.
7. **Guohua Z. et al** (2007), “Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for staghorn calculi: a novel single session approach via multiple 14-18Fr tracts”, Surg laparosc Endosc percutan tech, 17, pp124-128.
8. **Khalaf ES. Et al** (2013), “The outcome of open renal stone surgery calls for limitation of its use: A single institution experience”, African journal of urology, 19, pp58-65.
9. **Miller NL. et al** (2007), “Techniques for fluoroscopic percutaneous renal access”, The journal of urol., 178, pp15-23.
10. **Sampaio FJ.** (2000), “Renal anatomy. Endourologic considerations”, Urol. Clin. North Am, 27, pp585-607.
11. **Sharma GR. et al** (2015), “Fluoroscopy guided percutaneous renal access in prone position”, World journal of clinical cases, 3(3), pp245-264.
12. **Yuhico MP., Ko R.** (2008), “The current status of percutaneous nephrolithotomy in the management of kidney stones”, Minerva urologica e nefrologica, 60(3), pp159-175.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trương Minh Khoa¹, Nguyễn Phước Lộc¹, Trương Công Thành¹
Lê Quang Trung², Đỗ Công Đoàn¹, Đặng Thế Oánh¹, Trần Quốc Cường²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị tán sỏi ngoài cơ thể sỏi niệu quản 1/3 trên.

Đối tượng và phương pháp: những bệnh nhân có sỏi niệu quản 1/3 trên có kích thước $\leq 20\text{mm}$, được điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 1/2020 đến 10/2021; phương pháp: tiền cứu mô tả cắt ngang.

Kết quả: tổng cộng có 150 trường hợp. Tỷ lệ thành công cộng dồn cho một lần tán là 74%, cho 2 lần tán là 89,33%, 3 lần tán là 90,67%, 4 lần tán là 92%, có 98,36% chỉ đau mức độ nhẹ và 1,64% không đau. Triệu chứng thường gặp nhất sau tán sỏi là 90,2% tiểu máu thoáng qua 2-3 lần và tự hết, có 0,5% tiểu máu kéo dài hơn 2 ngày.

Kết luận: phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên với tỷ lệ thành công cao (92%), ít xâm lấn nhất, và không cần vô cảm kết hợp... là rất cần được nhân rộng điều trị cho bệnh nhân.

Từ khóa: sỏi niệu quản, tán sỏi ngoài cơ thể, ESWL.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY IN TREATMENT OF UPPER URETERAL STONE AT CAN THO CENTER GENERAL HOSPITAL

Objectives: evaluate results of the treatment of 1/3 upper ureteral stones by extracorporeal shock wave lithotripsy at Can Tho central general hospital.

Subjects and research methods: subject: patients with upper ureteral stones with size $\leq 20\text{mm}$, are treated with extracorporeal lithotripsy at Can Tho Central General Hospital from 1/2020 to 10/2021; method: research cross-sectional description.

Results: A total of 150 cases. Cumulative success rate for one application is 74%, for 2 applications is 89.33%, 3 times is 90.67%, 4 times is 92%, 98.36% has only mild pain and 1.64% painless. The most common symptom after lithotripsy was 90.2% transient hematuria 2-3 times and spontaneously resolved, 0.5% hematuria lasting more than 2 days.

Conclusion: extracorporeal lithotripsy treatment of ureteral stones with a high success rate (92%), the least invasive, and no need for anesthesia combined... is more widely used.

Keywords: ureteral stone, extracorporeal lithotripsy, ESWL.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trương Minh Khoa

ĐT: 0989171007

Email: bstruongminhkhoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/5/2023

Ngày phản biện: 20/5/2023

Ngày duyệt đăng: 6/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT) là một phương pháp ít gây xâm lấn và dựa trên nguyên lý sóng chấn động tập trung vào một tiêu điểm (viên sỏi) với một áp lực cao làm vỡ hoặc làm vụn viên sỏi sau đó bài tiết ra ngoài theo đường tự nhiên. Tán sỏi ngoài cơ thể không cần vô cảm như tê tủy sống hay gây mê, nên không có thêm các tai biến – biến chứng của gây mê, gây tê trong điều trị sỏi [Error! Reference source not found.], [8]. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả tán sỏi ngoài cơ thể sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2020-2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: gồm những bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản 1/3 trên và thỏa mãn điều kiện:

- Sỏi niệu quản có chỉ định TSNCT và có kích thước $\leq 20\text{mm}$.
- Các bệnh nhân đồng ý điều trị bằng phương pháp TSNCT.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bế tắc đường bài tiết dưới vị trí sỏi; bệnh nhân không hợp tác, có bất thường bẩm sinh của thận, có u thận cùng bên, có đặt mảnh ghép vùng lưng,

mảnh ghép tim hoặc đang có nhiễm trùng cấp do sỏi chưa điều trị ổn định; rối loạn đông máu, phình động mạch chủ; phụ nữ có thai; gù vẹo cột sống nặng [1], [3].

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2021.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

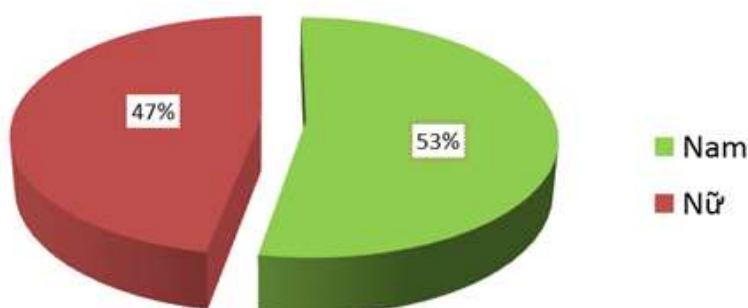
Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính ước lượng một tỷ lệ với độ tin cậy là 95%, sai số $d = 5\%$, với tỷ lệ thành công là 91,3% của tác giả Nguyễn Lê Hoàng Anh năm 2015 [Error! Reference source not found.].

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Thế vào công thức ta được $n \geq 122,06$. Nghiên cứu chúng tôi có 150 bệnh nhân TSNCT.

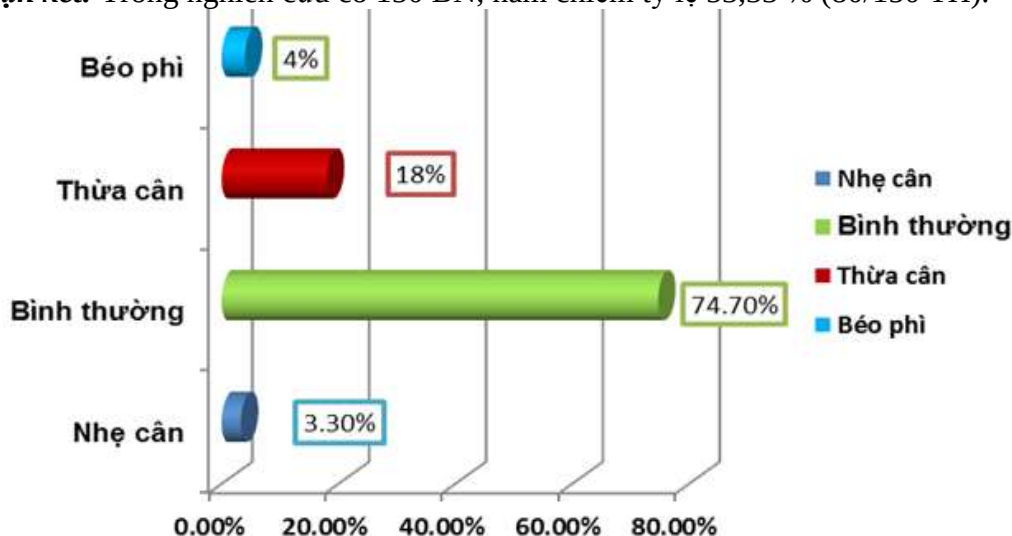
Kỹ thuật tán sỏi: sử dụng máy C-arm để định vị sỏi. Định vị lại sỏi trong quá trình tán sau mỗi 400 – 500 xung hoặc khi phát hiện BN có di chuyển. Phát xung động sóng với tần số từ 70 – 80 lần/phút, số xung cho mỗi lần tán không quá 3000 xung, khi chưa đến 3000 xung nhưng sỏi thay đổi trên Xquang không nhìn được viên sỏi thì ngừng tán, cường độ cho mỗi lần tán có công suất là 7 – 10 W. Thời gian trung bình cho mỗi lần tán 45 – 50 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính (N = 150)

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 150 BN, nam chiếm tỷ lệ 53,33 % (80/150 TH).



Biểu đồ 2. Phân bố chỉ số khối cơ thể BMI (N = 150)

Nhận xét: BMI trung bình là $23,26 \pm 3,03$ (từ 17 đến 32), có 4% với BMI >30 Kg/m² da.

Bảng 1: Kết quả tán sỏi ngoài cơ thể

Kết quả	Lần tán sỏi ngoài cơ thể (n=184)			
	Lần1(n=150)	Lần 2(n=28)	Lần 3(n=4)	Lần 4(n=2)
Thành công	111	23	2	2
Chưa sạch sỏi	28	4	2	0
Chuyển TSNS	11	1	0	0
Tỷ lệ % thành công/lần	74%	82,14%	50%	100%
Tỷ lệ % gộp thành công	74%	89,33%	90,67%	92%

Nhận xét: tỷ lệ thành công theo số lần tán sỏi gộp tăng dần từ 74% đến 92%.

Bảng 2: Nguyên nhân tán sỏi ngoài cơ thể thất bại

Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ	Tổng
Thành công	138	92%	92%
BN không muốn TSNCT	7	4,67%	8%
Ứ nước thận tăng lên	2	1,33%	
Sỏi kẹt ở niệu quản chậu	2	1,33%	
Sỏi không vỡ	1	0,67%	

Nhận xét: Có 7/12 trường hợp không đồng ý tiếp tục TSNCT.

Bảng 3: Mức độ đau sau khi tán sỏi ngoài cơ thể

Kết quả	Lần tán sỏi ngoài cơ thể			
	Lần 1(n=150)	Lần 2(n=28)	Lần 3-4(n=6)	Tổng cộng
Không đau	2 (1,33%)	1 (3,57%)	0	3 (1,64%)
Đau nhẹ	148 (98,67%)	27 (96,43%)	6	181(98,36%)
Đau vừa đến nhiều	0	0	0	0

Nhận xét: Có 141/184 trường hợp (76,63%) tiêm thuốc giảm đau trước tán và có 98,36% đau mức độ nhẹ.

Bảng 4: So sánh kết quả tán sỏi ở 2 nhóm kích thước sỏi

Kích thước sỏi	So sánh kết quả tán sỏi ở 2 nhóm kích thước sỏi			
	Thành công	Thất bại	Tổng cộng	Kiểm định
$\leq 10\text{mm}$	68	7	75	p = 0,53
$> 10 \text{ đến } \leq 20\text{mm}$	56	5	61	
Trung bình (mm)	$10,5 \pm 2,8$	$10,9 \pm 3,6$	$10,5 \pm 2,9$	p = 0,58

Nhận xét: Với độ tin cậy 95%, so sánh giữa 2 nhóm không thấy sự khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm về kết quả tán sỏi (Chi-square, p = 0,53). Kích thước trung bình nhóm thành công 148 trường hợp và nhóm thất bại 12 trường hợp không thấy sự khác biệt về kích thước trung bình đến kết quả tán sỏi giữa 2 nhóm (T-test, p = 0,58).

Bảng 5. Kết quả tán sỏi theo mức độ cản quang sỏi trên cắt lớp vi tính

Độ cản quang	Kết quả tán sỏi		
	Thành công	Thất bại	Chi-square
Sỏi không cản quang hoặc cản quang kém	25	5	p = 0,015
Sỏi cản quang trung bình và mạnh	129	6	

Nhận xét: Có sự khác biệt về kết quả điều trị và mức độ sỏi cản quang (p = 0,015).

Bảng 6. Kết quả tán sỏi theo mức độ ứ nước thận

Kết quả	Kết quả tán sỏi theo độ ứ nước thận			
	Độ 0-1	Độ 2-3	Tổng cộng	Chi-square
Thành công	113	53	166	p = 0,487
Thất bại	7	5	12	

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa nhóm độ thận ứ nước và kết quả điều trị (p = 0,487).

Bảng 7. Kết quả TSNCT có lưu thông JJ trước

Thông JJ		Kết quả TSNCT có lưu thông JJ trước		
		Thành công	Thất bại	Tổng cộng
Có thông JJ	Có	14 (9,3%)	3 (2%)	17 (12,3%)
	Không	124 (82,7%)	9 (6%)	133 (88,7)
Tổng cộng		138 (92%)	12 (8%)	150 (100%)

Nhận xét: Trong 17 trường hợp (12,3 %) có lưu thông JJ trước TSNCT ghi nhận có 14 trường hợp thành công (9,3%) và 3 trường hợp (2%) thất bại.

Bảng 8. Triệu chứng sau tán sỏi

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	159	86,4	Tiểu máu > 2 ngày	1	0,5
Đau tăng hơn	6	3,3	Tăng độ ứ nước thận	3	1,6
Sốt	1	0,5	Đau quặn thận	14	7,6
Tổng (N=184)	100%				

Nhận xét: Có 14/184 trường hợp (7,6%) đau quặn thận sau tán sỏi, 6/184 trường hợp (3,3%) đau lưng tăng lên, 3/184 trường hợp thận ứ nước tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

Giới tính: Trong nghiên cứu có 150 BN, số lượng nam và nữ gần tương đương nhau, với tỷ lệ nam:nữ là = 1,14:1, tỷ lệ này có khác biệt với các tác giả ngoài nước.

Bảng 9. so sánh tỷ số giới tính của các nghiên cứu

Tác giả	Chang (2019) [4]	Elke (2019) [5]	Anh (2015) [1]	Yoon (2021) [10]
Nam:Nữ	1,68:1	2,69:1	1,46:1	2,26:1

BMI: Chúng tôi ghi nhận BMI trung bình là $23,26 \pm 3,03$, tương đương với các tác giả khác như: Yoon (2021) $23,3 \pm 4,5$ (17,7–36,2) [10], Chang (2019) là $24,59 \pm 3,13$ [4].

Kết quả tán sỏi ngoài cơ thể: Tỷ lệ thành công chung trong nghiên cứu là 92% gần giống với tác giả khác, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Bảng 10. So sánh tỷ lệ sạch sỏi niệu quản 1/3 trên sau TSNCT

Tác giả	Batra (2018) [3]	Joshi (2017) [8]	Yoon (2021) [10]
Tỷ lệ sạch sỏi	93,4%	88,9%	90%

Nguyên nhân tán sỏi ngoài cơ thể thất bại: Tác giả Joshi H.N (2017) ghi nhận có 4 trường hợp thất bại được tán sỏi nội soi ngược dòng thành công, 1 trường hợp phải mở mổ lấy sỏi [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8% tán sỏi ngoài cơ thể thất bại và hầu hết là do bệnh nhân không muốn tán sỏi ngoài cơ thể.

Mức độ đau sau khi tán sỏi ngoài cơ thể: Theo Elke B (2019) đề nghị nên dùng thuốc giảm đau trước khi TSNCT [11]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 98,36% đau mức độ nhẹ và 1,64% không đau.

So sánh kết quả tán sỏi ở 2 nhóm kích thước sỏi: Trong nghiên cứu, chúng tôi so sánh kích thước trung bình nhóm thành công 138 trường hợp và nhóm thất bại 12 trường hợp thấy không thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p = 0,45$). Trái ngược với tác giả Elke B.(2019) ($p < 0.001$) [5], Chang H.K (2019) [4].

Kết quả tán sỏi theo cản quang: Chúng tôi nhận thấy độ cản quang ảnh hưởng đến kết quả sạch sỏi, cản quang thấp tỷ lệ sạch sỏi càng cao ($p = 0,015$). Điều này phù hợp với tác giả Nguyễn Lê Hoàng Anh (2015) [1].

Kết quả tán sỏi theo độ ứ nước thận: Chúng tôi không thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm ứ nước (độ 0-1 và độ 2-3) về kết quả TSNCT ($p = 0,487$). Kết quả này phù hợp nghiên cứu Abuelnaga M.(2020) [2].

Kết quả TSNCT có lưu thông JJ trước: Tác giả Goel H.(2018) cho rằng thông JJ là một yếu tố ảnh hưởng tốt đến kết quả TSNCT [7]. Theo Sharma R.(2017), thông JJ giúp không dễ tắc nghẽn niệu quản do các mảnh vỡ sau TSNCT [9]. Tác giả Chung D.Y(2015) nhận thấy nhóm có ống thông JJ không đau sau TSNCT ($p < 0,001$) [10]. Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Triệu chứng sau tán sỏi:

Phần lớn xuất hiện trong thời gian ngắn và là các biến chứng Clavien-Dindo độ I và II cần điều trị bằng thuốc. Trong đó phổ biến nhất là cơn đau quặn thận (28%) [6].

Tiểu máu: Tác giả Elker B.(2019) báo cáo 19 trường hợp có tiểu máu kéo dài sau TSNCT [5]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 90,2% bệnh nhân có tiểu máu thoáng qua, có 0,5% (1 trường hợp) tiểu máu kéo dài hơn 2 ngày, và có 9,2% bệnh nhân không có tiểu máu.

Đau: Tác giả Nguyễn Lê Hoàng Anh (2015) báo cáo 5,6% đau quặn thận sau TSNCT [1]. Nghiên cứu chúng tôi 7,6% đau quặn thận, 3,3% đau lưng tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi ngoài cơ thể trong điều trị sỏi niệu quản có kích thước $\leq 20\text{mm}$ có tính an toàn, hiệu quả cao, với tỷ lệ thành công chung cao (92%). Tiểu máu ngay sau tán sỏi là triệu chứng thường gặp nhất (90,2%). Triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân nhất là đau quặn thận (7,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lê Hoàng Anh và cs (2015), “So sánh hiệu quả của tán sỏi ngoài cơ thể và nội soi tán sỏi ngược chiều bằng LASER trong điều trị sỏi niệu quản đoạn lưng”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 19, 4, tr. 124-130.
2. Abuelnaga M., Alsadoun L. (2020), “Does the degree of stone-induced hydronephrosis affect the outcome of shock-wave lithotripsy in patients with proximal ureteral stones?”, The Egyptian Journal of Surgery, 39, 2, pp. 415- 420.
3. Batra R., et al (2018), “Role of extracorporeal shock wave lithotripsy in management of upper ureteric stones”, African Journal of Urology, 24, pp. 186- 190.
4. Chang H.K, et al (2019), “The efficacy of early extracorporeal shockwave lithotripsy for the treatment of ureteral stone”, Urology Journal, 16, 4, pp. 331- 336.
5. Elke B., et al (2019), “The influence of pain on the outcome of extracorporeal shockwave lithotripsy”, Curr. Urol., 12, pp. 81- 87.
6. Fontanet S, et al (2023), “Bowel Perforation after Extracorporeal Wave Lithotripsy: A Review of the Literature”. J Clin Med. 2023 Jan 29;12(3):1052.
7. Goel H., et al (2018), “Role of clinical and radiological parameters in predicting the outcome of shockwave lithotripsy for ureteric stones”, Urology Annals, Wolters Kluwer- Medknow, pp. 159- 164.
8. Joshi H.N., et al (2017), “Management of proximal ureteric stones: Extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL) versus ureterorenoscopic lithotripsy (URSL)”, Kathmandu University Medical Journal, 60, 4, pp. 348- 351.
9. Sharma R. et al (2017), “Can a brief period of double J stenting improve the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy for renal calculi sized 1 to 2 cm?”, Investig. Clin. Urol., 58, pp.103-108.
10. Yoon JH, et al (2021), “Outcomes of extracorporeal shock wave lithotripsy for ureteral stones according to ESWL intensity”. Transl Androl Urol. 2021 Apr;10(4):1588-1595.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TỬ VONG Ở CÁC BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN NHIỄM COVID-19 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA NỘI THẬN – MIỄN DỊCH GHÉP BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Đàm Minh Khuê¹, Lê Thị Hồng Vũ¹,
Nguyễn Thuý Quỳnh Mai¹, Phan Văn Báu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt trường hợp trên những bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115 đã từng được chẩn đoán nhiễm Covid-19 từ tháng 04/2021 đến tháng 10/2022 với hai mục tiêu là khảo sát tỷ lệ tử vong của các nhóm bệnh nhân này và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong.

Kết quả: Có 998 bệnh nhân từ tháng 04/2021 đến tháng 10/2022. Chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong chung là 19,8% trong đó tỷ lệ tử vong của 4 nhóm bệnh nhân suy thận mạn chưa lọc máu, chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận nhiễm Covid-19 lần lượt là 20,2%, 23,7%, 28,6% và 2,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

Kết luận: Tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân sau ghép thận nhiễm Covid-19 là thấp nhất là 2,9%, tỷ lệ tử vong chung là 19,8%. Các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong trong mẫu nghiên cứu bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

Từ khóa: COVID-19, Suy thận mạn, Chạy thận nhân tạo, Ghép thận, Lọc màng bụng, Tử vong, WHO, Bệnh viện Nhân Dân 115.

SUMMARY

MORTALITY RATE IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE AFTER COVID-19 INFECTION IN NEPHROLOGY DEPARTMENT OF 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Objectives: to assess the mortality rate in outpatients with chronic kidney disease after covid-19 infection in Nephrology department of 115 People's Hospital.

Patients and methods: A retrospective study describing a series of cases on outpatients at the Department of Nephrology at People's 115 Hospital who were diagnosed with Covid-19 from April 2021 to October 2022. With two objectives are to survey the mortality rate of these patients after Covid-19 infection and to find out some factors could be related to the mortality rate.

Results: The study included 998 outpatients from April 2021 to October 2022. We recorded an overall mortality rate of 19.8%, in which the mortality rate of 4 groups of non-dialysis chronic kidney disease patients, hemodialysis, peritoneal

¹Bệnh viện Nhân dân 115, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đàm Minh Khuê

ĐT: 0937789910

Email: minhkhue1693@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

dialysis and kidney transplant recipients after Covid-19 infection are 20.2%, 23.7%, 28.6% and 2.9%, respectively. The difference is statistically significant with $p < 0.05$. Factors that increase the risk of death in the study sample include female gender, advanced age and not having been vaccinated against Covid-19.

Conclusion: The mortality rate of kidney transplant recipients after Covid-19 infection was the lowest at 2.9%, the overall mortality rate was 19.8%. In addition, we also recorded factors that increase the risk of death in the study sample including female gender, advanced age and not having been vaccinated against Covid-19.

Keywords: COVID-19, Chronic kidney failure, Hemodialysis, Kidney transplant, Peritoneal dialysis, Death, WHO, 115 People's Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vào năm 2020, Covid-19 đã bùng phát và trở thành đại dịch trên toàn cầu, làm hơn 6,9 triệu người tử vong trên thế giới và hơn 40 ngàn người tử vong tại Việt Nam tính đến đầu năm 2023 (<https://covid19.who.int/>). Tỷ lệ tử vong của dân số chung ở Việt Nam do Covid-19 là 1,9% tính đến cuối năm 2022 (<https://covid19.gov.vn/>), tuy nhiên, đối với các bệnh nhân (BN) đang có bệnh nền như bệnh thận mạn chưa lọc máu, BN đang chạy thận định kỳ, lọc màng bụng hay đang có thận ghép và phải dùng thuốc ức chế miễn dịch, nhiễm Covid-19 làm tăng tỷ lệ tử vong lên hàng chục lần [2].

Khoa Thận Nội – Miễn Dịch Ghép của Bệnh viện Nhân dân 115 hiện đang điều trị ngoại trú cho nhiều đối tượng bệnh nhân như bệnh thận mạn chưa lọc máu, bệnh nhân đang chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng hay theo dõi sau ghép thận. Đến thời điểm này sau 02 năm đại dịch trên toàn cầu, việc đánh giá toàn diện về tình hình nhiễm Covid-19 tại

khoa và các kết cục là hết sức cần thiết. Đây cũng là lý do để chúng tôi nghiên cứu đề tài “Khảo sát tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân bệnh thận mạn nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115”.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Khảo sát tỷ lệ tử vong của các nhóm bệnh nhân đang điều trị ngoại trú sau nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân dân 115 trong tháng 04/2021 và theo dõi đến tháng 10/2022. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong của các nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân đang được điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép bệnh viện Nhân Dân 115 trong tháng 04/2021 đã từng được chẩn đoán nhiễm Covid-19 cho đến tháng 10/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không theo dõi được kết cục điều trị, thất lạc hồ sơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Quy trình nghiên cứu:

Thống kê số lượng hồ sơ bệnh án ngoại trú hiện diện tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép trong tháng 04/2021.

Thống kê số lượng bệnh nhân trên vẫn còn tiếp tục điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch – Ghép bệnh viện Nhân Dân 115 đã từng nhiễm Covid-19 cho đến 10/2022. Đưa bảng câu hỏi cho các bệnh nhân đi tái khám điền vào, từ đó thu thập số liệu nghiên cứu về:

- Thông tin cá nhân, cân nặng, chiều cao,
- Tiền sử bệnh thận đang mắc trước khi nhiễm Covid-19, tiền sử tiêm vaccin Covid-19,
- Các bệnh nội khoa trước đó, thời điểm xét nghiệm Covid-19 dương tính,
- Đánh giá và phân loại mức độ bệnh.

Đối với các bệnh nhân không còn đi tái khám tại khoa đến 10/2022 thì sẽ được gọi điện thoại xác minh tình trạng sống còn và ghi nhận lại số lượng bệnh nhân tử vong có liên quan đến Covid-19.

Tiến hành thu thập số liệu qua điện thoại cho người thân đối với nhóm bệnh nhân đã tử vong do Covid-19 qua bảng câu hỏi như trên.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS (phiên bản 22).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu từ 04/2021 đến 10/2022, tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép của bệnh viện Nhân Dân 115, chúng

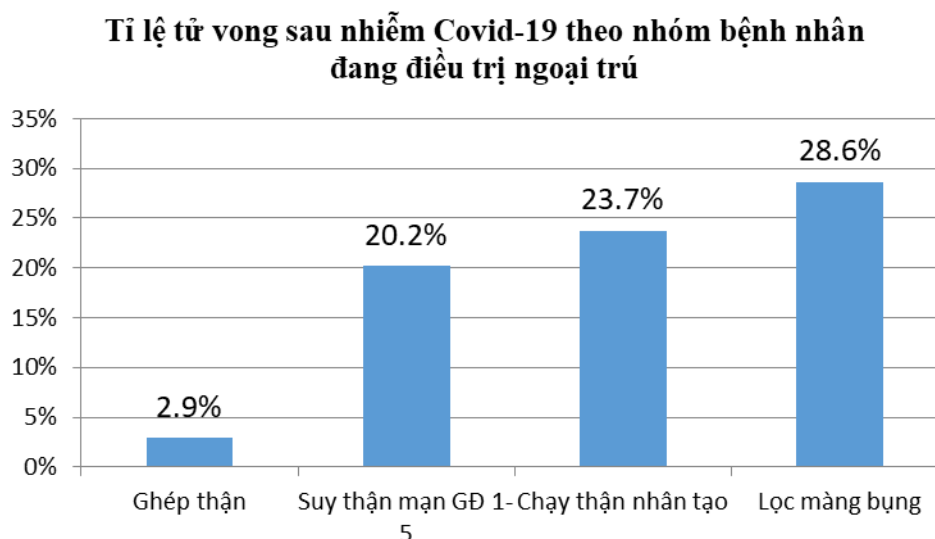
tôi đã thu thập được số liệu của 998 bệnh nhân để đưa vào nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $53,2 \pm 15,5$ tuổi; nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 51 – 70 tuổi và thấp nhất là ≤ 30 tuổi. Trong đó 49,0% là nam giới. 91,4% BN đang sống ở TP.HCM, còn lại là các BN sống ở các tỉnh lân cận như Long An, Bà Rịa - Vũng Tàu, Bình Dương,...

3.2. Tỉ lệ tử vong của BN liên quan đến nhiễm Covid-19 đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận BV Nhân Dân 115

Tỷ lệ BN tử vong chung sau nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận BV Nhân Dân 115 trong khoảng thời gian nghiên cứu là 198 BN, chiếm 19,8%.

Tỉ lệ BN còn sống sau nhiễm Covid-19 tại khoa là 80,2%, trong đó có 3,4% BN về quê, không còn điều trị tại khoa đến tháng 10/2022.

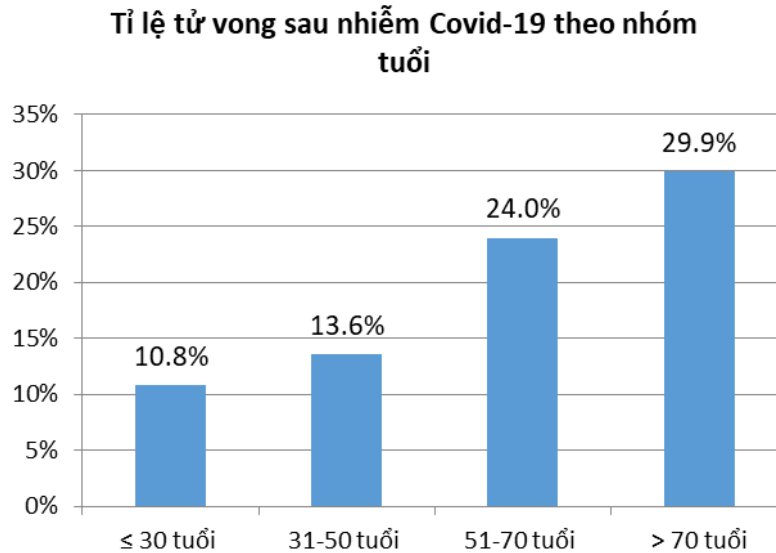
Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 theo từng nhóm BN đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép BV Nhân Dân 115



Hình 3.1. Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 theo từng nhóm BN đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận BV Nhân Dân 115

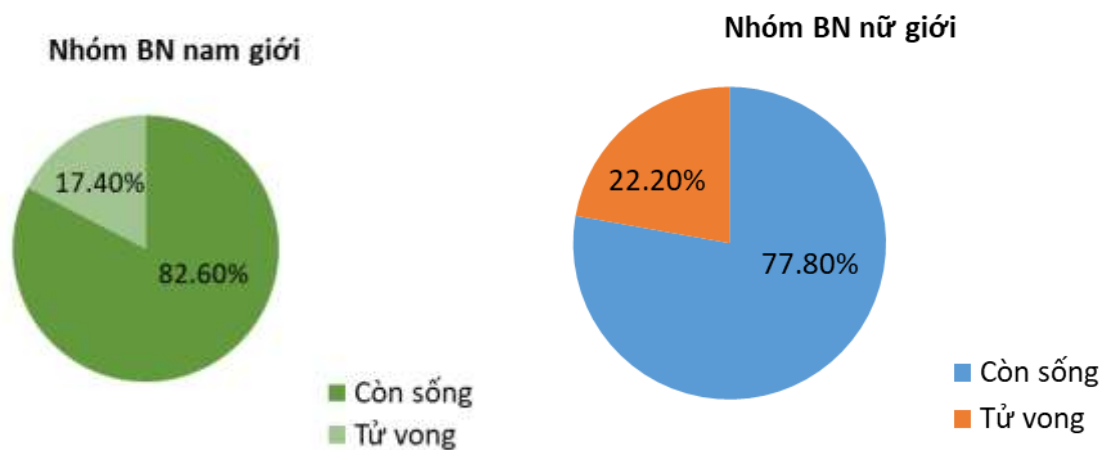
Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 trong nhóm BN lọc màng bụng và chạy thận nhân tạo chiếm tỉ lệ cao nhất, trong đó tỉ lệ BN lọc màng bụng tử vong chiếm đến gần 30%. Tỉ lệ tử vong giảm đáng kể xuống dưới 3% ở những BN đã được ghép thận. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ tử vong phân theo nhóm tuổi và giới tính



Hình 3.2. Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 theo nhóm tuổi của BN đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép BV Nhân Dân 115

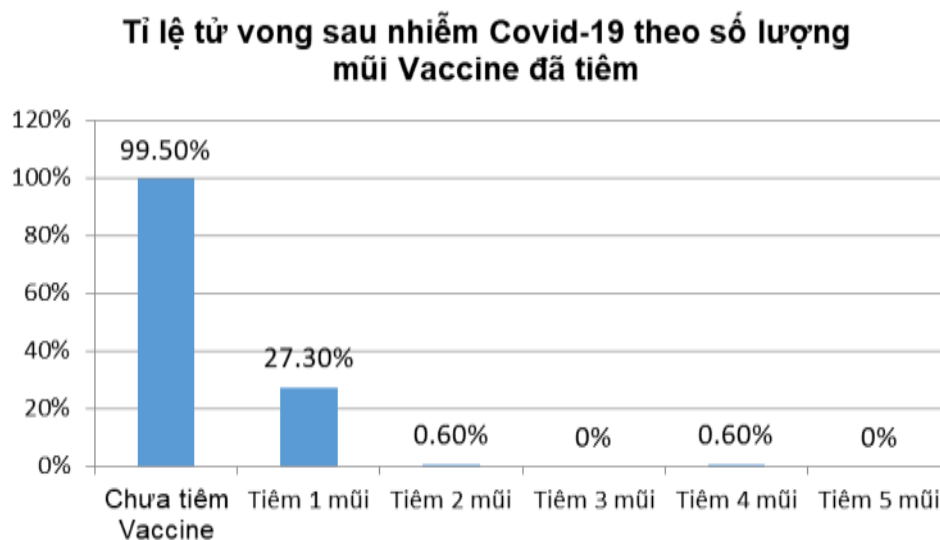
Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 trong nhóm BN > 70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất với gần 30%. Tỉ lệ tử vong giảm dần theo tuổi, đến dưới 30 tuổi chỉ còn hơn 10%, với $p < 0,05$.



Hình 3.3. Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 trong nhóm BN nam và BN nữ đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận BV Nhân Dân 115

Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 trong nhóm BN nam là 17,4% thấp hơn trong nhóm BN nữ là 22,2%, với $p < 0,05$.

Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 theo số lượng mũi Vaccine đã tiêm của các BN đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép BV Nhân Dân 115



Hình 3.4. Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 theo số lượng mũi Vaccine Covid-19 đã tiêm của các BN đang điều trị ngoại trú tại khoa Nội Thận – Miễn Dịch Ghép BV Nhân Dân 115

Tỉ lệ tử vong sau nhiễm Covid-19 trong nhóm BN chưa tiêm Vaccine là 99,5%, chiếm tỉ lệ cao nhất, kể đến là nhóm BN mới chỉ tiêm 1 mũi Vaccine chiếm đến gần 27,3%. Tỉ lệ tử vong giảm đáng kể xuống dưới 1% ở những BN đã được tiêm 2 mũi Vaccine trở lên với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ tử vong của 4 nhóm bệnh nhân suy thận mạn chưa lọc máu, chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận nhiễm Covid-19 lần lượt là 20,2%, 23,7%, 28,6% và 2,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tương tự như chúng tôi, trong nghiên cứu trên BN suy thận mạn chưa lọc máu, BN chạy thận nhân tạo và ghép thận nhiễm Covid-19 của tác giả S Ozturk, tỷ lệ tử vong của nhóm BN suy thận mạn và chạy thận nhân tạo cao hơn dân số chung rất nhiều nhưng lại không có sự khác

biệt giữa nhóm BN ghép thận và dân số chung [1].

Ngoài ra trong một nghiên cứu khác trên nhóm BN chạy thận nhân tạo và lọc màng bụng nhiễm Covid-19 của tác giả D Yavuz vào năm 2022, tỷ lệ tử vong nhóm BN chạy thận nhân tạo thấp hơn nhóm BN lọc màng bụng (22,3% với 25,6%) [4].

Chúng tôi còn ghi nhận được các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong trong mẫu nghiên cứu bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

Trong nghiên cứu của tác giả D Yang, 2 yếu tố nguy cơ ngoài mắc bệnh thận mạn làm tăng tỷ lệ tử vong do Covid-19 là tuổi ≥ 65 và giới tính nam [3].

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn những hạn chế. Chúng tôi chưa thể thu thập đầy đủ được tình trạng lâm sàng, phân độ nhiễm Covid-19 cùng với các xét nghiệm huyết học,

sinh hoá, hình ảnh học của bệnh nhân để có thể tổng hợp và đưa ra kết luận chi tiết hơn về ảnh hưởng của Covid-19 trên 4 nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN tử vong chung sau nhiễm Covid-19 tại khoa Nội Thận BV Nhân Dân 115 trong khoảng thời gian nghiên cứu là 198 BN, chiếm 19,8%.

Chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong của 4 nhóm bệnh nhân suy thận mạn chưa lọc máu, chạy thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận nhiễm Covid-19 lần lượt là 20,2%, 23,7%, 28,6% và 2,9%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chúng tôi ghi nhận được các yếu tố làm tăng nguy cơ tử vong trong mẫu nghiên cứu bao gồm: giới tính nữ, tuổi cao và chưa tiêm ngừa vaccine Covid-19.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ozturk S, Turgutalp K, Arici M, Odabas A R, et al**, (2020), "Mortality analysis of COVID-19 infection in chronic kidney disease, haemodialysis and renal transplant patients compared with patients without kidney disease: a nationwide analysis from Turkey", *Nephrology Dialysis Transplantation*, 35 (12), pp. 2083-2095.
2. **Wu T, Zuo Z, Kang S, Jiang L, et al**, (2020), "Multi-organ dysfunction in patients with COVID-19: a systematic review and meta-analysis", *Aging and disease*, 11 (4), pp. 874.
3. **Yang D, Xiao Y, Chen J, Chen Y, et al**, (2020), "COVID-19 and chronic renal disease: clinical characteristics and prognosis", *QJM: An International Journal of Medicine*, 113 (11), pp. 799-805.
4. **Yavuz D, Karagöz Özen D S, Demirağ M D**, (2022), "COVID-19: mortality rates of patients on hemodialysis and peritoneal dialysis", *International Urology and Nephrology*, 54 (10), pp. 2713-2718.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC TƯ THẾ NẪM SẮP CẮT BƯỚU TUYẾN THƯỢNG THẬN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phan Mạnh Linh¹, Hoàng Thiên Phúc¹, Phạm Phú Phát¹
Dương Cao Trí¹, Đào Viết Trung¹, Nguyễn Hoàng Việt¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sắp cắt búi tuyến thượng thận tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp: Đối tượng được lựa chọn là những bệnh nhân phát hiện búi tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật và kích thước búi < 6 cm, không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cũng như có thai hay đã phẫu thuật khoang sau phúc mạc cùng bên với búi tuyến thượng thận.

Kết quả: Kết quả phẫu thuật được ghi nhận mỗi bệnh nhân chỉ cắt 1 bên tuyến thượng thận, không có trường hợp nào cắt 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 95,8 phút (55 – 190 phút). Lượng máu mất trung bình trong khoảng thời gian phẫu thuật là 39 ml (10 - 100 ml). Có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp > 170 mmHg. Có 1 trường hợp sốt (5%) được điều trị kháng sinh ổn trước khi xuất viện. Không có biến chứng nặng phải can thiệp lại. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ngày (3-10) ngày.

Kết luận: Qua 20 ca bước đầu của nhóm chúng tôi phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sắp đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này đối với búi tuyến thượng thận có kích thước < 6cm.

SUMMARY

RESULTS OF POSTERIOR RETROPERITONEOSCOPIC ADRENALECTOMY IN PRONE POSITION FOR ADRENAL TUMOR AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial results of laparoscopic retroperitoneal surgery in the prone position to remove adrenal tumors at Binh Dan hospital.

Subjects and methods: Selected subjects were patients with detected adrenal tumors who indicated surgery and tumor size < 6 cm, and had no contraindications to laparoscopic surgery as well as pregnancy. or have had retroperitoneal surgery on the same side as the adrenal tumor.

Results: The results of the surgery were recorded in each patient with only one side of the adrenal gland removed, there were no cases of bilateral surgery. The average operative time was 95.8 minutes (55 - 190 minutes). The mean blood loss over the operative period was 39 ml, with a range of 10 - 100 ml. 2 cases had hypertensive crisis > 170 mmHg. There was 1 case of fever (5 %) who was treated with antibiotics well before discharge. There haven't been any severe complication. The mean hospital stay was 4.2 days (3-10 days).

Conclusion: Through the first 20 cases of our group, laparoscopic retroperitoneal surgery in the prone position has shown the feasibility and effectiveness of this method for adrenal tumors < 6cm in size.

¹Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Mạnh Linh

ĐT: 0913195536

Email: manhlh3112@gmail.com

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 14/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tần suất hiện mắc của bướu tuyến thượng thận được phát hiện khoảng 3% ở tuổi trung niên, tăng tới 10% ở người cao tuổi [1]. Phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu với những bướu gây ra hội chứng và bệnh lý đi kèm. Tuyến thượng thận nằm trong một khoang nhỏ nằm sâu phía sau phúc mạc, trên thận và sát với cơ hoành, có thể tiếp cận qua hai đường trong phúc mạc và sau phúc mạc. Đường tiếp cận sau phúc mạc ít xâm lấn hơn đường tiếp cận trong phúc mạc. Năm 1996, tác giả Martin Walz đã trình bày phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp điều trị bướu tuyến thượng thận với một số ưu điểm so với phẫu thuật nội soi trong phúc mạc và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm nghiêng 90^0 [2]. Kỹ thuật này tiếp cận trực tiếp bướu tuyến thượng thận, giúp phẫu thuật viên có thể phẫu tích rõ cực trên thận, khối bướu tuyến thượng thận và các mạch máu lớn (tĩnh mạch chủ và động mạch chủ). Giúp dễ dàng tiếp cận những trường hợp bướu nằm sau tĩnh mạch chủ, có thể phẫu thuật đồng thời với tuyến thượng thận hai bên. Tuy nhiên hạn

chế của kỹ thuật trên là kích thước bướu lớn hơn 6 cm. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp cắt bướu tuyến thượng thận đã được thực hiện từ lâu trên thế giới nhưng chưa được phổ biến rộng rãi ở Việt Nam. Dựa vào những lợi ích của phương pháp, nay nhóm nghiên cứu chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu sử dụng phương pháp này ở 20 bệnh nhân đầu tiên của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh.

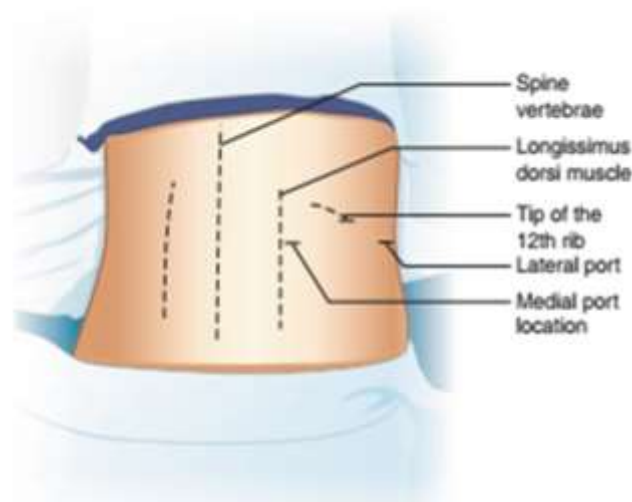
Đối tượng được lựa chọn là những bệnh nhân phát hiện bướu tuyến thượng thận có chỉ định phẫu thuật và kích thước bướu < 6 cm, không có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi cũng như đang có thai hay đã phẫu thuật khoang sau phúc mạc cùng bên với bướu tuyến thượng thận.

Bệnh nhân sau khi được gây mê bằng nội khí quản và đặt thông niệu đạo lưu sẽ được chuyển sang tư thế nằm sấp với hông và đầu gối được gấp 90^0 , đầu gối và cổ chân được kê trên nệm.

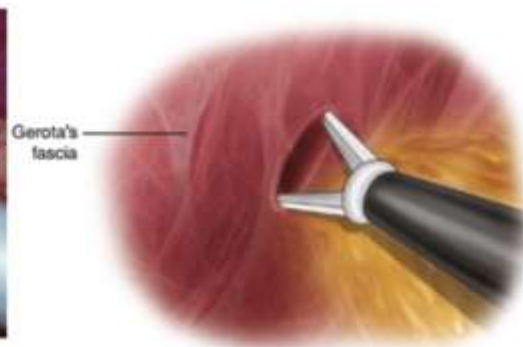
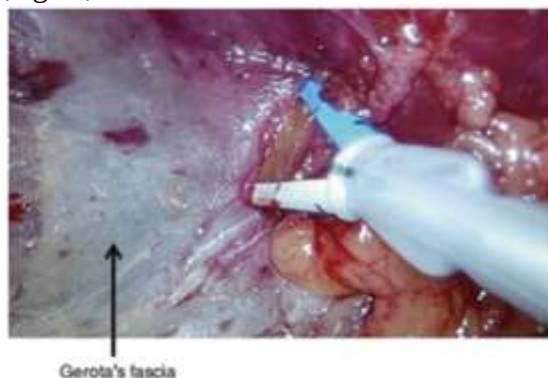


Trocar đầu tiên được đặt ở đầu xương sườn số 12, bơm bóng khoảng 200 – 300 cc tạo khoang sau phúc mạc, trocar tiếp theo đặt ở đường nách sau và trocar cuối đặt ở bờ ngoài cơ dựng sống dưới quan sát trực tiếp

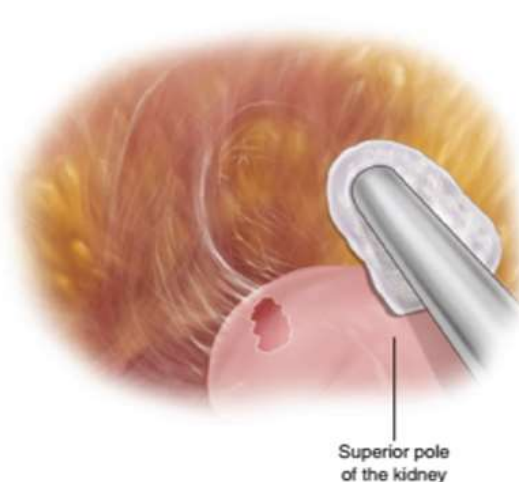
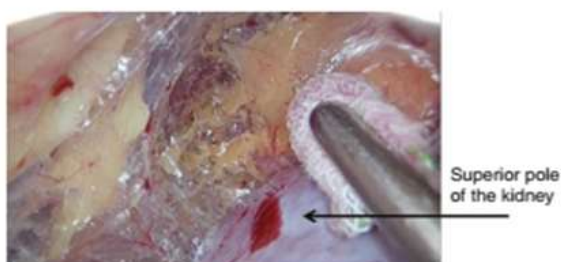
của ống kính nội soi, khoảng cách giữa các trocar khoảng 4 cm để dễ thao tác, Camera sẽ qua trocar ở cơ cạnh sống. Áp lực CO2 có thể duy trì từ 12 – 20 mmHg, sử dụng ống kính 30^0 .



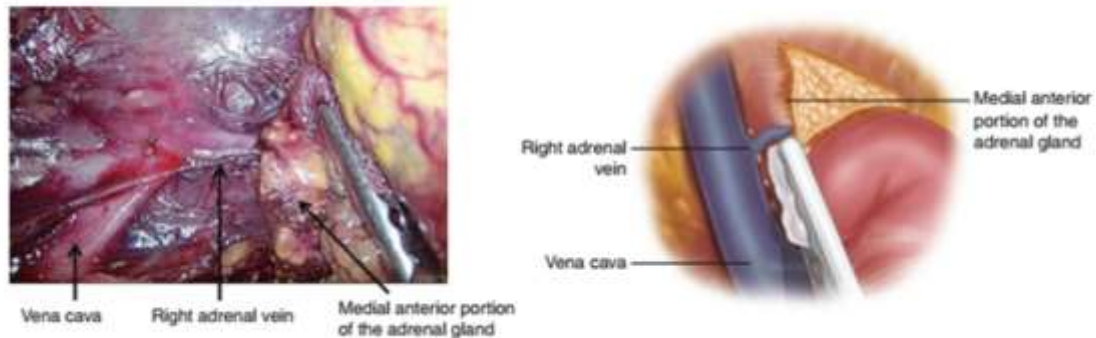
Đầu tiên tiếp cận cân Gerota để vào khoang quanh thận, có thể quan sát thấy bướu tuyến thượng thận.



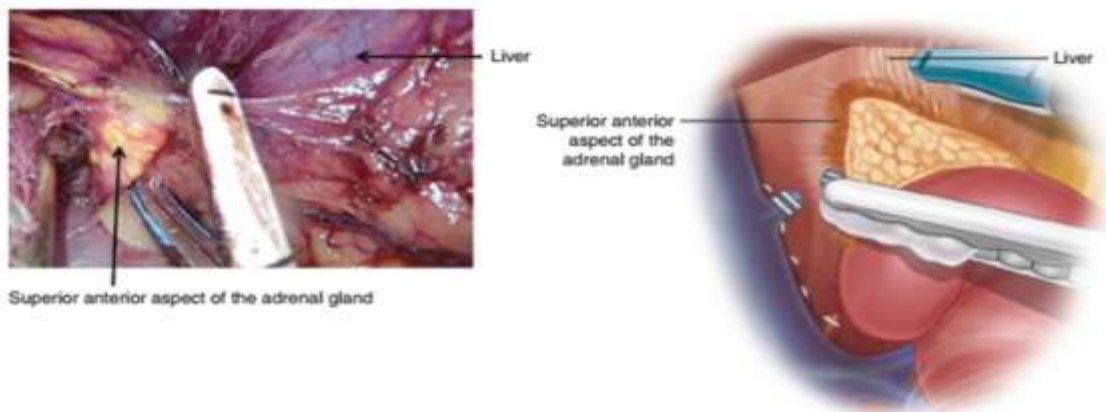
Bóc tách giải phóng cực trên thận trước, đây là mô liên kết lỏng lẻo giữa mặt trên thận và mặt dưới tuyến thượng thận, cần lưu ý mạch máu cực trên của thận có thể xuất hiện. Những mạch máu nhỏ của tuyến thượng thận có thể cầm máu bằng đốt điện, clip, tăng áp lực hoặc chèn gạc trong vài phút.



Bộc lộ và kẹp cắt tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận (sử dụng Clip, Hem – 0 – lock), bên phải tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận sẽ đi vào phía sau của tĩnh mạch chủ dưới, bên trái thì tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận đi ra từ khoảng giữa tuyến thượng thận, nhận nhánh tĩnh mạch hoành dưới đổ về tĩnh mạch thận.



Cuối cùng giải phóng mô liên kết giữa tuyến thượng thận với phúc mạc và cơ hoành để lấy trọn tuyến thượng thận ra ngoài.



Đặt dẫn lưu 22Fr vào khoang trên thận, khâu vết mổ. Kết thúc phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

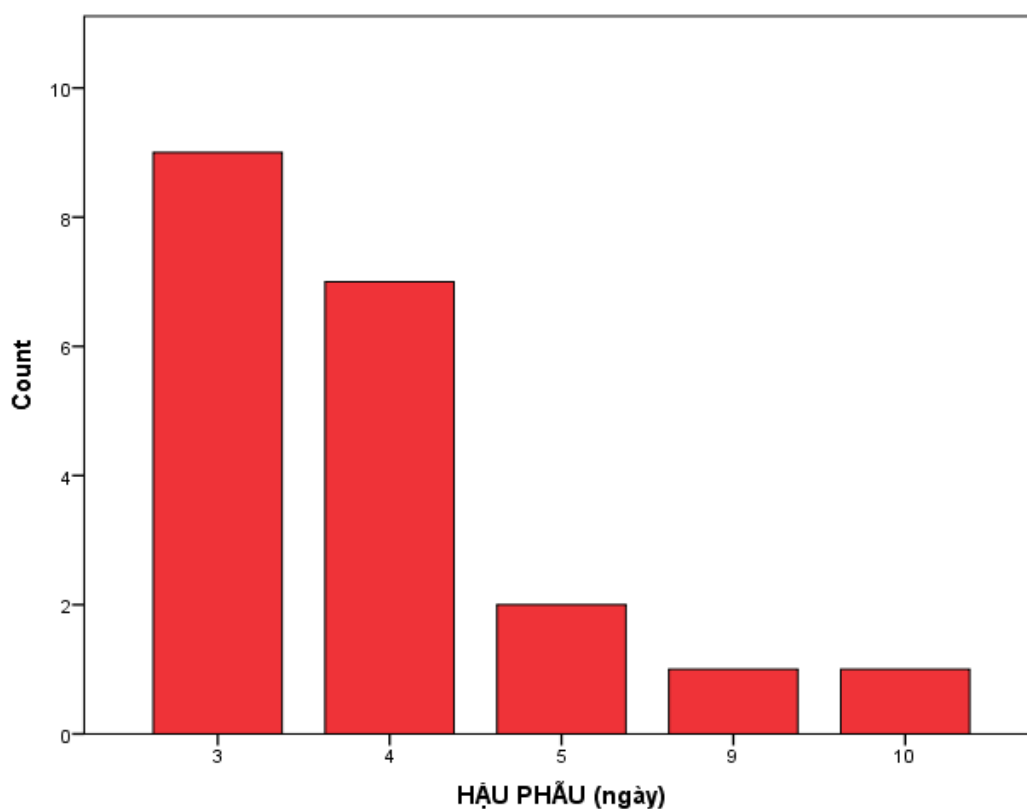
Trong quá trình nghiên cứu, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu tuyến thượng thận tư thế nằm sấp được chúng tôi thực hiện trên 20 bệnh nhân bao gồm 7 nam (35%) và 13 nữ (65%) với độ tuổi dao động từ 25 đến 76 tuổi. Lý do đưa bệnh nhân đến bệnh viện chủ yếu là 3 lý do sau: đau hông 10 trường hợp (50%), 7 trường hợp đi khám tình cờ phát hiện u tuyến thượng thận (35%) và mệt mỏi chiếm 3 trường hợp (15%). Ở 20 bệnh nhân, có 7 bướu bên phải (35%) và 13 bướu

bên trái (65%) với kích thước dao động từ 15 - 99 mm với kích thước trung bình là 34,4 mm. Tính chất bướu được ghi nhận trước phẫu thuật phần lớn là bướu adenoma 8 trường hợp (40%) 2 trường hợp là nang tuyến thượng thận (10%), 1 trường hợp nghi carcinoma hoặc metastasis (5%) còn lại 9 trường hợp (45%) không được ghi nhận trước phẫu thuật. Tất cả trường hợp đều được ghi nhận phân loại ASA trước phẫu thuật là độ I hoặc II.

Kết quả phẫu thuật được ghi nhận mỗi bệnh nhân chỉ cắt 1 bên tuyến thượng thận, không có trường hợp nào cắt 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình là 95,8 phút với khoảng thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút và dài nhất là 190 phút. Lượng máu mất trung bình được ghi nhận trong khoảng thời gian phẫu thuật là 39 ml (10 - 100 ml). Chúng tôi không gặp bất kỳ biến chứng nghiêm trọng nào trong quá trình phẫu thuật cũng như không chuyển mổ mở do các lý do khác, tất cả đều được hoàn thành bằng phẫu thuật nội soi. Trong quá trình phẫu thuật có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp > 170 mmHg, 1 trường hợp tăng đến 205 mmHg nhưng sau đó huyết áp được điều chỉnh về mức bình thường và 1 trường hợp có 2 cơn tăng huyết áp lên 190 mmHg nhưng sau đó cũng được điều chỉnh về bình thường. Có 1

trường hợp huyết áp tâm trương giảm thấp hơn 50 mmHg cụ thể là 45 mmHg trong quá trình phẫu thuật nhưng sau đó được điều chỉnh về mức bình thường.

Sau phẫu thuật tất cả các trường hợp đều được hồi tỉnh ổn và chuyển về phòng hậu phẫu theo dõi. Không có trường hợp suy tuyến thượng thận cấp nào được ghi nhận trong quá trình nằm viện. Có 1 trường hợp sốt (5%) được điều trị kháng sinh ổn trước khi xuất viện. Không có bất kỳ trường hợp có biến chứng nặng phải can thiệp lại. Thời gian nằm viện trung bình là 4,2 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và thời gian nằm viện dài nhất là 10 ngày (trong đó thời gian hậu phẫu 3-5 ngày chiếm 90%), cũng như thời gian lưu ống dẫn lưu sau phúc mạc là 3,35 ngày (2-5 ngày).



Biểu đồ 1: Số ngày hậu phẫu

Đánh giá mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy có 2 trường hợp ác tính, 1 là carcinoma tuyến vỏ tuyến thượng thận, 1 là bướu sắc bào tuyến thượng thận ác tính xâm lấn vỏ bao.

Sau khi xuất viện việc theo dõi các bệnh nhân có giải phẫu bệnh tuyến thượng thận lành tính được theo dõi bởi các bác sĩ nội tiết. Với 2 bệnh nhân nghi u ác tuyến thượng thận được theo dõi bởi bác sĩ phẫu thuật được kiểm tra sinh hóa máu về bilan tuyến thượng thận và siêu âm mỗi khi tái khám 3 tháng. Trong quá trình tái khám ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân bị suy tuyến thượng thận phải điều trị corticoid.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt bỏ tuyến thượng thận được xem là tiêu chuẩn vàng đối với bướu tuyến thượng thận kích thước nhỏ (< 6 cm) [3]. Phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phúc mạc được thực hiện đầu tiên vào năm 1992 bởi Garner [4] đã dần được phát triển và thay thế bằng đường mổ sau phúc mạc để tránh tổn thương những tạng nằm trong phúc mạc. Mặc dù không gian thao tác nhỏ và có định hướng khó khăn ban đầu nhưng lâu dần, các bác sĩ tiết niệu đã quen với không gian thao tác và dần dần, phẫu thuật nội soi cắt bỏ bướu tuyến thượng thận sau phúc mạc đã trở thành chọn lựa ưu tiên hơn phẫu thuật ngả bụng trong phúc mạc.

Thao tác ở khoang sau phúc mạc có thể cho chúng ta tiếp cận trực tiếp tuyến thượng thận, nhất là tư thế nằm sấp, số lượng trocar ít hơn, ít nguy cơ tổn thương các tạng trong ổ bụng hơn, khiến cho cuộc phẫu thuật diễn ra

nhẹ nhàng tránh cho bệnh nhân nguy cơ trải qua thời gian gây mê dài.

Có 2 tư thế để có thể tiếp cận khoang sau phúc mạc là nằm nghiêng và nằm sấp, tương đương với 2 đường vào khoang sau phúc mạc là bên và sau. Với tư thế nằm sấp, ta có thể sử dụng áp lực bơm CO₂ cao hơn, có thể lên đến 25 mmHg cho phép quan sát tốt nhất vùng phẫu thuật, cầm máu tốt hơn [5] và rút ngắn thời gian phẫu thuật [6]. Tư thế nằm sấp còn đặc biệt hữu ích với u vùng tủy tuyến thượng thận vì có thể nhanh chóng tiếp cận tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận để cắt nhằm ngăn sự phóng thích catecholamin tránh những biến động về huyết động học trong quá trình bóc tách và cắt tuyến thượng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp có cơn tăng huyết áp cấp tính >170 mmHg nhưng nhanh chóng được điều chỉnh về mức bình thường và tiếp tục cuộc phẫu thuật do nhanh chóng không chế tĩnh mạch trung tâm. Nhưng có duy nhất 1 trường hợp có cơn hạ huyết áp tâm trương dưới 60 mmHg thoáng qua nhưng vẫn chưa tìm được nguyên nhân chính xác, nghĩ nhiều là do nguyên nhân nằm sấp, máu về tim khó khăn ở việc gây mê hồi sức.

Qua 20 ca phẫu thuật đầu tiên của chúng tôi, thời gian trung bình là 95,8 phút là chậm hơn so với 87 phút theo nghiên cứu của Zonca P và cộng sự [7] mặc dù số liệu là thời gian phẫu thuật trên người có BMI > 30 nhưng thời gian vẫn nhanh hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nhưng vẫn nhanh hơn 124 phút của Martin K Walz [2] là nghiên cứu đầu tiên cắt tuyến thượng thận tư thế nằm sấp trên thế giới và xấp xỉ với Arturo Domínguez và cộng sự là 87 phút [4]. Đạt được điều này

có lẽ là do chúng tôi dùng dao đốt Ligasure nên giảm được đáng kể thời gian cầm máu. Lượng máu mất cũng là tối thiểu khi trung bình là 39 ml khi so với Walz là 40ml [2] và với Arturo Domínguez là 50 ml [8]. Và không ghi nhận bất kì trường hợp nào phải truyền máu. Khó khăn của chúng tôi là không có bàn chuyên dụng cũng như phẫu thuật còn mới chỉ giới hạn ở 20 ca, là phẫu thuật mới khó khăn trong việc tạo khoang thao tác thích hợp khiến chúng tôi chưa rút ngắn thời gian phẫu thuật. Khi giải quyết được những khó khăn nhất thời thì rất có thể rút ngắn thời gian phẫu thuật hơn nữa. Thời gian nằm hậu phẫu sau cắt tuyến thượng thận của chúng tôi từ 3-10 ngày nhưng chủ yếu là từ 3-5 ngày có 18 trường hợp (chiếm 90%) chỉ có 1 trường hợp nằm hậu phẫu 9 ngày và 1 trường hợp 10 ngày (chỉ chiếm 10%). 2 trường hợp được ghi nhận là có nhiễm khuẩn sau phẫu thuật được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch đến khi bệnh nhân ổn hoàn toàn mới xuất viện.

So với phẫu thuật nội soi ổ bụng trong phúc mạc thì phẫu thuật nội soi sau phúc mạc không thể khảo sát cũng như xử trí những thương tổn của phúc mạc kèm theo [9]. Không gian thao tác cũng là vấn đề đối với phẫu thuật nội soi sau phúc mạc và nhất là đối với tư thế nằm sấp, các tác giả đều đồng tình chỉ nên đi đường sau phúc mạc đối với bướu tuyến thượng thận có kích thước < 6 cm. Còn đối với bướu có kích thước > 6 cm (mang nguy cơ ác tính cao với bướu > 5 cm [10]) do những lo ngại về vấn đề bướu ác tính xâm lấn những cơ quan như đại tràng,... thì nên chọn đường tiếp cận khác như phẫu thuật nội soi đi qua ổ bụng trong phúc mạc

hoặc mổ mở để có thể xử trí những thương tổn kèm theo. Đó là lý do chúng tôi chọn những trường hợp có bướu với kích thước < 6 cm để đưa vào nghiên cứu, nhưng phương pháp này vẫn có thể xử trí được những trường hợp bướu lớn hơn 6 cm mà chưa ghi nhận ác tính hay xâm lấn trong hình ảnh học trước phẫu thuật. Chúng tôi có 1 trường hợp tuy bướu > 9 cm nhưng tính chất là nang tuyến thượng thận được xác định từ trước phẫu thuật nên vẫn chọn tư thế nằm sấp để loại bỏ nang, cuộc phẫu thuật diễn ra vẫn thuận lợi.

Bên cạnh đó, có thể có những bước tiến với phương pháp này khi phẫu thuật cắt tuyến thượng thận 2 bên ngả sau phúc mạc mà không cần phải thay đổi tư thế bệnh nhân [11]. Với việc tiếp cận vào mặt sau cực trên của thận chúng tôi ghi nhận có thể kết hợp cắt bướu tuyến thượng thận kết hợp với cắt một phần thận có bướu thận giai đoạn T1 khi bệnh nhân ở tư thế nằm sấp, là vị trí khó khi phẫu thuật bệnh nhân ở tư thế nằm nghiêng hay nằm ngửa. Chúng tôi cũng đã áp dụng tư thế nằm sấp để phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt cả bướu tuyến thượng thận và bướu thận cực trên mặt sau trong cùng 1 cuộc phẫu thuật, ca mổ kết thúc thuận lợi và không có biến chứng hậu phẫu. Chúng tôi cũng phối hợp với khoa Ngoại Gan mật thực hiện 1 trường hợp ung thư gan nguyên phát di căn tuyến thượng thận T, trong đó kết hợp đốt u gan với sóng cao tần và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thế nằm sấp cắt trọn thành công tuyến thượng thận với khối bướu di căn 4 cm.

V. KẾT LUẬN

Qua 20 ca bước đầu của nhóm chúng tôi phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tư thể nằm sấp đã cho thấy tính khả thi và hiệu quả của phương pháp này đối với bướu tuyến thượng thận có kích thước <6cm. Tuy có những khó khăn bước đầu do còn thiếu bàn mổ chuyên dụng và đường cong học tập còn hạn hẹp, nhưng đây là một phương pháp phẫu thuật thuận lợi để giải quyết bướu tuyến thượng thận với các ưu điểm: nhanh chóng tiếp cận khối bướu và tuyến thượng thận, xử lý nhanh chóng các mạch máu của tuyến thượng thận (quan trọng khi can thiệp bướu tủy thượng thận) và có ưu thế khi xử trí kết hợp các thương tổn mặt sau cực trên thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gross M.D., Korobkin M., Bou-Assaly W., et al.** (2010). Incidentally-discovered adrenal masses. *Discov Med*, 9(44), 24–33.
2. **Walz M.K., Peitgen K., Hoermann R., et al.** (1996). Posterior retroperitoneoscopy as a new minimally invasive approach for adrenalectomy: results of 30 adrenalectomies in 27 patients. *World J Surg*, 20(7), 769–774.
3. **Smith C.D., Weber C.J., and Amerson J.R.** (1999). Laparoscopic adrenalectomy: new gold standard. *World J Surg*, 23(4), 389–396.
4. **Gagner M., Lacroix A., and Bolté E.** (1992). Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. *The New England journal of medicine*, 327, 1033.
5. **Walz M.K., Peitgen K., Walz M. V, et al.** (2001). Posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy: lessons learned within five years. *World J Surg*, 25(6), 728–734.
6. **Rubinstein M., Gill I.S., Aron M., et al.** (2005). Prospective, randomized comparison of transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic adrenalectomy. *J Urol*, 174(2), 442–5; discussion 445.
7. **Zonča P., Bužga M., Ihnát P., et al.** (2015). Retroperitoneoscopic Adrenalectomy in Obese Patients: Is It Suitable?. *Obes Surg*, 25(7), 1203–1208.
8. **Domínguez A., Muñoz-Rodríguez J., Prera Á., et al.** (2021). [Posterior Retroperitoneoscopic adrenalectomy in the prone position. Initial experience.]. *Arch Esp Urol*, 74(9), 859–866.
9. **Gagner M., Lacroix A., Prinz R.A., et al.** (1993). Early experience with laparoscopic approach for adrenalectomy. *Surgery*, 114(6), 1120–1125.
10. **Suzuki K.** (2001). Laparoscopic adrenalectomy: retroperitoneal approach. *Urol Clin North Am*, 28(1), 85–95.
11. **Bonjer H.J., Sorm V., Berends F.J., et al.** (2000). Endoscopic retroperitoneal adrenalectomy: lessons learned from 111 consecutive cases. *Ann Surg*, 232(6), 796–803.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG Ở PHỤ NỮ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÂU TREO THÀNH SAU ÂM ĐẠO VÀO Ụ NHÔ QUA TẮM LƯỚI PROLENE MESH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Văn Linh¹, Đỗ Trường Thành¹,
Đỗ Ngọc Sơn¹, Lương Thanh Tú¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật sa bàng quang của ở phụ nữ bằng phương pháp khâu treo thành sau âm đạo vào ụ nhô qua tấm lưới Prolene mesh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2019-2021.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu được tiến hành trên 57 bệnh nhân nữ sa bàng quang, được điều trị bằng phẫu thuật khâu treo thành sau âm đạo vào ụ nhô qua tấm lưới Prolene mesh tại Bệnh viện Việt Đức.

Kết quả: Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám và đánh giá lại ở các mốc 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ. Sau mổ, độ sa bàng quang của nhóm nghiên cứu đã thay đổi: 39/57 bệnh nhân (68,4%) không sa bàng quang, 18/57 bệnh nhân (31,6%) sa bàng quang độ 1.

Kết luận: 100% bệnh nhân hết triệu chứng rối loạn tiểu tiện sau mổ, 100% bệnh nhân hết sa bàng quang.

Từ khóa: Sa bàng quang, thang điểm Clavien-Dindo

SUMMARY

TO EVALUATE THE OUTCOMES OF ABDOMINAL SACROCOLPOPEXY USING PROLENE MESH IN WOMEN WITH ANTERIOR PELVIC PROLAPSE AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of abdominal sacrocolpopexy using prolene mesh in women with anterior pelvic prolapse at Viet Duc Hospital in the period of 2019-2021.

Methodology: The study was conducted on 57 patients.

Results: The patients were followed up for 1-, 3-, 6- and 12-months post-operation. After surgery, all patients were anatomically cured (68.4% had cystocele stage 0 and 31.6% had stage 1 of the POP-Q qualification).

Conclusion: 100% of the patients had no urological functional disorder post-operatively.

Keywords: cystocele, Clavien-Dindo level

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang ở phụ nữ là tình trạng bàng quang bị trượt khỏi vị trí giải phẫu ban đầu do sự suy yếu, khiếm khuyết hoặc tổn thương của thành phần nâng đỡ sàn chậu - đó là các cơ, các mạc và dây chằng vùng chậu [1]. Thực chất chính là sự thoát vị các tạng chậu, gây nên các rối loạn chức năng của tạng chậu bao gồm các rối loạn về đại tiện, tiểu tiện, đau tức vùng chậu, khối phòng âm đạo, giao hợp đau [2].

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Linh

ĐT: 0936093278

Email: dr.nguyen.van.linh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng 12/6/2023

Nhìn chung kết quả PT điều trị sa BQ bằng tấm lưới còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như: tình trạng BN, mức độ sa bàng quang (POP-Q), có liên quan đến các vùng chức năng không, sa BQ đơn thuần hay phức tạp, có nhiễm khuẩn tiết niệu hay không và một phần còn phụ thuộc vào kinh nghiệm của từng PTV.

Do những đặc điểm trên, thì bệnh lý sa BQ và phương pháp điều trị vẫn còn mang tính thời sự. Trước đây đã có một số tác giả nghiên cứu về vấn đề sa tạng chậu, và các phương pháp điều trị sa BQ. Trong phạm vi đề tài của tôi đi sâu nghiên cứu bệnh lý sa BQ và phương pháp khâu treo thành sau ÂĐ vào ụ nhô nhằm mục đích góp phần thêm chẩn đoán, phân loại và lựa chọn phương án PT hợp lý để nâng cao hiệu quả điều trị sa BQ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nữ sa bàng quang có chỉ định phẫu thuật khâu treo thành sau ÂĐ vào ụ nhô bằng tấm lưới Prolene, có hồ sơ theo dõi điều trị nội trú, hồ sơ BN ra viện và được lưu trữ tại phòng lưu trữ của Bệnh viện..

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có sa BQ độ 2 – độ 4 (POP-Q) kèm rối loạn tiểu, không kèm sa ngăn giữa và ngăn sau nặng. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: TH có viêm nhiễm, bệnh ác tính của vùng âm hộ hay các cơ quan vùng chậu. Bệnh tim mạch, hô hấp, tiểu đường... chưa điều trị ổn định; rối loạn đông

máu... Những TH sa ngăn giữa hoặc sa ngăn sau nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang

- **Cỡ mẫu và quy trình chọn mẫu:**

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, tất cả các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Trực tiếp thăm khám bệnh nhân lựa chọn vào nghiên cứu theo các tiêu chuẩn định sẵn.

+ Chuẩn bị bệnh nhân và tiến hành phẫu thuật.

+ Lấy thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu định sẵn.

+ Hẹn khám lại bệnh nhân hoặc gửi thư phỏng vấn.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Các thông tin riêng về bệnh tật của BN trong hồ sơ bệnh án hoàn toàn được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Mỗi BN được gán cho một mã số riêng để đảm bảo tính chính xác cũng như tính bảo mật thông tin.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $62,68 \pm 9,82$ trong đó thấp nhất là 40 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ lớn (68,4%). Nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi gồm 18 bệnh nhân (31,6%).

Bảng 3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

BMI	BN	Tỷ lệ (%)
Gầy ($BMI < 18,5$)	0	0
Bình thường ($18,5 \leq BMI \leq 24,9$)	49	86
Quá cân ($25 \leq BMI \leq 29,9$)	8	14
Béo phì độ 1 ($30 \leq BMI < 34,9$)	0	0
Tổng	57	100

Đa số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể nằm trong mức bình thường (86%). Có 8 bệnh nhân (chiếm 14%) nằm trong mức quá cân. Không có bệnh nhân nào bị béo phì.

Bảng 3.2. Phân độ sa bàng quang trên chụp XQ có bơm thuốc

Kết quả	BN	Tỷ lệ (%)
BQ sa mức độ vừa	44	80
BQ sa mức độ nặng	11	20

55/57 bệnh nhân được chụp XQ có bơm thuốc ở tư thế đứng. Đa số bệnh nhân sa bàng quang mức độ vừa (80%), 1/5 số bệnh nhân sa bàng quang mức độ nặng.

Bảng 3.3. Kết quả chụp MRI tăng sinh môn

Kết quả	BN (n=21)	Tỷ lệ (%)
Túi sa của niệu đạo, cổ BQ	21	100
Sa BQ, đáy BQ sa thấp hơn lỗ ND trong	21	100
Sa đáy BQ vừa, sa cổ BQ và ND gần	2	3,5

Chụp cộng hưởng từ tăng sinh môn được thực hiện ở 21 bệnh nhân. Trong nhóm này 100% thấy hình ảnh túi sa của niệu đạo, cổ bàng quang, sa bàng quang và đáy bàng quang sa thấp hơn lỗ niệu đạo trong. Chỉ có 2 bệnh nhân (2,5%) thấy hình ảnh sa đáy bàng quang vừa, sa cổ bàng quang và niệu đạo gần.

Bảng 3.4. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Triệu chứng khối phòng	BN sa BQ độ 2	BN sa BQ độ 3	Tổng	p
Không có khối phòng	9	2	11(19,3%)	<0,01
Khối xuất hiện khi gắng sức	3	34	37 (64,9%)	
Khối xuất hiện liên tục (cả khi nghỉ ngơi)	0	9	9 (15,8%)	
Tổng	12	45	57	

Chỉ có 11 bệnh nhân (19,3%) không có triệu chứng khối phòng. Đa số bệnh nhân gặp khối phòng xuất hiện khi gắng sức (64,9%). Số ít bệnh nhân (15,8%) gặp khối xuất hiện liên tục cả khi nghỉ ngơi. Độ nặng của triệu chứng tỷ lệ thuận với độ sa bàng quang của bệnh nhân ($p < 0,01$).

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.5. Đánh giá độ sa bàng quang sau mổ

		Độ Sa bàng quang sau mổ 1 tháng		Tổng	p
		0	1		
Độ sa BQ trước mổ	2	12 (30,8%)	0 (0%)	12 (21,1%)	<0,01
	3	27 (69,2%)	18 (100%)	45 (78,9%)	
Tổng		39 (100%)	18 (100%)	57 (100%)	

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám và đánh giá lại ở các mốc 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ. Sau mổ, độ sa bàng quang của nhóm nghiên cứu đã thay đổi: 39/57 bệnh nhân (68,4%) không sa bàng quang, 18/57 bệnh nhân (31,6%) sa bàng quang độ 1. Sự thay đổi về độ sa bàng quang sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Bảng 3.6. Đánh giá biến chứng phẫu thuật theo thang điểm Clavien-Dindo

	Tần số	Tỷ lệ %
Độ 1	55	96,5
Độ 2	2	3,5
Độ 3a	0	0
Độ 3b	0	0
Độ 4a	0	0
Độ 4b	0	0
Độ 5	0	0

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân (96,5%) nằm trong nhóm độ 1 (không cần truyền máu, phải mổ lại hay các can thiệp khác). Có 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ phải chuyển phác đồ từ kháng sinh dự phòng sang phác đồ điều trị nhiễm khuẩn

IV. BÀN LUẬN

Độ sa bàng quang trước mổ

Độ sa bàng quang là một trong các tiêu chuẩn chỉ định phẫu thuật. Sa bàng quang được đánh giá theo thang điểm POP-Q, và sa bàng quang từ độ 2 có chỉ định phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu, chỉ có 5 bệnh nhân có tiền sử điều trị sa bàng quang từ trước (8,7%). Một số ít bệnh nhân có tiền sử cắt tử cung (4 bệnh nhân chiếm 7%). Sa khoang trước hay xảy ra ở những BN sau cắt TC, nhất là cắt TC toàn bộ, do mất đi cổ TC là chỗ bám của mạc mu cổ nâng đỡ BQ. Về độ sa bàng quang, 100% bị sa bàng quang độ 2 trở lên. Nhóm sa bàng quang độ 3 chiếm phần lớn với 78,9%; số còn lại là sa bàng quang độ 2 (21,1%). Một nghiên cứu trên 2979 phụ nữ của Hove và cs cho thấy độ sa bàng quang tăng tỷ lệ thuận với tuổi. Nhóm sa bàng quang độ 2 và độ 3 chiếm tỷ lệ lớn (lần lượt là 32% và 33%). Nhóm sa bàng

quang độ 4 chiếm tỷ lệ rất thấp (0,5%) và chỉ gặp ở nhóm trên 70 tuổi.

Đánh giá sự phục hồi giải phẫu sau mổ

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được khám và đánh giá lại ở các mốc 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau mổ. Sau mổ, độ sa bàng quang của nhóm nghiên cứu đã thay đổi: 39/57 bệnh nhân (68,4%) không sa bàng quang, 18/57 bệnh nhân (31,6%) sa bàng quang độ 1 [5]. Sự thay đổi về độ sa bàng quang sau mổ so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nghiên cứu của Salvatore và cs theo dõi 63 bệnh nhân trong thời gian 17 tháng đã báo cáo tỷ lệ hồi phục về giải phẫu (đưa độ sa bàng quang theo POP-Q về dưới hoặc bằng 1) là 94%. Một nghiên cứu khác của Atlman và cs cũng cho thấy tỷ lệ phục hồi giải phẫu sau mổ chỉnh sửa sa bàng quang bằng đặt mesh là 91% [4].

V. KẾT LUẬN

Đa số cuộc phẫu thuật được diễn ra trong 60-90 phút (56,1%). 26,3% số cuộc phẫu thuật diễn ra trong 90-120 phút. Thời gian nằm viện là $7,21 \pm 2$ ngày. Không có bệnh nhân nào gặp biến chứng trong mổ. Sau mổ có 2 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ. 100% bệnh nhân hết triệu chứng rối loạn tiểu tiện sau mổ. 100% bệnh nhân hết sa bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Trung Vinh.** Sàn chậu học. Nhà xuất bản Y học TP Hồ Chí Minh. 2015;8-403.
2. **Bitti GT, Argiolas GM, Ballicu N, et al.** Pelvic Floor Failure: MR Imaging Evaluation of Anatomic and Functional Abnormalities.
3. **Maccioni F, Alt CD.** MRI of the Pelvic Floor and MR Defecography. In: Hodler J, Kubik-Huch RA, von Schulthess GK, eds. Diseases of the Abdomen and Pelvis 2018-2021: Diagnostic Imaging - IDKD Book. IDKD Springer Series. Springer International Publishing; 2018:13-20.
4. **Megha K, Sushil G K, Dilip L L.** Applications and Limitations of Magnetic Resonance Defecography in Evaluation of Pelvic Floor Dysfunction Disorders. Int J Radiol Imaging Tech. 2019;5(1).
5. **Võ Tấn Đức.** Đánh giá đặc điểm sa trực tràng kiểu túi ở bệnh nhân rối loạn chức năng sàn chậu bằng cộng hưởng từ động. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2014; 18(2): 30-35.
6. **Altman D, Väyrynen T, Engh ME, Axelsen S, Falconer C, For the Nordic Transvaginal Mesh Group.** Short-term outcome after transvaginal mesh repair of pelvic organ prolapse. Int Urogynecology J. 2008;19(6):787-793. doi:10.1007/s00192-007-0526-2
7. **Milani R, Salvatore S, Soligo M, Pifarotti P, Meschia M, Cortese M.** Functional and anatomical outcome of anterior and posterior vaginal prolapse repair with prolene mesh. BJOG Int J Obstet Gynaecol. 2005;112(1):107-111. doi:10.1111/j.1471-0528.2004.00332.x

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP MỎ MỞ XÂM LẤN TỐI THIỂU TẠO HÌNH KHÚC NỔI BỂ THẬN NIỆU QUẢN TRẺ EM

Nguyễn Thị Trúc Linh¹, Trần Thị Phụng¹, Đinh Nguyễn Hoài Thanh¹
Võ Lê Đức Trọng², Hồ Trung Cường², Lê Thanh Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và biến chứng của phương pháp mổ mở xâm lấn tối thiểu tạo hình khúc nổi bể thận niệu quản trẻ em.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả hàng loạt ca, từ 1/2020 đến 6/2022 có 79 bệnh nhi được mổ mở xâm lấn tối thiểu tạo hình khúc nổi bằng phương pháp Anderson-Hyne. Các biến số được thu thập trước, trong và theo dõi sau mổ gồm: triệu chứng lâm sàng, độ ứ nước và đường kính trước sau bể thận trên siêu âm, chức năng thận trên xạ hình, thời gian mổ, chiều dài vết mổ, mất máu khi mổ, giảm đau sau mổ, thời gian xuất viện, biến chứng, tỷ lệ thành công sau mổ. Bệnh nhi sau mổ được tái khám ít nhất 6 tháng.

Kết quả: Tuổi trung bình là 21.41 tháng (2 - 90 tháng). Thời gian mổ trung bình là 67.09 phút (36 - 110 phút). Chiều dài vết mổ trung bình là 2.05 cm (1.7 - 2.7cm). Không có trường hợp nào cần truyền máu trong mổ. Biến chứng nhẹ sau mổ có 8 trường hợp (10.12%) bao gồm: 4 nhiễm trùng, 1 tắc stent niệu quản, 1 sonde JJ lạc chỗ, 1 rò nước tiểu, 1 kẹt stent niệu quản. Thời gian xuất viện sau mổ trung bình là 5.72 ngày (3 - 11

ngày). Tỷ lệ thành công sau mổ là 100% trong thời gian theo dõi trung bình 16.7 tháng (6 - 36 tháng).

Kết luận: Phương pháp mổ mở xâm lấn tối thiểu tạo hình khúc nổi bể thận niệu quản ở trẻ em có tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp, thời gian mổ nhanh, phù hợp với nhóm trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

Từ khóa: thận nước, tạo hình khúc nổi, mổ mở xâm lấn tối thiểu.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF MINIMUM INVASIVE OPEN PYELOPLASTY IN CHILDREN

Objectives: To evaluate the results and complications of minimally invasive open pyeloplasty in children.

Subjects and methods: Describing a series of cases, from 1/2020 to 6/2022, 79 pediatric patients underwent minimally invasive open pyeloplasty by Anderson-Hyne method. Variables were collected before, during and after surgery including: clinical symptoms, grade and anterior posterior renal diameter on ultrasound, renal function on scintigraphy, surgery time, incision length, blood loss during surgery, postoperative pain relief, hospital discharge time, complications, postoperative success rate. Post-operative pediatric patients were re-examined at least 6 months.

Results: Mean age was 21.41 months (2 - 90 months). The average operative time was 67.09 minutes (36 - 110 minutes). The average incision

¹Bộ môn Ngoại Nhi, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

²Khoa Ngoại Thận-Tiết niệu, Bệnh viện Nhi đồng 1
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Trúc Linh
ĐT: 0939956569

Email: bstruclinh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 31/5/2023

Ngày duyệt đăng: 9/6/2023

length is 2.05 cm (1.7 - 2.7 cm). There were no cases requiring intraoperative blood transfusion. Postoperative mild complications had 8 cases (10.12%) including: 4 infections, 1 ureteral stent obstruction, 1 ectopic JJ catheter, 1 urine leak, 1 ureteral stent stuck. The average postoperative discharge time was 5.72 days (3 - 11 days). The postoperative success rate was 100% during the mean follow-up period of 16.7 months (6 - 36 months).

Conclusion: Minimally invasive open surgery pyeloplasty in children has high success rate, low complications, fast operation time, suitable for the group of infants and young children.

Keywords: hydronephrosis, pyeloplasty, minimally invasive open pyeloplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc khúc nối bể thận - niệu quản (TKNBTNQ) là một bất thường phổ biến của niệu quản làm gián đoạn quá trình vận chuyển nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. Biểu hiện lâm sàng từ không triệu chứng đến viêm bể thận tái phát, đau bụng từng cơn hay dữ dội, đặc biệt là sau khi uống nhiều nước, hiếm khi có suy thận. Ngày nay bệnh thận nước được phát hiện sớm nhờ siêu âm trước sinh, hầu hết không triệu chứng¹⁻⁴.

Chỉ định can thiệp phẫu thuật khi TKNBTNQ có triệu chứng hay suy giảm chức năng thận. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản (THKNBTNQ) mở là phương pháp điều trị tiêu chuẩn được Anderson và Hynes giới thiệu năm 1949⁵. Những vấn đề sau phẫu thuật như đau, hồi phục chậm, thẩm mỹ kém thường liên quan đến chiều dài vết mổ lớn, cắt cơ nhiều^{6,7}. Từ đó nhiều nghiên cứu về phẫu thuật xâm lấn tối thiểu THKNBTNQ trẻ em trong 2 thập kỷ qua ra đời. Một số nghiên cứu đã so sánh mổ

mở với kỹ thuật ít xâm lấn hơn, như phẫu thuật tạo hình bể thận nội soi và nội soi có hỗ trợ robot⁸⁻¹⁰. Nhưng những kỹ thuật này có một số các yếu tố hạn chế, như tỷ lệ thành công thấp hơn và rủi ro cao hơn như trường hợp chảy máu trong phẫu thuật nội soi¹¹, kỹ thuật khó hơn, đường cong học tập dài hơn và cần những thiết bị hiện đại, đắt tiền, chi phí cao^{12,13}. Phẫu thuật nội soi cũng đã được chứng minh không có lợi ích rõ ràng ở trẻ nhỏ dưới 4 tuổi, không khuyến dùng ở trẻ dưới 6 tháng^{4,14}. Do đó việc so sánh phẫu thuật mở và nội soi ở nhóm trẻ nhỏ là một thách thức¹⁵. Vì vậy, dù cho phẫu thuật nội soi phát triển ở trẻ lớn và người lớn thì phẫu thuật mở vẫn là lựa chọn ưu tiên cho nhóm bệnh nhi nhỏ tuổi. Năm 2006, Chacko và cộng sự đã mô tả kỹ thuật mổ mở tạo hình khúc nối xâm lấn tối thiểu với đường rạch da nhỏ không cắt cơ¹. Sau đó nhiều nghiên cứu tương tự cho kết quả cao hơn mổ nội soi^{2-4,13,16}. Chúng tôi đã ứng dụng kỹ thuật này để THKNBTNQ cho trẻ em từ năm 2020 đến nay. Bệnh nhi được theo dõi ít nhất 6 tháng sau mổ để đánh giá kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

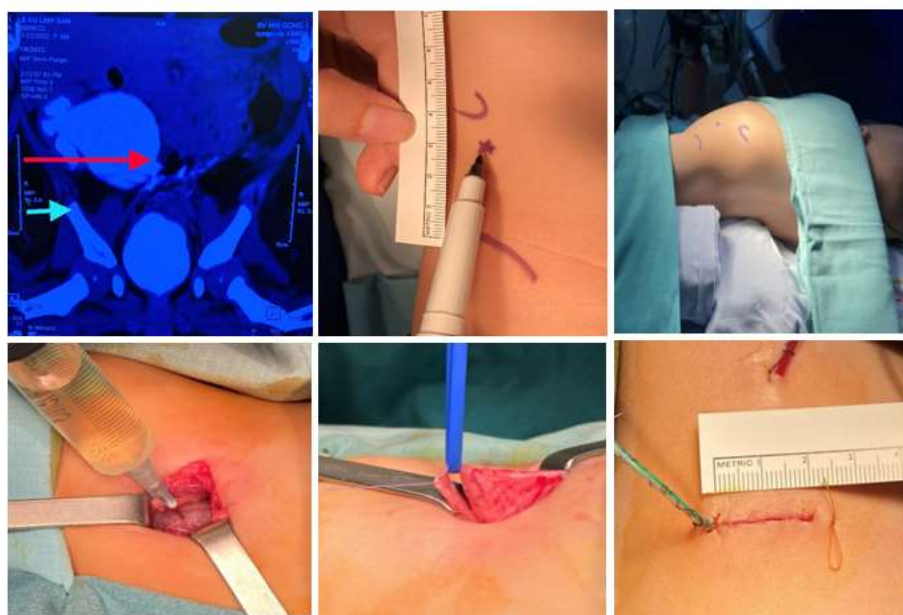
Từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2022, có tổng cộng 110 trường hợp được THKNBTNQ, trong đó có 79 trường hợp (71.81%) được phẫu thuật mổ mở xâm lấn tối thiểu. Phẫu thuật được thực hiện cùng nhóm bác sĩ ngoại niệu, tại khoa Ngoại thận-Tiết niệu, bệnh viện Nhi Đồng 1.

Chỉ định phẫu thuật khi bệnh nhi TKNBTNQ có: 1) suy giảm chức năng thận riêng phần dưới 40%; 2) có triệu chứng: nhiễm trùng tiểu tái phát, đau bụng đau hông lưng, u bụng, tiểu máu, sỏi thận; 3) thận diễn tiến ứ nước nhiều hơn và chức năng thận giảm hơn 10% so với trước.

Tiêu chí nhận vào nghiên cứu: tất cả bệnh nhi được mổ mở xâm lấn tối thiểu THBTNQ lần đầu. Tiêu chí loại trừ: thận đã được phẫu thuật trước đó như: dẫn lưu thận, nong niệu quản, thận nước sau chấn thương, thận nước đơn độc hay thận nước 2 bên; có bệnh kèm theo như trào ngược bàng quang niệu quản, hẹp khúc nối niệu quản bàng quang, thận đôi, thận móng ngựa, nang thận.

Quy trình phẫu thuật: bệnh nhi được gây mê nội khí quản, nằm nghiêng 1 bên, kê gối dưới hông lưng. Xác định vị trí rạch da bằng cách đo ước lượng vị trí khúc nối trên phim CT scan, hoặc siêu âm đánh dấu. Rạch da đường ngang vừa đủ, thường khoảng 2 cm ở hông lưng. Tách cơ chéo ngoài, chéo trong,

cơ ngang bụng, tách lớp cân Gerota vào hố thận. Bộc lộ khúc nối bể thận- niệu quản, có thể hút dịch bể thận đối với trường hợp bể thận giãn lớn, giúp di động khúc nối ra ngoài vết mổ dễ dàng. Tiến hành tạo hình khúc nối theo phương pháp Anderson-Hynes, cắt bỏ đoạn hẹp, cắt bể thận vừa đủ, không thu nhỏ bể thận, khâu bể thận và mặt cắt vát của niệu quản bằng chỉ Vicryl hay PDS 6/0 hay 7/0 mũi rời hay liên tục. Chuyển dòng nước tiểu thường dùng ống nuôi ăn số 5 hay 6 dẫn lưu xuyên miệng nối, qua bể thận ra ngoài hay dẫn lưu trong bàng JJ. Dẫn lưu được đặt cạnh miệng nối ra ngoài da. Nòng niệu quản sẽ được rút sau 1 tuần, JJ được rút sau 8 tuần (Hình 1).



Hình 1. Phương pháp mổ mở tạo hình khúc nối bể thận niệu quản xâm lấn tối thiểu

Bệnh nhi được xuất viện sẽ tái khám sau 1, 3, 6, 9, 12, 18, 24 tháng và mỗi năm sau mổ. Tái khám ghi nhận các triệu chứng sau mổ, siêu âm kiểm tra độ ứ nước thận và đo đường kính trước sau bể thận (APD). Nếu hết các triệu chứng lâm sàng, siêu âm thận ứ nước giảm hoặc APD giảm, tiếp tục tái khám theo dõi định kỳ trên siêu âm. Nếu bệnh nhi

vẫn còn triệu chứng sau mổ, độ ứ nước tăng lên sau 6 tháng, sẽ được làm lại xạ hình thận để đánh giá chức năng thận. Kết quả ghi nhận theo 3 mức độ bao gồm: 1) tốt: hết triệu chứng, siêu âm giảm độ ứ nước, giảm APD trên 50% hay xạ hình thận chức năng thận tốt hơn trước mổ; 2) trung bình: hết triệu chứng, thận vẫn còn ứ nước dai dẳng trên siêu âm

sau 6 tháng, APD giảm dưới 50%; 3) xấu: còn triệu chứng, thận ứ nước nhiều hơn, chức năng thận giảm hơn 5% so trước mổ, cần can thiệp phẫu thuật lại. Tỷ lệ thành công sau thời gian theo dõi là nhóm không cần can thiệp phẫu thuật lại, thất bại là nhóm kết quả xấu cần can thiệp phẫu thuật lại.

Thông kê y học: số liệu được nhập vào phần mềm SPSS phiên bản 29. Chi-square, phép kiểm chính xác của Fisher, phép kiểm Mann-Whitney U, phép kiểm t và thử nghiệm của Wilcoxon đã được sử dụng để phân tích dữ liệu. Giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi ghi nhận có 79 bệnh nhi được mổ mở xâm lấn tối thiểu THKNBTNQ. Bé trai nhiều hơn bé gái: 63 (79,7%) và 16 (20,3%). Thận bên trái nhiều hơn bên phải: 60 (75,9%) và 19 (24,1%). Tuổi trung bình khi mổ là 21,41 tháng (2 - 90 tháng). Nhóm bệnh nhi dưới 2 tuổi là 54 (68,4%). Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, nhưng nhiều nhất là chẩn đoán nhờ siêu âm trước sinh 47 (59,5%). Sau sinh bé được đưa đến khám kiểm tra, và hầu hết không có triệu chứng lâm sàng. Ở trẻ lớn thường là có triệu chứng: đau bụng, u bụng, nhiễm trùng tiểu.

Thời gian mổ trung bình là 67,09 phút (36 - 120 phút). Không có bệnh nào cần truyền máu trong lúc mổ. Chiều dài vết mổ trung bình là 2,05 cm (1,7 - 2,7 cm). Giảm đau sau mổ là paracetamol đường uống. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là 4,28 ngày (2 - 7 ngày).

Biến chứng sau mổ có 8 trường hợp (10,12%). Bao gồm 1 rò nước tiểu, 4 trường hợp nhiễm trùng tiểu, 1 trường hợp tắc dòng niệu quản, 1 trường hợp không rút được dòng niệu quản, 1 trường hợp sonde JJ lạc

chỗ. Các biến chứng này theo phân độ biến chứng sau phẫu thuật của Clavien-Dindo (2004) ở mức độ từ nhẹ đến trung bình (độ I đến độ IIb). Các biến chứng này không ảnh hưởng đến kết quả sau mổ với $P=0,63$ (Fisher's Exact Test).

Kết quả sau mổ là: tốt 67 (84,8%), trung bình có 12 (15,2%), không có kết quả xấu cần can thiệp phẫu thuật lại. Tỷ lệ thành công chung sau mổ là 100% trong thời gian theo dõi trung bình 16,7 tháng (6 - 36 tháng). Độ ứ nước trước mổ không liên quan đến kết quả sau mổ với $P=0,249$ (Fisher's Exact Test). APD giảm dần sau mổ, sau 6 tháng APD trung bình là 28,73mm, sau 24 tháng trung bình là 17,88 mm. APD trên siêu âm trước mổ không liên quan đến kết quả sau mổ với $P= 0,628$ (kiểm định Mann-Whitney U). Trong nhóm 12 ca kết quả trung bình có 8/12 (66,67%) thận ứ nước độ 4 trước mổ, 3 bệnh có chức năng thận trên xạ hình dưới 10%. Chức năng thận trước mổ không liên quan đến kết quả sau mổ với $P= 0,272$ (kiểm định Mann-Whitney U).

IV. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng của thận nước trẻ em đa dạng, trong đó nhóm không có triệu chứng phát hiện nhờ siêu âm trước sinh gặp nhiều nhất (59,5%). Tương ứng độ tuổi phát hiện bệnh đa số là dưới 2 tuổi (64,8%). Do đó việc theo dõi và có kế hoạch cho nhóm bệnh nhi nhỏ tuổi không có triệu chứng phát hiện trước sinh là hết sức cần thiết và cũng là một thách thức cho bác sĩ chuyên khoa^{1,3,4}.

Nghiên cứu chúng tôi có những biến chứng nhẹ, được điều trị ổn và không ảnh hưởng đến kết quả chung sau mổ. Rò nước tiểu 1 trường hợp (1,3%), chúng tôi nghĩ có liên quan đến khó khăn trong mổ, thời gian mổ kéo dài (110 phút), hậu phẫu nhiễm

trùng. Theo chúng tôi, đối với những trường hợp khó khăn trong lúc mổ thì việc mở rộng phẫu trường lúc mổ là cần thiết để hạn chế biến chứng. Một trường hợp sonde JJ bị lạc chỗ lên niệu quản. Đây là bé trai 4 tháng tuổi đặt sonde JJ số 3 dài 12 cm. Chúng tôi nghĩ là do sonde JJ ngắn, mặc dù lúc mổ đã được đo đạc trên bệnh nhi. Một phần là do hạn chế sonde JJ với kích cỡ mong muốn, niệu quản

nhỏ chỉ đặt vừa sonde JJ số 3 nhưng không có chiều dài phù hợp. Về sau tất cả các bệnh nhi dưới 1 tuổi, cần đặt sonde JJ, chúng tôi đặt kết hợp sonde JJ số 3 và ống nuôi ăn số 5 dẫn ra ngoài ổ thận, được rút sau 7 ngày, bệnh nhi không cần nhập viện gây mê nội soi rút sonde JJ và hạn chế biến chứng của sonde JJ (Hình 2)



Hình 2. Stent niệu quản kết hợp JJ và ống nuôi ăn

Kết quả thành công sau mổ của chúng tôi là 100% trong thời gian theo dõi 16.7 tháng, không có trường hợp nào cần mổ lại. Trong đó có 12 trường hợp (15.2%) còn ứ nước kéo dài sau mổ, độ ứ nước không cải thiện, mặc dù siêu âm APD giảm và hoàn toàn không có triệu chứng. Các bệnh nhi này độ ứ nước trước mổ đa số độ 4 có 8/12 (66.67%) và chức năng thận dưới 10% có 3/12 (25%). Mặc dù độ ứ nước trước mổ, cũng như chức năng thận trước mổ không liên quan đến kết quả phẫu thuật ($p=0.249$, $p=0.272$). Khiếm khuyết của nghiên cứu là số bệnh nhi ít và thời gian theo dõi ngắn, không thực hiện được xạ hình thận sau mổ ở những bệnh nhi cần làm lại xạ hình thận để kiểm tra, do đó kết quả lâu dài cần được theo dõi thêm. So với các nghiên cứu áp dụng cùng phương pháp phẫu thuật mổ mở xâm lấn tối thiểu, kết

quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả nước ngoài khác như: Kajbazaded⁴, Sharifiaghda², Alizadeh³ về thời gian phẫu thuật, chiều dài vết mổ, thời gian theo dõi, tỷ lệ thành công. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5.72 ngày, dài hơn các nghiên cứu khác (từ 1 đến 3 ngày). Bệnh nhi chúng tôi hoàn toàn có thể xuất viện sớm hơn do bệnh nhi đau ít chỉ cần dùng giảm đau đường uống, phần lớn là không có nhiễm trùng, các ống dẫn lưu có thể hện rút tại phòng khám sau 1 tuần. Nhưng do đa phần bệnh nhi ở tỉnh 72/79 (91.1%), điều kiện đi lại khó khăn, nên người nhà mong muốn ở lại bệnh viện lâu hơn để theo dõi và rút hết các ống dẫn lưu trước khi xuất viện.

So với mổ nội soi THKNBTNQ thì thời gian mổ nội soi dài hơn nhưng ít đau sau mổ

hơn và xuất viện sớm hơn mổ mở. Một trong những nhược điểm chính của phẫu thuật nội soi hay nội soi có hỗ trợ robot là thời gian phẫu thuật dài hơn so với mổ mở. Trong mổ nội soi, thời gian mổ trung bình lần lượt là 102 phút, 219 phút và 188 phút được ghi nhận trong nghiên cứu của Tong và cộng sự¹⁷, Bonnard và cộng sự¹⁸ và Piaggio và cộng sự¹⁹. Với kỹ thuật nội soi hỗ trợ robot, Lee và cộng sự²⁰ báo cáo thời gian phẫu thuật khoảng 219 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của mổ mở xâm lấn tối thiểu của chúng tôi là 67.09 phút, bằng khoảng một phần ba đến một nửa thời gian các kỹ thuật ít xâm lấn khác.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp mổ mở xâm lấn tối thiểu THKNBTNQ ở trẻ em có những ưu điểm như: thời gian mổ ngắn, vết rạch da nhỏ thẩm mỹ, giảm đau sau mổ, ít biến chứng, tỷ lệ thành công cao. Do đó đây là một phương pháp khả thi và hiệu quả về mặt kỹ thuật trong điều trị tắc khúc nối bể thận niệu quản trẻ em, đặc biệt trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chacko JK, Koyle MA, Mingin GC, Furness PD, 3rd. The minimally invasive open pyeloplasty. *J Pediatr Urol.* 2006;2(4):368-72.
2. Sharifiaghdas F, Mirzaei M, Daneshpajoo A, Abbaszadeh S. Minimally invasive open dismembered pyeloplasty technique: Miniature incision, muscle-splitting dissection, and nopelvis reduction in children. *Asian J Urol.* 2019;6(3):290-293.
3. Alizadeh F, Haghdani S, Seydmohammadi B. Minimally invasive open pyeloplasty in children: Long-term follow-up. *Turk J Urol.* 2020;46(5):393-397.
4. Kajbafzadeh AM, Turchi A, Nezami BG, Khakpour M, Mousavian AA, Talab SS. Miniature pyeloplasty as a minimally invasive surgery with less than 1 day admission in infants. *J Pediatr Urol.* 2011;7(3):283-8.
5. Anderson JC, Hynes W. Retrocaval ureter; a case diagnosed pre-operatively and treated successfully by a plastic operation. *Br J Urol.* 1949;21(3):209-14.
6. Braga LH, Lorenzo AJ, Bağli DJ, et al. Comparison of flank, dorsal lumbotomy and laparoscopic approaches for dismembered pyeloplasty in children older than 3 years with ureteropelvic junction obstruction. *J Urol.* 2010;183(1):306-11.
7. Yanke BV, Lallas CD, Pagnani C, McGinnis DE, Bagley DH. The minimally invasive treatment of ureteropelvic junction obstruction: a review of our experience during the last decade. *J Urol.* 2008;180(4):1397-402.
8. Menon P, Rao KL, Bhattacharya A, Mittal BR. Outcome analysis of pediatric pyeloplasty in units with less than 20% differential renal function. *J Pediatr Urol.* 2016;12(3):171.e1-7.
9. Monn MF, Bahler CD, Schneider EB, et al. Trends in robot-assisted laparoscopic pyeloplasty in pediatric patients. *Urology.* 2013;81(6):1336-41.
10. Marte A, Papparella A. One-trocar-assisted pyeloplasty: An attractive alternative to open pyeloplasty. *Afr J Paediatr Surg.* 2015;12(4):266-9.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU QUẢN BẰNG ĐẶT STENT KIM LOẠI TỰ NỞ RỘNG QUA NỘI SOI NGƯỢC DÒNG

Hoàng Long¹, Lê Tuấn Anh¹,
Nguyễn Thu Hiền¹, Trần Quốc Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả, độ an toàn và kết quả xa của đặt stent NQ Allium trong điều trị triệt để HNQ.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả tiền cứu tất cả BN được đặt stent NQ Allium điều trị các loại HNQ tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà nội từ tháng 2/2019 đến tháng 4/2023 phân tích đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật và tỷ lệ hẹp khi theo dõi sau rút stent.

Kết quả: NC 128 BN gồm 79 nam (61,7%) và 49 nữ (38,3%) với tuổi TB: $48,1 \pm 15,7$ tuổi (19 - 85). 98 (76,56%) HNQ thứ phát sau can thiệp sỏi; 14 (10,93%) sau tạo hình BT - NQ và 8 (6,25%) sau PT tiểu khung. Thời gian mổ TB: $36,9 \pm 11,5$ phút (15-90) và chiều dài HNQ TB: $2,18 \pm 0,94$ cm (0,5-4). Không có biến chứng nặng trong và sau mổ. Có 80 (62,5%) stent được rút bỏ với thời gian lưu TB: $25,49 \pm 6,53$ tháng (2-39). Tỷ lệ thành công đạt 82,5% (66/80) với thời gian theo dõi TB sau: $9,23 \pm 6,07$ tháng (1-44). Trong số 14 thất bại (17,5%) có 10 HNQ tái phát (71,4%); 9/10 BN có đoạn hẹp dài từ 2 -

4cm và 4 (28,6%) stent di chuyển sau PT hẹp BT-NQ.

Kết luận: Đặt stent kim loại Allium đạt hiệu quả và an toàn trong điều trị HNQ. Đây được xem là phương pháp khả thi, được lựa chọn do ít xâm lấn và tỷ lệ thành công tương đương PT tạo hình NQ. Phương pháp này cần được nghiên cứu phân tích chuyên sâu hơn nữa để xác định chính xác vai trò của stent Allium trong điều trị HNQ.

Từ khóa: Hẹp niệu quản, stent Allium, stent niệu quản kim loại.

SUMMARY

RESULTS OF URETERAL STRICTURE TREATMENT BY RETROGRADE PLACEMENT OF SELF - EXPANDABLE ALLIUM URETERAL STENT

Objectives: Our study aim was to evaluate the effectiveness and safety, the long-term results of the Allium ureteral stent as a curative treatment of ureteral strictures.

Materials and Methods: We prospectively decriptive collected data on all patients who underwent Allium URSs positioning for different types of stenosis in Department of Urology, Hanoi medical university hospital between February 2019 and April 2023, clinical, radiological, and perioperative parameters were retrieved and analyzed. The primary outcome was stricture resolution rates following stent removal.

Results: Our study included 128 patients, 79 men (61.7%) and 49 women (38.3%) with a mean age of 48.1 ± 15.7 years (range from 19 to

¹Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Long

ĐT: 0912390514

Email: hoanglong70@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 20/6/2023

85). About the etiology of strictures, 98 (76.56%) were secondary to ureteroscopy or impacted stones; 14 (10.93%) were secondary to pyeloureteral stenosis plasty and 8 (6.25%) after pelvic surgery. The median operating time was 36.9 ± 11.5 min (15-90), and the median length of strictures was 2.18 ± 0.94 cm (0.5-4) and no intraoperative or perioperative major complications were recorded. In total, 80 (62.5%) stent removal was performed after the mean indwelling time of the Allium stent was 25.49 ± 6.53 months (2-39). The overall success rate was 82.5% (66/80) with a median follow-up of 9.23 ± 6.07 months (1-44). Among patients with failure (14 pts, 17.5%): 10 (71.4%) presented ureteral strictures again; among them, 9/10 were patients with a stricture length between 2 and 4 cm, 4 (28.6%) patients with pyelous - ureteral junction stenosis experienced the migration of the stent.

Conclusion: The Allium stent seems to be an effective and safe surgical treatment for ureteral stricture. An Allium URS could be considered as a feasible and attractive treatment of ureteral strictures due to its minimal invasiveness; the success rate of this treatment is comparable with surgical repair. Further analyses are necessary to better define the role of the Allium stent in the treatment of ureteral strictures.

Keywords: Ureteral stenosis, Ureteral stricture, Allium stent, Metallic ureteral stent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, sự phát triển của các kỹ thuật can thiệp nội soi (NS) ngược dòng và NS sau phúc mạc đã thay thế phẫu thuật (PT) mở trong điều trị sỏi tiết niệu. Đi kèm theo hiệu quả được kỳ vọng thì tỷ lệ biến chứng rò và hẹp niệu quản (HNQ) vẫn còn tồn tại và là tổn thương bệnh lý rất khó điều trị. Mặt khác, biến chứng hẹp và rò NQ

còn gặp sau các PT vùng tiểu khung hoặc sau xạ trị các bệnh lý ung thư tiêu hóa hoặc sản phụ khoa với những tổn thương cần điều trị rất phức tạp. PT trong tiểu khung chiếm tới 82% nguyên nhân gây HNQ đoạn dưới sau mổ, trong đó 73% là sau PT sản phụ khoa, PT đại trực tràng chiếm 9% trong khi can thiệp tiết niệu chỉ gặp 14% là nguyên nhân gây HNQ quản đoạn dưới¹.

Cho dù là do nguyên nhân gì, điều trị HNQ vẫn còn là thách thức. Can thiệp PT mở truyền thống hay PTNS phục hồi lưu thông NQ là giải pháp điều trị triệt để. Tuy nhiên, rất khó thực hiện trong nhiều trường hợp và kết quả không đạt được như kỳ vọng, nhất là những trường hợp đã PT nhiều lần. Nội soi can thiệp NQ ngược dòng sẽ là giải pháp đầu tiên được lựa chọn hiện nay. Tùy theo mức độ tổn thương mà có thể thực hiện các biện pháp điều trị như nong niệu quản, cắt xơ hẹp và mở rộng NQ bằng Laser, đặt ống thông JJ. Nong NQ bằng bóng được phần lớn các nghiên cứu trên thế giới xem như lựa chọn đầu tiên. Tuy vậy, hiệu quả của nong bóng phụ thuộc nhiều vào độ dài và vị trí HNQ với tỷ lệ thành công ngắn hạn sau 3 tháng là $60 \pm 10\%$ và dài hạn sau 6 - 12 tháng là $54 \pm 14\%$ ².

Với những tổn thương hẹp NQ xơ dài, tái phát hoặc có rò nước tiểu thì phương pháp đặt stent kim loại tự giãn nở rộng được coi là giải pháp tối ưu trong điều trị hẹp và rò NQ phức tạp. Kỹ thuật này được thực hiện trên thế giới từ năm 2012 cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu đã báo cáo với kết quả đáng hứa hẹn, tuy nhiên tỷ lệ thành công cần phải bàn luận vì khoảng dao động cao từ 35 - 85,5% tùy theo loại tổn thương, thời gian theo dõi và tiêu chí đánh giá^{3,4,5}. Áp dụng đặt stent NQ tại Việt nam được thực hiện từ năm 2018 đã đem lại kết quả bước đầu rất khả quan. Tuy nhiên, tính an toàn và hiệu quả xa sau

khi rút stent vẫn còn chưa được kiểm chứng với những tổn thương hẹp NQ rất riêng biệt tại Việt nam. Nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu: ***“Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của kỹ thuật đặt stent kim loại tự nở rộng Allium qua nội soi ngược dòng điều trị hẹp niệu quản”***.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc tiến cứu từ tháng 2/2019 đến tháng 4/2023 tất cả các BN chẩn đoán hẹp rò NQ 1 hoặc 2 bên sau PT: Tán sỏi nội soi NQ; PT mở hoặc PTNS lấy sỏi tiết niệu, tạo hình BT - NQ; PT vùng tiểu khung và hẹp NQ do ung thư xâm lấn hoặc sau xạ trị. Bao gồm cả những trường hợp HNQ tái phát hoặc sau điều trị bằng các phương pháp khác thất bại.

- Chẩn đoán lâm sàng và chụp MSCT hệ tiết niệu xác định: Vị trí HNQ, đi kèm rò nước tiểu hoặc tụ dịch sau phúc mạc; đánh giá ứ nước thận độ 1, 2, 3

- Gây mê NKQ hoặc gây tê TS, NMC. Thực hiện PTNS ngược dòng đánh giá tổn thương trong mổ: Hẹp 1 hoặc nhiều vị trí, 1 hoặc 2 bên, khoảng cách giữa 2 vị trí hẹp. Mức độ hẹp: Khít, độ dài đoạn hẹp, đặc điểm hẹp xoắn vặn, có sỏi trên chỗ hẹp NQ.

- Nội soi ngược dòng cắt xơ hẹp mở rộng NQ bằng Laser; nong NQ bằng bộ nong nhựa đến số 12 - 14Fr. Thực hiện đặt stent Allium qua chỗ HNQ không sử dụng C-Arm.

- Đặt stent thuận lợi, loại stent 10 x 100, 10 x 120mm, có móc hoặc không.

- Đặt stent khó khăn: Do hẹp lòng NQ không nong được đến số 10Fr, đặt stent đưa lên NQ khó, nút chặt do đoạn hẹp dài, gấp khúc hoặc mất tổ chức không tiếp nối được 2 đầu NQ hẹp hoặc do hạn chế về kỹ thuật đặt stent bị đẩy lên cao hoặc xuống thấp hơn chỗ hẹp NQ...

- Kết hợp dẫn lưu thận qua da hoặc đặt ống thông JJ trong lòng stent.

- Đánh giá trong mổ: Thời gian PT, chảy máu, tổn thương NQ - BT, mắc kẹt stent gây tắc nghẽn NQ. Không đặt được stent và chuyển phương pháp khác.

- Theo dõi sớm sau mổ: Chụp XQ ngày đầu sau mổ để xác định stent đúng vị trí hay di lệch, mức độ giãn nở của stent tại vị trí NQ hẹp. Siêu âm đánh giá mức độ ứ nước thận so sánh với trước mổ. Diễn biến lâm sàng: Đau, sốt, đái máu, đái rất buốt ... Phát hiện sớm biến chứng: Chảy máu, nhiễm khuẩn, tắc nghẽn NQ ...

- Hiệu quả điều trị được xác định: Không còn triệu chứng lâm sàng như đau thắt lưng, sốt ... và cải thiện mức độ ứ nước thận trên siêu âm.

- Mức độ an toàn được đánh giá sau mổ: Có hoặc không TC đường tiểu dưới trung bình hoặc nặng; NK tiết niệu; tình trạng đau; stent di chuyển, hình thành sỏi và tắc nghẽn lại NQ.

- Theo dõi sau đặt stent: 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 36 tháng đến khi kết thúc NC vào tháng 4/2023 về đặc điểm lâm sàng: Đau thắt lưng, đái rất buốt, đái máu. Kết quả siêu âm và Xquang xác định vị trí stent so với vị trí HNQ có di chuyển hoặc không; chụp cắt lớp khi cần thiết để đánh giá chức năng và mức độ ứ nước thận, phát hiện tắc nghẽn NQ do sỏi, tắc nghẽn do gấp gáp stent hoặc do viêm xơ HNQ.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả:

- Thành công: Đặt được stent đúng vị trí, thuận lợi và không xuất hiện ứ nước thận hoặc tắc nghẽn NQ sau khi đặt và sau khi rút stent.

- Thất bại: Xuất hiện ứ nước thận sau khi đặt stent do stent di chuyển, gấp gáp, tắc nghẽn NQ không giải quyết được phải chỉ

định rút stent sớm hoặc hẹp NQ tái phát sau khi rút stent.

Chỉ định rút stent: Sau khi đặt từ 12 đến 36 tháng. Tùy theo vị trí stent sẽ lấy bỏ qua NSBQ hoặc soi NQ. Sử dụng Pince kẹp tháo gỡ và rút dây kim loại, rút bỏ vỏ bọc. NS ngược dòng kiểm tra đánh giá tình trạng NQ và mức độ cải thiện ở vị trí hẹp, cần thiết đặt lại JJ.

Theo dõi diễn biến sau khi rút stent phát hiện sớm hẹp NQ tái phát, đánh giá tình trạng tắc nghẽn, ứ nước thận, chức năng thận bên bệnh và chỉ định can thiệp thêm khi cần thiết.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 128 người bệnh được đặt stent điều trị HNQ từ tháng 2/2019 đến tháng 4/2023 bao gồm 79 nam chiếm 61,7% và 49 nữ chiếm tỷ lệ 38,3%. Tuổi trung bình là $48,1 \pm 15,7$ tuổi dao động từ 19 - 85, độ tuổi thường gặp nhất là 31 - 50 tuổi chiếm 52,3%.

Tiền sử điều trị phẫu thuật:

+ 66 BN chiếm tỷ lệ 51,6% đã Tán sỏi nội soi NQ cách 2 tháng - 8 năm gồm: 44 TH tán 1 lần; 11 TH tán 2 lần và 11 TH đã tán 3 - 10 lần.

+ 19 TH (14,8%) đã được PTNS sau phúc mạc lấy sỏi NQ cách 2 tháng - 8 năm bao gồm: 1 TH lấy 2 bên, có 5 TH rò nước tiểu; 3 TH hẹp NQ đã được đặt JJ 1 - 4 lần (1 - 12 tháng) và 2 TH đã PT mở tạo hình hẹp NQ cách 1,5 năm và 6 năm.

+ 13 TH (10,2%) đã PT mở lấy sỏi thận NQ cách 2 tháng - 14 năm, có 1 TH mổ 4 lần cùng bên.

+ 14 TH (10,9%) đã thực hiện PT tạo hình hẹp BT và NQ cách 1 tháng - 5 năm bao gồm: 2 TH mổ 2 lần; 1 TH mổ 3 lần và 2 TH tạo hình NQ sau TMCD.

+ 8 TH (6,3%) đã PT trong tiểu khung gồm 6 PT sản phụ khoa và 2 cắt u sau PM.

+ Các nguyên nhân khác gây HNQ:

- 8 HNQ (6,3%) do u chèn ép xâm lấn, 5 TH đã xạ trị ung thư cổ tử cung sau 1 - 8 năm.

- 5 TH sau mổ TSQD và TSNS ống mềm cùng bên cách 1 - 4 năm.

- 1 TH hẹp NQ thận ghép sau 2 năm đã mổ tạo hình NQ hẹp và đặt JJ nhiều lần.

+Can thiệp trước khi đặt stent: Chỉ có 17/128 TH (13,3%) chưa can thiệp gì. 111/128 TH (86,7%) đã có can thiệp trước mổ gồm: 2 TH dẫn lưu thận; 59 TH đặt JJ 1 - 5 lần; và 50 TH đã NS xẻ hẹp NQ và đặt JJ 1 - 12 lần bao gồm: 4 TH 1 lần (cách 1 tuần - 6 tháng); 2 lần (6 tháng - 2 năm) và có 6 TH đã thực hiện 3 - 12 lần (6 tháng - 11 năm). Ngoài ra, đã có 5 TH can thiệp thận đối bên cách 1 - 20 năm gồm: 2 cắt thận và 3 TH mổ lấy sỏi.

Triệu chứng lâm sàng: 100% BN đau thắt lưng; chỉ có 3 TH đái máu, 4 TH rò nước tiểu ra ngoài và 2 tụ dịch sau phúc mạc sau PT cũ, 6 TH sốt NKTN và có 5 TH thiếu niệu. Xét nghiệm 11 TH suy chức năng thận gồm: 3 thận duy nhất, 1 thận ghép và 7 TH đã có tiền sử mổ đối bên

Chẩn đoán hình ảnh đánh giá:

+ Mức độ ứ nước thận: 12 độ I (đang đặt JJ) chiếm 9,4%; 71 độ II (55,4%) và 45 độ III (35,2%).

+ Vị trí NQ hẹp: 123 HNQ 1 bên (70 trái - 53 phải) gồm: 89 TH 1/3 trên (72,4%); 8 TH 1/3 giữa (6,5%) và 26 TH 1/3 dưới (21,1%). Có 5 HNQ 2 bên đều cùng vị trí gồm 4 TH 1/3 trên và 1 TH 1/3 dưới. Có 3 HNQ trên thận duy nhất.

+ 70TH thuộc căn quang xuống NQ dưới chỗ hẹp chiếm 54,7% và không thấy 58 TH (45,3%).

+ Hình ảnh rò nước tiểu sau phúc mạc có 5 TH và 5 TH có tụ dịch sau phúc mạc (lớn nhất là 7 x 10cm), trong đó 2 TH có cả 2 tổn thương.

+ Phát hiện sỏi tiết niệu kết hợp đều có kích thước < 1,5cm gồm 27 TH có sỏi thận, 25 TH sỏi NQ (2 TH sỏi thành chuỗi trong NQ giãn), trong đó 7 TH có cả sỏi thận và NQ.

Kết quả phẫu thuật đặt stent niệu quản:

+ Đa số BN được gây TTS 105 TH chiếm 82%; 17 TH được đặt mass TQ và chỉ có 6 TH gây mê NKQ gồm 2 TH có Tán sỏi NS ống mềm sỏi trong thận kết hợp.

+ Thời gian PT: từ 15 - 90 phút; trung bình: $36,9 \pm 11,5$ phút.

+ Vị trí NQ hẹp: Trong 123 HNQ 1 bên có 114 TH hẹp 1 vị trí, 1 TH hẹp 3 vị trí và 8

TH hẹp 2 vị trí gồm: 4 hẹp 1/3 trên 2 vị trí cách nhau 2 - 4cm, 2 hẹp trên - giữa và 2 hẹp trên - dưới.

+ Mức độ hẹp lòng NQ: 62 TH còn đưa ống soi NQ qua được (48,4%); 56 TH chỉ luồn được guide (43,8%) và 10 TH chít hẹp hoàn toàn (7,8%). 23 TH đi kèm gấp khúc NQ chiếm 17,9%.

+ Độ dài đoạn NQ hẹp: Từ 0,5 - 4cm, trung bình là: $2,18 \pm 0,94$ cm. 41 TH < 1cm; 42 TH 1 - 2cm; 26 TH 2 - 3cm và 19 TH > 3cm (4 TH có 2 vị trí hẹp cách nhau 2 - 4cm).

+ Kiểm tra trong mổ: 8 TH có nhiều Polype NQ ở dưới chỗ hẹp được cắt đốt Laser. 34 TH có sỏi thận - NQ đi kèm được chỉ định tán sỏi NS kết hợp, trong đó có 4 TH TS thận nội soi ống mềm.

Bảng 1. Liên quan giữa vị trí và nguyên nhân hẹp niệu quản

	1/3 dưới	1/3 giữa	1/3 trên	Tổng số
TSNSNQ	7	7	46 (2 x 2 bên, 3 x 2 vị trí)	60
PTNSSPM	-	-	19 (1 x 2 bên, 3 x 2 vị trí)	19
PT mở lấy sỏi	2	-	11 (1 x 2 bên, 1 x 3 vị trí)	13
PTTH BT-NQ	1	1	14 (2 x 2 vị trí)	14
PT tiểu khung	8	-	-	8
HNQ do u XL	6 (1 x 2 bên)	-	2	8
NN khác	3	-	3	6
Tổng số	27	8	93	128

Bảng 2. Liên quan giữa độ dài đoạn hẹp và nguyên nhân hẹp niệu quản

	≤ 1 cm	> 1 - 2cm	> 2 - 3cm	> 3 - 4cm	Tổng số
TSNSNQ	25	14 (1 x 2 bên)	14 (1 x 2 bên)	7	60
PTNSSPM	5 (1 x 2 bên)	8	5	1	19
PT mở lấy sỏi	1	9	-	3	13
PTTH BT, NQ	6	5	2	1	14
PT tiểu khung	2	2	2	2	8
HNQ do u XL	-	2	1	5 (1 x 2 bên)	8
NN khác	2	2	2	-	6
Tổng số	41	42	26	19	128

Bảng 3. Liên quan giữa độ dài đoạn hẹp và phương pháp can thiệp

	$\leq 1\text{cm}$	$> 1 - 2\text{cm}$	$> 2 - 3\text{cm}$	$> 3 - 4\text{cm}$	Tổng số
Nong + stent	14	13 (1x2 bên)	4	2	33
Nong + xẻ hẹp + stent	16	14	10	5	45
Nong + xẻ hẹp + stent + JJ	11 (1x2 bên)	15 (1x2 bên)	12 (1x2 bên)	12 (1x2 bên)	50
Tổng số	41	42	26	19	128

+ Diễn biến sau mổ ổn định, các triệu chứng lâm sàng và mức độ ứ nước thận đều giảm sau khi đặt được stent NQ. Kiểm tra ngay ngày đầu sau mổ tất cả stent đều đúng vị trí.

Theo dõi diễn biến sau đặt stent từ 1 - 18 tháng

Bảng 4. Diễn biến sau đặt stent

	$> 1 - 3\text{th}$	$> 3 - 6\text{th}$	$> 6 - 18\text{th}$	Tổng số
Còn TCLS	15	14	4	33
Stent di chuyển	5	9	1	15
Tắc nghẽn do sỏi	1	2	1	4
Tắc nghẽn do gấp stent	2	1	1	4
Tắc nghẽn NQ dưới stent	2	2	1	5

15 stent di chuyển gây ứ nước thận chiếm 11,7% gồm 5 stent di chuyển lên trên thận là do ĐBT giãn và 10 stent di chuyển xuống sau khi rút JJ do hẹp BT - NQ đầu trên chít hẹp lại. 4 tắc nghẽn lại do gấp gấp stent (3,1%) đều không đặt JJ đi kèm. 4 TH Tắc

nghẽn do sỏi (3,1%) sau 2 - 13 tháng gồm 2 nằm ngoài và 2 nằm trong stent. 5 tắc hẹp NQ dưới stent (3,9%) gồm 3 TH có đặt JJ kèm stent và 2 TH không đặt JJ gồm: 3 Hẹp cũ và 2 viêm xơ hẹp NQ phản ứng.

Bảng 5. Can thiệp thêm sau đặt stent

	$> 1 - 3\text{th}$	$> 3 - 6\text{th}$	$> 6 - 18\text{th}$	Tổng số
Chỉnh stent, đặt JJ	2	6	1	9
Cắt xơ hẹp, kéo stent xuống + JJ	2	2	1	5
Cắt xơ hẹp, đẩy stent lên + JJ	4	2	0	6
Rút bỏ stent + JJ	1	2	1	4
Tán sỏi nội soi + JJ	1	2	1	4
Tổng số	10	14	4	28

Tỷ lệ can thiệp thêm sau đặt stent là 28/128 TH chiếm 21,9%. Chỉ định rút stent ở 2 TH di chuyển lên thận, 1 gấp góc và 1 xơ hẹp đầu trên gây tắc nghẽn phải mổ mở rút stent, cắt đoạn NQ hẹp 1,5cm khâu nối lại. 1 HNQ dưới stent cần phải lồng stent NQ thứ 2 và đặt lại JJ.

Chỉ định và theo dõi sau rút stent:

+ Tất cả 128 TH đều được theo dõi đến

thời điểm kết thúc NC vào tháng 4/2023 với thời gian theo dõi TB: $32,1 \pm 8,74$ tháng (1 - 50 tháng). Có 80/128 TH đã rút stent đạt tỷ lệ 62,5% với thời gian lưu stent TB: $25,49 \pm 6,53$ tháng (2 - 39 tháng).

+ Theo dõi sau khi rút stent TB là: $9,23 \pm 6,07$ tháng (1 - 44 tháng). Có 66/80 TH thành công đạt tỷ lệ 82,5%. Thất bại 14 TH chiếm 17,5% bao gồm: 4 TH rút sớm sau 2 - 7

tháng do stent di chuyển lên thận, gấp góc gây tắc nghẽn và 10 HNQ tái phát gồm: 6 TH sớm sau 1 - 3 tháng; 3 TH sau 3 - 6 tháng và 1 TH sau 12 tháng đã được can thiệp thêm gồm: 4 cắt thận ứ nước mắt chức năng sau 1 - 6 tháng; 1 tạo hình HNQ sau 1 năm; 1 cấm lại NQ - BQ sau 3 tháng; 1 HNQ thận ghép sau rút stent 3 tháng tái hẹp sau rút JJ được PT khâu nối BT ghép với NQ cũ; 1 HNQ 2 bên do ung thư cổ tử cung đã PT và xạ trị, hẹp lại sau khi rút stent 2 bên 3 tháng, đặt JJ không hiệu quả được chỉ định đưa NQ ra da 2 bên và 2 TH cần phải đặt lại JJ dài hạn do sau mỗi lần rút JJ lại xuất hiện ứ nước thận.

IV. BÀN LUẬN

Điều trị hẹp NQ thứ phát sau PT tiết niệu và PT trong tiểu khung vẫn luôn là chủ đề được quan tâm từ những PT truyền thống như khâu nối NQ, ghép thận tự thân hoặc sử dụng ruột non thay thế, một số TH được dẫn lưu thận hoặc đặt và lưu dài hạn JJ. Thời gian gần đây, nhiều tiến bộ KT đã áp dụng trong nội soi như: Nong NQ hẹp bằng bóng, mổ cắt trong NQ hẹp bằng dao lạnh hay Laser đã ngày càng trở nên phổ biến bao gồm cả loại mới là đặt stent kim loại NQ. Hiện nay, stent Allium được sử dụng thường xuyên nhằm khắc phục nhược điểm của đặt JJ thường quy như viêm mô phản ứng, nhiễm khuẩn tiết niệu, đóng cặn trong lòng ống, kích thích BQ gây nên rối loạn tiểu tiện và phải thay định kỳ. Nghiên cứu đầu tiên thực hiện đặt stent Allium trên thế giới là vào năm 2012 cho tới nay đã có nhiều nghiên cứu đều cho thấy stent kim loại có ít tác dụng phụ hơn đặt JJ thông thường và nhiều lợi ích vượt trội hơn PT phục hồi NQ. Tuy nhiên, hạn chế và hiệu quả theo dõi xa còn ít được đề cập đến^{1,3,5}.

Chỉ định đặt stent kim loại tự nở rộng qua nội soi ngược dòng điều trị hẹp NQ vẫn

còn đang được bàn luận. Khác với đặt ống thông JJ với 2 đầu cong được giữ cố định trong BT và BQ thì stent kim loại đặt trong lòng NQ sau 1 thời gian tự nở rộng sẽ làm giãn chỗ NQ hẹp và có thể di chuyển khỏi vị trí ban đầu do cấu trúc thẳng ở 2 đầu. Khi đó nó sẽ mất hiệu quả điều trị, gây hẹp tái phát nếu di chuyển xuống dưới chỗ hẹp hoặc gây ứ nước thận nếu di chuyển lên trên ĐBT. Stent Allium cấu tạo bởi khung kim loại Nitinol siêu đàn hồi có khả năng tự nở rộng và giữ duy trì được đường kính rộng 8 - 10 mm, bao phủ bên ngoài bởi lớp màng Polymer tổng hợp có tính tương hợp và ổn định sinh học tạo nên lớp có khả năng không thấm nước để dự phòng tổ chức mô thành NQ xâm nhập và đóng cặn lâu dần tạo sỏi tắc nghẽn lòng ống. Stent chống lực đè ép tốt, mềm theo chiều dọc, có lực tỏa tròn để giữ cho lòng ống luôn mở và sử dụng an toàn đến 2 năm mới cần thay thế. Đối với hẹp sát BQ thì stent có thêm phần mỏ neo nằm trong BQ để tránh di chuyển và tránh trào ngược lên NQ^{7,8}.

Nguyên nhân gây hẹp NQ thứ phát phần lớn là do các bệnh lý lành tính, trong đó liên quan đến sỏi NQ là chính yếu, hẹp NQ sau PT và đều có cùng cơ chế do tác nhân kích thích lâu dài gây tổn thương niêm mạc phù nề, viêm xơ hóa hình thành sẹo và cuối cùng gây hẹp lòng NQ. Một số NC mô học cho thấy tổn thương viêm xơ mạn tính tổ chức kẽ và quá sản biểu mô tại vị trí sỏi bám thành sẽ làm giảm lưu lượng máu đến kết hợp với phản ứng miễn dịch gây viêm mạn tính nặng của niêm mạc NQ. Đặc điểm này cho thấy tính chất hay tái phát của HNQ khi đã tổn thương viêm xơ thành NQ^{9,10,12}.

NC của Choi năm 2019, stent kim loại là giải pháp hữu ích trong giải quyết nguyên nhân hẹp lành tính với thời gian cần đặt lại

stent là 30,9 tháng rất có hiệu quả trong những trường hợp hẹp tái phát nhiều lần hoặc đã PT không hiệu quả. Đã đặt JJ nhiều lần hoặc có tác dụng phụ của JJ như kích thích BQ, tạo sỏi, rối loạn tiểu tiện⁶.

Nhiều kỹ thuật ít xâm lấn có thể được thực hiện thường quy gồm nong NQ bằng bóng hoặc đường rạch bên trong mở rộng HNQ thường xuyên gấp tái phát hoặc nhanh chóng hình thành tổ chức sẹo xơ, NC của Lu C cho thấy kết quả nong NQ bằng bóng đơn thuần đã giảm có ý nghĩa khi theo dõi xa 12 tháng với tỷ lệ thành công TB là 54%². Các NC trước đều còn tồn tại vấn đề đầu là vai trò của đặt stent đơn thuần có hơn gì so với nong NQ bằng bóng trừ khi KT này là bước đầu thực hiện trước khi đặt stent như vậy cần NC so sánh giữa nong NQ đơn thuần với kết hợp nong và đặt stent. Sau khi nong NQ bằng bóng, Allium stent được đặt vào đường tiết niệu sẽ có vai trò như một cấu trúc khung làm giá đỡ để thúc đẩy quá trình tái tạo lại lớp biểu mô bình thường xung quanh stent, nhờ đó sẽ hạn chế hình thành sẹo xơ và giảm nguy cơ hẹp NQ tái phát. Câu hỏi chính luôn được đặt ra là khi nào có thể xác định được quá trình tái tạo này kết thúc và khi nào rút được stent^{9,10}.

Stent Allium rất hữu hiệu khi chỉ định những TH có rò nước tiểu đi kèm HNQ, cấu trúc vỏ stent được bao bọc bởi lớp màng Polymer tổng hợp có tính tương hợp và ổn định sinh học tạo nên lớp có khả năng không thấm nước sẽ bịt kín lỗ rò. NC của chúng tôi có 5 TH rò và 5 TH tự dịch sau PM sau khi đặt đã hết rò dịch ngay ngày đầu. Tuy nhiên, những TH viêm xơ hẹp thành NQ lâu ngày, đoạn HNQ dài và gấp góc là những tổn thương rất khó điều trị và tỷ lệ thành công thấp, hay tái phát hẹp khi điều trị bằng các kỹ thuật nội soi ngược dòng hoặc đặt stent. NC

của chúng tôi, chiều dài đoạn NQ hẹp dao động từ 0,5 - 4cm, TB là $2,18 \pm 0,94$ cm, tỷ lệ hẹp dài 3 - 4cm chiếm tới 35,2% và hẹp gấp góc 17,9%, tỷ lệ hẹp khít 48,8% và chít hoàn toàn 7,8% là những yếu tố gây khó khăn cho PT, nguy cơ hẹp lại cao và ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công. Đa số BN trong NC của chúng tôi đã điều trị HNQ nhiều lần, có 111/128 TH chiếm tỷ lệ 86,7% đã can thiệp phần lớn là nội soi cắt xơ hẹp NQ và đặt JJ, đây có thể là thì chuẩn bị cho đặt stent khi NQ còn hẹp chưa nong đủ rộng đến cỡ 12Fr.

Theo dõi sau đặt stent cần chặt chẽ để phát hiện sớm biến chứng. Sau 18 tháng đầu theo dõi đã có 15 TH stent di chuyển gây ứ nước thận chiếm tỷ lệ 11,7% cần phải can thiệp thêm. Nguyên nhân của 5 TH stent di chuyển lên trên thận là do ĐBT trên vị trí hẹp giãn, stent không cố định nên rút 2 TH sau 2 - 7 tháng còn 3 TH nội soi chỉnh lại kéo stent xuống qua chỗ hẹp đầu trên và đặt lại JJ. 10 TH còn lại do hẹp BT - NQ đầu trên, sau khi rút JJ thì stent di chuyển xuống do vị trí hẹp đầu trên chít hẹp lại. Có 9 TH nội soi cắt xơ hẹp đầu trên, chỉnh đẩy stent lên, đặt JJ và 1 TH cắt xơ hẹp không kết quả, mổ mở rút stent, cắt đoạn NQ hẹp 1,5cm khâu nối đặt JJ. NC của Kulkarni trên 130 TH đặt stent kim loại thì tỷ lệ di chuyển là 8,7% và cần đặt lại là 19%¹¹.

Khi lòng NQ không quá hẹp thì không cần thiết đặt JJ trong stent. Tuy nhiên, có 4 TH tắc nghẽn lại do gấp gấp stent (3,1%) đều không đặt JJ đi kèm cần thiết nội soi nắn chỉnh thẳng stent và đặt JJ rút sau 2 - 3 tháng ở 3 TH và rút bỏ 1 stent gấp góc BT - đài dưới sau 18 tháng không chỉnh được, đặt lại JJ. Tắc nghẽn NQ do sỏi gấp 4 TH (3,1%) sau đặt stent từ 2 - 13 tháng gồm 2 nằm ngoài stent và 2 nằm trong stent được xử trí Tán sỏi NS, chỉnh stent qua chỗ hẹp, đặt lại

JJ. Tắc hẹp NQ dưới stent gấp 5TH (3,9%), 3 TH có đặt JJ kèm stent và 2 TH không đặt JJ gồm: 3 Hẹp cũ và 2 viêm xơ hẹp NQ phản ứng. Cắt xơ hẹp, nong rộng NQ chỉnh kéo stent xuống 4 TH và 1 TH cần phải lồng stent NQ thứ 2 và đặt lại JJ.

Theo khuyến cáo thì stent kim loại để tối đa trong cơ thể người được 36 tháng. Tuy nhiên, khả năng thích nghi với stent và phản ứng viêm phù nề niêm mạc NQ là tùy theo từng cá thể không giống nhau. Stent đặt gây phản ứng viêm phù nề niêm mạc NQ ở đầu trên và dưới gây hẹp và ứ nước thận nên phải can thiệp cắt đốt nội soi Laser. Một số hình thành sỏi trong stent gây tắc nghẽn, nhiễm khuẩn vì vậy cần chỉ định rút sớm. Có 6/27 TH rút sau 13 - 24 tháng và 9/39 TH rút sau 25 - 36 tháng gặp khó khăn cần phối hợp các phương pháp khác. Stent có thể di chuyển và gấp góc tại vị trí hẹp gây tắc nghẽn và khó khăn khi rút. Thậm chí, một số trường hợp bám dính chặt vào tổ chức thành NQ không thể rút được và phải mổ mở để rút stent trong 3TH hay kết hợp tạo hình NQ hẹp (2 tạo hình NQ và 2 cắm NQ - BQ) hoặc đặt lại JJ. Chúng tôi gặp 3TH rút được phần kim loại thành sợi dài còn phần vỏ nhựa mắc lại gây tắc nghẽn không thể lấy ra được qua nội soi ngược dòng và phải tạo đường hầm qua da để lấy và đặt JJ xuôi dòng. Có 1 HNQ 2 bên đoạn dưới do ung thư cổ tử cung xâm lấn đã được đặt Stent sau 24 tháng nhưng không cải thiện được chỉ định đưa NQ ra da 2 bên. Thời hạn lưu stent chỉ nên dưới 24 tháng.

NC của chúng tôi có 80/128 TH đã rút stent sau đặt từ 2 - 39 tháng chiếm tỷ lệ 62,5%. 39TH rút stent sau 25 - 36 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,8%; sau 13 - 24 tháng là 27 TH chiếm 33,8%. Rút sớm < 12 tháng hoặc muộn > 36 tháng đều là 7 TH chiếm tỷ lệ 8,7%.

Chỉ định rút stent sớm có 7 TH sau đặt 2 - 12 tháng nguyên nhân là do 3 TH stent di chuyển sớm lên thận hoàn toàn sau 2 - 4 tháng được chỉ định rút stent do ĐBT giãn khi chỗ hẹp BT - NQ trên được nong ra đủ rộng thì stent sẽ có xu hướng di chuyển lên trên thận sau khi rút JJ. Stent di chuyển xuống dưới chỗ hẹp cũng sau rút JJ do vị trí hẹp xơ sát BQ hoặc tại BT - NQ nên phần đầu trên của stent mềm chỉ đặt được 1 - 2cm vào trong lòng BT sẽ bị đoạn hẹp đè ép gây tình trạng xơ hẹp lại sớm chỗ hẹp cũ và đẩy đầu stent xuống phía dưới chỗ hẹp. Một số có thể cắt xơ hẹp đầu trên bằng Laser để thông vào BT và đẩy stent lên qua chỗ xơ hẹp. Nếu không cắt xơ hẹp được thì buộc phải rút stent và mổ mở cắt nối đoạn hẹp tạo hình NQ. NC gặp 2 TH hẹp đầu trên được can thiệp lại sau 4 - 5 tháng. NC cũng gặp 2 TH hẹp dưới stent đoạn NQ thành BQ gồm 1 HNQ thận ghép sau 2 tháng và 1 HNQ 2 vị trí trên được đặt stent và NQ dưới đã cắt xơ hẹp nay hẹp lại sau 4 tháng. Can thiệp lại cắt xơ HNQ ghép sát thành BQ và kéo stent xuống khó khăn do xơ hẹp gấp góc nên đã được đặt JJ trong stent, sau rút JJ 2 tháng lại hẹp lại và sau 5 tháng được mổ mở khâu nối BT ghép với NQ cũ, diễn biến theo dõi tốt. TH còn lại được chỉ định cắt xơ hẹp NQ dưới và đặt thêm 1 stent 18Fr vào đoạn dưới, lồng vào stent cũ. Tất cả các TH đều được đặt lại JJ hỗ trợ, BN này sẽ được chỉ định rút cả 2 stent sau khi đủ thời gian cho phép.

NC của Stefano Salcicia, stent được rút TB sau 6 tháng (3 - 12 tháng) với tỷ lệ thành công chung là 85,5% với thời gian theo dõi TB sau rút là 18 tháng (1 - 48 tháng) đã đưa ra giả định là khả năng tái tạo tổ chức mô NQ xung quanh stent có thể là chìa khóa của thành công¹. NC của Gao W thực hiện nối tắt NQ sử dụng Allium stent với tỷ lệ thành

công chung là 92% đã cho thấy tính an toàn của PT này, không gặp các BC nặng trong thời gian đặt, lưu và rút stent⁵. Trên thực tế, rút bỏ stent kim loại hoặc JJ đặt và lưu lâu đã bám dính vào thành NQ đều có thể nguy hiểm với nguy cơ biến chứng và tổn thương NQ cao. Do vậy, cần xác định đúng thời gian lưu stent cần thiết và rút bỏ nhẹ nhàng bằng cách tháo gỡ dần khung kim loại Nitinol sẽ đảm bảo an toàn.

NC trên có 12/83 TH thất bại chiếm tỷ lệ 12,5% thì 10 TH (83,3%) xuất hiện hẹp tái phát, trong đó 8/10TH này đều có đoạn HNQ dài 2-4cm đưa ra giả thuyết chiều dài đoạn HNQ là yếu tố dự báo thất bại chính. 2TH thất bại còn lại là do hẹp BT-NQ trước mổ, ĐBT giãn nên stent di chuyển lên BT sớm trong tháng đầu tiên sau đặt và biểu hiện ứ nước thận trên siêu âm. Tất cả những TH thất bại đều được điều trị PT.

NC của Ofir Aritan đánh giá kết quả theo dõi xa 17 TH đặt stent Allium với tiêu chuẩn đánh giá thất bại là còn tình trạng ứ nước thận đi kèm tắc nghẽn NQ trên chụp Xquang, NC có thời gian lưu stent TB là $14,29 \pm 1,29$ tháng và thời gian rút stent thông thường sau 12 -14 tháng ngoại trừ 1 TH stent di chuyển lên thận được rút bỏ sớm nhất sau 3 tháng và 5 TH tắc stent khi theo dõi cần phải rút ra sớm gồm 3 TH do sỏi cần phải tán sỏi trước khi rút stent, đặt lại JJ và 2 TH do chít hẹp đầu xa NQ được rút bỏ an toàn và dẫn lưu thận dài hạn. Có 2 TH phải để lại stent do không rút được. Thời gian theo dõi TB sau rút là $10,42 \pm 2,39$ tháng và có 11/17TH cần can thiệp thêm do tắc nghẽn sau rút stent. Vì vậy, tỷ lệ thành công chỉ đạt 35,29%⁴.

Trong số 80 TH đã rút stent, chúng tôi có 14 TH thất bại với thời gian lưu stent từ 2 - 32 tháng chiếm tỷ lệ 17,5% gồm 4 TH stent di chuyển lên thận hoặc gấp góc không chỉnh

được phải rút sớm sau 2 - 7 tháng đều có ĐBT giãn rộng HNQ 1/3 trên sau mổ tạo hình BT - NQ và 1 TH sau mổ NQ sau TMCD nên stent không cố định được. 10 TH còn lại hẹp tái phát sau rút từ 2 - 12 tháng, trong đó 9/10TH có đoạn HNQ từ 2 - 4cm, 6TH vị trí HNQ 1/3 dưới và đều là mức độ hẹp khít, cần cắt xẻ hẹp bằng Laser mở rộng NQ, không nong được bằng bộ nong thông thường.

48 TH chưa rút stent chiếm 37,5%, chỉ có 15 TH trong thời gian theo dõi sau đặt mới từ 1 tháng đến 23 tháng. Còn lại đa số là đã đến thời hạn rút: 21 TH đã đặt được 26 - 34 tháng và 12 TH quá hạn đã đặt 37 - 50 tháng nên nguy cơ gặp khó khăn khi rút stent rất cao. Thực tế, 7 TH rút stent muộn sau khi đặt 37 - 39 tháng nhưng đều thuận lợi không gặp khó khăn.

Một vấn đề còn tồn tại là tiêu chuẩn đánh giá PT thành công hay thất bại khác nhau khá lớn giữa các NC. Tỷ lệ thành công dao động rộng từ 35,29% đến 85,5%^{1,4,8,10} đã cho thấy khó khăn khi so sánh kết quả giữa các NC đã thực hiện. Đa số các NC đều chỉ sử dụng siêu âm đánh giá mức độ ứ nước thận và ít NC đánh giá chức năng thận hoặc chụp CLVT. Chỉ có 1 NC của Gao W báo cáo theo dõi dài hạn chức năng thận như Urê, Creatinine và mức lọc cầu thận cho thấy suy giảm có ý nghĩa giữa trước PT và theo dõi sau PT chỉ gặp 4 TH với nồng độ Urê và thể tích thận ứ nước nhưng không gặp với nồng độ Creatinine và mức lọc cầu thận⁵. Vì vậy, tiêu chí giảm độ ứ nước thận được xem như là yếu tố thể hiện thành công của loại PT này.

V. KẾT LUẬN

Đặt stent kim loại Allium đạt hiệu quả và an toàn trong điều trị hẹp niệu quản. Đây được xem là phương pháp khả thi, được lựa

chọn do ít xâm lấn và tỷ lệ thành công tương đương phẫu thuật tạo hình niệu quản. Phương pháp này cần được nghiên cứu phân tích chuyên sâu hơn nữa để xác định chính xác vai trò của stent Allium trong điều trị hẹp niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stefano Salciccia, Ferdinando De Marco, Alessandro Sciarra, Martina Moriconi and Gian Piero Ricciuti** (2022). Allum stent as a curative treatment for benign ureteral strictures: Preliminary experience, surgical technique and functional results. *Frontiers in Urology. Sec. endourology*, Vol 2-2022. <https://doi.org/10.3389/fruro.2022.9847419>
2. **Lu C, Zhang W, Peng Y, Li L, Gao X, Liu M, et al** (2019). Endoscopic balloon dilatation in the treatment of benign ureteral strictures: A meta-analysis and systematic review. *J Endourol.* 33(4):255–62. <https://doi.org/10.1089/end.2018.0797>
3. **Moskovitz B, Halachmi. S, Nativ O** (2012). A new self-expanding, large-caliber ureteral stent: results of a multicenter experience. *J Endourol.* 26 (11):1523 - 7. <https://doi.org/10.1089/end.2012.0279>
4. **Ofir Avitan; Zaher Bahouth; Sagi Shprits; Miguel Gorenberg; Sarel Halachmi** (2022). Allium Ureteral Stent as a Treatment for Ureteral Stricture: Results and Concerns. *Urol Int.* 106 (5): 482-486. <https://doi.org/10.1159/000522174>.
5. **Wei Gao, Tianying Xing, Tongwen Ou** (2021). The Resonance and the Allium ureteral stent in the treatment of non-malignant refractory ureterostenosis. *BMC Urology*. Vol 21: 53. <https://doi.org/10.1186/s12894-021-00815-6>.
6. **Choi J, Chung KJ, Choo SH et al** (2019). Long-term outcomes of two types of metal stent for chronic benign ureteral strictures. *BMC Urology*, 19(1), 34
7. **Bahouth Z, Meyer G, Halachmi S, Nativ O, Moskovitz B** (2015). Multicenter experience with allium ureteral stent for the treatment of ureteral stricture and fistula. *Harefuah* 154(12):753–6.
8. **Guandalino M, Droupy S, Ruffion A, Fiard G, Hutin M, Poncet D, et al** (2017). Stent allium urétéral dans la prise en charge des sténoses urétérales. Étude rétrospective multicentrique. *Prog Urol* 27(1):26–32. doi: 10.1016/j.purol.2016.11.005
9. **Corrales M, Doizi S, Barghouthy Y, Kamkoun H, Somani B, Traxer O** (2021). A systematic review of long-duration stents for ureteral stricture: which one to choose? *World J Urol* 39(9):3197–205. doi: 10.1007/s00345-020-03544-x
10. **Sarah Weinberger, Mandy Hubatsch, Tobias Klatte, Jörg Neymeyer and Frank Friedersdorff** (2023). The Allium Ureteral Stent for the Treatment of Ureteral Complications Following Renal Transplantation-A Single-Center, Single-Surgeon Series. *J. Clin. Med.* 2023, 12(9), 3317; <https://doi.org/10.3390/jcm12093317>
11. **Kulkarni R.** (2014). Metallic stents in the management of ureteric strictures. *Indian J Urol*, 30(1), 65-72.
12. **Xiong M, Zhu X, Chen D, Hossain MA, Xie Y, Gou X** (2020). Post ureteroscopic stone surgery ureteral strictures management: a Retrospective Study. *Int Urol Nephrol.* 52 (5): 841–9.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT U BẢO TỒN THẬN TRONG ĐIỀU TRỊ U CƠ MỠ MẠCH THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2021-2022

Hoàng Long^{1,2}, Trần Xuân Quang¹

TÓM TẮT

Từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022, tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội thực hiện 11 ca phẫu thuật nội soi điều trị u cơ mỡ mạch thận (RAML). Kết quả: 11 bệnh nhân đều là nữ. Trong 11 bệnh nhân chỉ có 2 bệnh nhân (18,2%) có triệu chứng đau tức nhẹ vùng thắt lưng, còn lại 9 bệnh nhân (81,8%) không có triệu chứng. Kích thước trung bình của RAML là 5,9cm. Trong 11 trường hợp, có 10 trường hợp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, 1 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng. Thời gian mổ trung bình 92,62 phút. 1 trường hợp phải chuyển mổ mở để khâu cầm máu. Không có trường hợp nào có tai biến trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày. Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với RAML bên cạnh các phương pháp can thiệp ít xâm lấn khác.

Từ khóa: U cơ mỡ mạch thận, phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC NEPHRON-SPARING SURGERIES TO TREAT RENAL ANGIOMYOLIPOMA AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2021-2022

From January 2021 to December 2022, at Hanoi Medical University Hospital, 11 laparoscopic surgeries were performed to treat renal angiomyolipoma (RAML). Results: 11 patients are all female. In 11 patients, only 2 patient (18.2%) had mild symptoms of low back pain, the remaining 9 patients (81.8%) had no symptoms. The mean size of RAML was 5.9cm. In 11 cases, there were 10 cases of retroperitoneal laparoscopic surgery, 1 case of laparoscopic surgery. The average operation time was 92.62 minutes. There were 1 case that required open surgery to stop bleeding. There were no cases of complication during and after surgery. The average hospital stay was 4 days. Conclusion: Laparoscopic nephron-sparing surgery is a safe, effective treatment for RAML alongside other less invasive interventions.

Keywords: Renal angiomyolipoma, laparoscopic nephron-sparing surgery.

¹Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Long

ĐT: 0912390514

Email: hoanglong70@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ mỡ mạch (Angiomyolipoma-AML) là một khối u lành tính hiếm gặp, trong khối u bao gồm mạch máu, cơ trơn, mỡ với các tỷ lệ khác nhau [1]. Có thể gặp AML trong hai

bệnh cảnh: AML đơn độc tại thận (Renal Angiomyolipoma - RAML) hoặc AML trong bệnh cảnh Hội chứng xơ củ rải rác (Tuberous Sclerosis Complex - TSC) [2], [3].

AML tại thận (Renal Angiomyolipoma – RAML) hiếm gặp, chiếm 10% các khối u thận, tỷ lệ phát hiện qua khám nghiệm tử thi là 0,3%. Hầu hết các bệnh nhân không có triệu chứng và được chẩn đoán tình cờ nhờ sử dụng rộng rãi các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh. Đối với AML thông thường có thể chẩn đoán dựa vào hình ảnh CLVT, MRI hay siêu âm với sự hiện diện của tổ chức mỡ trong khối u, đối với các AML nghèo mỡ có thể nhầm lẫn với Ung thư tế bào thận (Renal cell carcinoma-RCC), khi đó cần làm sinh thiết qua da để phân biệt trước mổ [1], [4].

Biến chứng chính của RAML là chảy máu tự phát vào khoang sau phúc mạc hoặc chảy máu vào đường bài xuất, có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân. Nguy cơ biến chứng chảy máu được cho là liên quan đến kích thước khối u. [5] Ngoài ra, RAML có thể phát triển gây chèn ép, làm suy giảm chức năng thận [3].

Các phương pháp điều trị RAML hiện nay bao gồm: theo dõi định kỳ, nút mạch chọn lọc có thể giảm nguy cơ chảy máu, phẫu thuật cắt u bảo tồn thận mặc dù phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thận là cần thiết đối với các khối u lớn. Việc lựa chọn phương pháp điều trị phải dựa vào các biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân, kích thước khối u và chức năng thận [5].

Từ tình hình thực tế trên, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu “*đánh giá kết quả*

phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận trong điều trị u cơ mỡ mạch thận tại bệnh viện đại học y hà nội giai đoạn 2021-2022” với các mục tiêu sau: 1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân u cơ mỡ mạch thận được điều trị phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2021-2022; 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận trong điều trị phẫu thuật u cơ mỡ mạch thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Các bệnh nhân được chẩn đoán là U cơ mỡ mạch thận được phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/2021 - 12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới.
- Được chẩn đoán là U cơ mỡ mạch thận trên CLVT, MRI hoặc siêu âm, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ.
- Được phẫu thuật nội soi tại BV Đại học Y Hà Nội 01/2021-12/2022.
- Có đầy đủ hồ sơ lưu trữ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân có kết quả GPB không phải RAML.
- Bệnh nhân không có đầy đủ hồ sơ lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả theo dõi dọc hồi cứu. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu được ghi nhận thông tin theo một bệnh án mẫu thống nhất đã xây dựng sẵn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn 2021-2022 chúng tôi thực hiện 11 ca phẫu thuật nội soi điều trị u cơ mỡ mạch thận.

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều là nữ giới, tuổi trung bình là 47,6 tuổi (30-61 tuổi). Trong 11 bệnh nhân chỉ có 2 bệnh nhân (18,2%) có triệu chứng đau tức nhẹ vùng thắt lưng, còn lại 9 bệnh nhân (81,8%) không có triệu chứng. Bệnh nhân được chỉ định siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính hệ tiết niệu để chẩn đoán, đánh giá vị trí, kích thước:

- Vị trí: 5 trường hợp (45,5%) u bên thận (T), 6 trường hợp (54,5%) u bên thận (P). 1 trường hợp u cực trên, 4 trường hợp u cực giữa, 6 trường hợp u cực dưới.

- Kích thước trung bình 5,9cm, khối u cơ mỡ mạch nhỏ nhất kích thước 4,2cm, lớn nhất kích thước 12cm.

3.2. Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị u cơ mỡ mạch thận

- Trong 11 trường hợp, có 10 trường hợp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, 1 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng.

- Thời gian mổ trung bình 92,62 phút (ca mổ ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 150 phút).

- Có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở để khâu cầm máu nhu mô thận.

- Không có trường hợp nào có tai biến trong, sau mổ.

- Không có trường hợp nào phải truyền máu trong, sau mổ.

- Thời gian rút dẫn lưu trung bình 2 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình 4 ngày (3-7 ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

U cơ mỡ mạch thận là bệnh lý hiếm gặp. U cơ mỡ mạch thận có thể xuất hiện đơn độc hoặc gặp trong bệnh cảnh xơ cứng củ rải rác (Tuberous Sclerosis Complex – TSC). U cơ mỡ mạch thận gặp chủ yếu ở nữ giới, phần lớn không có triệu chứng lâm sàng rõ ràng, trừ trường hợp u quá lớn hoặc có biến chứng vỡ chảy máu có thể gây triệu chứng đau mạn sườn, sờ thấy khối u vùng mạn sườn, đái máu, có thể shock mất máu đe dọa tính mạng bệnh nhân [6], [7]. Trong nghiên cứu này, 11 trường hợp đều là nữ và chỉ có 2 bệnh nhân có triệu chứng đau tức nhẹ vùng thắt lưng. Người bệnh đau tức nhẹ vùng thắt lưng có thể do khối u cơ mỡ mạch thận lớn gây chèn ép.

Hiện nay với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đã giúp phát hiện u cơ mỡ mạch thận sớm hơn. Nhiều nghiên cứu thấy rằng cắt lớp vi tính có độ nhạy, độ đặc hiệu cao để phân biệt u cơ mỡ mạch thận với các khối u ác tính khác ở thận. Tuy nhiên có khoảng 5% khối u cơ mỡ mạch thận có ít tổ chức mỡ, đây là một thách thức để chẩn đoán vì siêu âm và cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ dễ nhầm lẫn với ung thư tế bào thận (RCC) [8], [9].

4.2. Kết quả phẫu thuật

Phương pháp can thiệp điều trị có nhiều lựa chọn khác nhau: can thiệp nút mạch, cắt

thận hoặc cắt thận bán phần (có thể mổ mở hoặc mổ nội soi). Chỉ định can thiệp đối với u cơ mô mạch thận được khuyến cáo với những khối u có kích thước >4cm, bệnh nhân có triệu chứng, hoặc nghi ngờ ác tính. Ngoài ra, những bệnh nhân có RAML với túi phình >5mm, những bệnh nhân không có điều kiện theo dõi thường xuyên, những bệnh nhân có chảy máu khoang sau phúc mạc hay người bệnh yêu cầu cắt bỏ RAML cũng là những đối tượng cần chỉ định can thiệp [10]. Trong 11 trường hợp nghiên cứu, kích thước u trung bình là 5,9cm, trong đó RAML nhỏ nhất có kích thước 4,2cm, RAML lớn nhất có kích thước 12cm, và chỉ có 2 bệnh nhân có triệu chứng đau tức thắt lưng, còn lại 9 bệnh nhân phát hiện nhờ khám sức khỏe định kì.

Hiện nay với sự tiến bộ kĩ thuật cũng như phương tiện dụng cụ, các kĩ thuật can thiệp ít xâm lấn ngày càng được sử dụng rộng rãi. Mục đích của các phương pháp can thiệp ít xâm lấn là làm giảm các triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng chảy máu đe dọa tính mạng bệnh nhân, bảo tồn nhu mô thận, duy trì hoạt động chức năng của thận. Nhiều nghiên cứu cho rằng nội soi cắt thận bán phần là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với RAML kích thước >4cm [11].

Việc lựa chọn nội soi sau phúc mạc hay nội soi ổ bụng phụ thuộc thói quen, kinh nghiệm phẫu thuật viên, và kích thước, vị trí khối u. Trong nghiên cứu này, 10 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, 1 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ổ bụng do khối u kích thước lớn 12cm nằm ở mặt trước

thận. Do đó, nội soi ổ bụng dễ tiếp cận, bộc lộ khối u hơn.

Trong nghiên cứu này, hầu hết các trường hợp phẫu thuật đều diễn ra thuận lợi. Thời gian mổ trung bình 92,62 phút. Không có tai biến, biến chứng xảy ra trong và sau mổ. Không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. Có 1 trường hợp phải chuyển mổ mở để cầm máu do diện cắt u rộng, mất bao thận nên khâu nội soi cầm máu khó khăn. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 4 ngày.

V. KẾT LUẬN

RAML là bệnh lý lành tính được chẩn đoán dựa chủ yếu vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả đối với RAML bên cạnh các phương pháp can thiệp ít xâm lấn khác. Phẫu thuật nội soi cắt u bảo tồn thận làm giảm các triệu chứng, ngăn ngừa biến chứng chảy máu đồng thời đảm bảo hoạt động chức năng của thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vitaly Margulis, MD, Jose A. Karam, MD, Surena F. Matin, MD, and Christopher G. Wood, MD** (2016): "Benign Renal Tumors"; CAMPBELL-WALSH UROLOGY; Eleventh Edition; Vol.2; Part.X; p 1306 - 1309, .
2. **Nguyễn Bửu Triều, Lê Ngọc Từ** (2007): "Các u thận lành tính"; Bệnh học tiết niệu; Nhà xuất bản Y học; tr 395 - 397...
3. **Nguyễn Bửu Triều, Trần Chí Thanh** (2009): "U Angiomyolipoma tại thận có biến chứng: Bàn về chẩn đoán và thái độ xử trí ".

- Tập san của Hội Ngoại khoa Việt Nam; Số 4/2009; Tập 59; Trang 1-7. .
4. **Jinzaki M., Silverman S.G., Akita H., et al.** (2014). Renal angiomyolipoma: a radiological classification and update on recent developments in diagnosis and management. *Abdom Imaging*, 39(3), 588–604.
 5. **Fernández-Pello S., Hora M., Kuusk T., et al.** (2020). Management of Sporadic Renal Angiomyolipomas: A Systematic Review of Available Evidence to Guide Recommendations from the European Association of Urology Renal Cell Carcinoma Guidelines Panel. *Eur Urol Oncol*, 3(1), 57–72.
 6. **Chronopoulos PN, Kaisidis GN, Vaiopoulos CK, et al.** Spontaneous rupture of a giant renal angiomyolipoma-Wunderlich's syndrome: Report of a case. *International journal of surgery case reports* 2016; 9:140-143.
 7. **Lienert AR, Nicol D.** Renal angiomyolipoma. *BJU international* 2012;110 Suppl 4:25-27.
 8. **Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2019 Update. *European urology* 2019;75:799-810.
 9. **Sureka B, Khera PS.** Radiologic Classification and Imaging Features of Renal Angiomyolipomas According to the Amount of Fat. *AJR American journal of roentgenology* 2018;210:W136.
 10. **Mues AC, Palacios JM, Haramis G, et al.** Contemporary experience in the management of angiomyolipoma. *Journal of endourology* 2010;24:1883-1886.
 11. **Sivalingam S, Nakada SY.** Contemporary minimally invasive treatment options for renal angiomyolipomas. *Current urology reports* 2013;14:147-153.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN Ở TRẺ DƯỚI 18 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Long^{1,2}, Lê Học Đăng²,
Lê Văn Long², Phạm Xuân Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả và đưa ra một số nhận xét về tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận ở trẻ dưới 18 tuổi tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: 10 bệnh nhân độ tuổi từ 3-16 tuổi (trung bình 9,1 tuổi), nam/nữ = 2,3/1 được tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ từ 9/2016 - 9/2022.

Kết quả: Sỏi bể thận đơn thuần và sỏi bể thận kết hợp chiếm 91,7%, tỉ lệ sạch sỏi sau 1 lần tán bằng 1 đường hầm tiếp cận sỏi là 91,7%. Tỉ lệ sốt sau tán sỏi chiếm 16,6%, có 1 trường hợp chảy máu sau tán sỏi cần can thiệp nút mạch chọn lọc chiếm 8,3%, không có trường hợp nào sốc nhiễm trùng trong và sau tán sỏi. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 6.75 ± 1.3 ngày.

Kết luận: tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ là một phương pháp điều trị sỏi thận cho kết quả tốt, ít biến chứng, an toàn ở đối tượng trẻ em.

Từ khóa: Sỏi thận ở trẻ em, lấy sỏi thận qua da, tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF MINI PCNL TO TREAT KIDNEY STONES IN CHILDREN UNDER 18 YEARS OLD AT VIET DUC HOSPITAL

Urinary lithiasis in children is a rare disease, hospitalization for kidney stone disease has steadily increased in developing countries. Management of kidney stone in children using percutaneous nephrolithotripsy by small tunnel under ultrasound guidance (mini PCNL) is more concerned. The objective of this study is to evaluate the results and make some comments on mini percutaneous nephrolithotripsy to treat kidney stones in children under 18 years old at Viet Duc Hospital. Materials and methods included 10 patients range from 3 to 16 years old, mean age 9.1 years, male/female = 2,3/1 who underwent percutaneous nephrolithotripsy by small tunnel from September 2016 to September 2022. Results: The stone-free rate after first surgery was 91.7%. The rate of fever after lithotripsy for 16.6%, there was 1 case of bleeding after lithotripsy requiring selective embolization, for 8.3%, there was no case of septic shock during and after lithotripsy. The mean hospital stay after surgery was 6.75 ± 1.3 days. From the above results, it is shown that mini percutaneous nephrolithotripsy is a method of treating kidney stones with good results, and safety in children.

Keywords: kidney stone in children, mini percutaneous nephrolithotomy, mini percutaneous nephrolithotripsy

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Long

ĐT: 0912390514

Email: hoanglong70@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 13/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu ở trẻ em là bệnh lý hiếm gặp ở trẻ dưới 18 tuổi, tuy nhiên, tỉ lệ này đang có xu hướng tăng dần theo thời gian. Các phẫu thuật can thiệp sỏi thận ở trẻ đang được quan tâm và ngày càng phát triển, các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn đang được ứng dụng đã đưa ra được kết quả tốt, ít biến chứng đối với sỏi thận ở trẻ em, cũng như xử trí sỏi tái phát với trẻ sau này. Phương pháp can thiệp sỏi ngoài cơ thể (ESWL) ra đời vào những năm 1980 đã mang lại hiệu quả lớn với sỏi trên thận tại trẻ tại nhiều trung tâm nhi khoa, tuy nhiên, ESWL cần nhiều biện pháp can thiệp, không hiệu quả với sỏi kích thước lớn >1,5cm, tỉ lệ sót sỏi cao. Do vậy, can thiệp tán sỏi niệu quản (RIRS) và tán sỏi thận qua da (PCNL) đã trở thành phương pháp tán sỏi thận ít xâm lấn hiệu quả điều trị sỏi thận ở trẻ. Trong đó, PCNL đã dần trở thành một trong những lựa chọn điều trị tiêu chuẩn để kiểm soát sỏi thận > 1,5 cm trong các trường hợp trẻ em. Thực hiện PCNL trên bệnh nhân người trưởng thành cho thấy hiệu quả điều trị sỏi thận triệt để, tuy nhiên lại lo ngại đối của PCNL gây tổn thương trên thận đang phát triển ở trẻ em. Những năm gần đây, với sự phát triển về trang thiết bị nội soi và khả năng tiếp cận sỏi thận đã đem lại sự thành công, ít biến chứng và tổn thương thận khi ứng dụng can thiệp ít xâm lấn điều trị sỏi thận lớn ở trẻ em.

Theo các nghiên cứu trên Thế giới thời gian gần đây, mini PCNL làm giảm nguy cơ tai biến, tỉ lệ thành công cao với 86,7% sạch sỏi theo nghiên cứu của Halinski¹ 2021.

Tại Việt Nam, ngoài nghiên cứu mô tả 3 trường hợp bệnh nhi tán sỏi thận sử dụng phương pháp mini PCNL của tác giả Lê Trọng Khôi năm 2020, chưa có nghiên cứu nào báo cáo với số lượng lớn. Do vậy, chúng

tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá vai trò và hiệu quả của phương pháp tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ ở trẻ em tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 10 bệnh nhi từ 3 - 16 tuổi được chẩn đoán sỏi thận và được thực hiện phẫu thuật bằng phương pháp tán sỏi thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm bằng đường hầm nhỏ (mini PCNL) tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian 6 năm từ 9/2016 đến 9/2022. Chẩn đoán sỏi thận dựa vào tiền sử, triệu chứng lâm sàng và kết quả cận lâm sàng cần thiết như Xquang hệ tiết niệu, siêu âm ổ bụng, cắt lớp vi tính hệ tiết niệu.

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả có phân tích kết quả, số liệu được lấy dựa trên bệnh án nghiên cứu. Lựa chọn quy trình điều trị và can thiệp sỏi nhất quán với quy trình tán sỏi thận ở người lớn và được thống nhất từ trước. Phẫu thuật được sử dụng hệ thống máy của hãng Karl storz, với ống kính soi kích thước 13 FR. Chọc đường hầm vào bể thận tiếp cận sỏi dưới hướng dẫn của siêu âm, sử dụng dây tán laser với tần số 40Hz.

Quy trình phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê bằng Mask thanh quản. Thì 1: bệnh nhân nằm ngửa, đặt máy soi niệu quản vào bàng quang soi lên niệu quản bể thận đặt sonde niệu quản. Thì 2: Bệnh nhân nằm nghiêng về bên đối diện, dưới hướng dẫn siêu âm định hướng chọc dò bể thận hoặc vị trí sỏi, nong đường hầm các cỡ đến thích hợp, đặt Amplatz kích cỡ tùy bệnh nhân. Soi vào bể thận tiếp cận sỏi, tán vụn sỏi, bơm đuổi sỏi ra ngoài qua Amplatz, kiểm tra sạch sỏi, đặt JJ niệu quản, đặt sonde dẫn lưu thận.

Đánh giá kết quả: Đánh giá kết quả ngay sau mổ bằng siêu âm, chụp Xquang hệ tiết niệu sau mổ từ 2-4 ngày. Đánh giá kết quả sau 1 tháng khi bệnh nhân đến kiểm tra rút JJ niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm trước mổ

Có 10 bệnh nhân trong nghiên cứu, trong đó với 2 bệnh nhân có sỏi thận 2 bên được tán từng bên trong 2 lần can thiệp khác nhau, nên tổng thể được tính thành 12 lần tán sỏi. Nam có 7 bệnh nhân và nữ có 3 bệnh nhân, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 9.1 ± 3.18 tuổi, với bệnh nhi nhỏ nhất là 3 tuổi, lớn nhất là 16 tuổi.

Tiền sử khai thác được có 4 bệnh nhân tiền sử khỏe mạnh chiếm 40%; 3 bệnh nhân có tiền sử phát hiện sỏi thận nhưng chưa can thiệp gì, chiếm 30%; có 1 bệnh nhân sỏi thận đã phẫu thuật 2 lần, 1 bệnh nhân tiền sử mổ hẹp khúc nối bể thận niệu quản cùng bên với sỏi 2 lần và 1 bệnh nhân có tiền sử tán sỏi niệu quản nội soi cùng bên, vào viện vì đái ra vụn sỏi, chiếm 10%.

Triệu chứng lâm sàng:

Bệnh nhân đến viện chủ yếu vì lý do đau thắt lưng bên có sỏi, 9/10 bệnh nhân, chiếm

90%. Có 1 bệnh nhân có biểu hiện sốt cao 38,5 độ C kèm đau thắt lưng trước khi vào viện, một trường hợp bệnh nhân đái ra sỏi đi khám, và 1 bệnh nhân vào viện với tình trạng đái buốt, đái rắt, chiếm 10%. Thời gian biểu hiện bệnh của bệnh nhân dao động từ 2 ngày cho đến 6 tháng.

Triệu chứng cận lâm sàng:

Trong 10 bệnh nhân thì vị trí sỏi gặp bên phải có 5 bệnh nhân chiếm 50% và có 3 bệnh nhân sỏi bên trái chiếm 30%, 2 bệnh nhân có sỏi thận 2 bên chiếm 20%. Với sỏi bể thận đơn thuần chiếm 50%, sỏi phối hợp các đài chiếm 41.7%, và có 1 trường hợp sỏi đài dưới đơn thuần chiếm 8,3%, không có trường hợp nào sỏi đơn thuần nằm ở vị trí đài trên.

Trên kết quả siêu âm cho thấy, có 7 trường hợp có giãn đài bể thận chiếm 59.3%, số bệnh nhân còn lại đài bể thận không giãn, hoặc không ghi nhận được giãn trên siêu âm hệ tiết niệu. Kích thước sỏi trung bình trên CLVT là 20.08 ± 2.47 mm, sỏi nhỏ nhất 10mm và sỏi lớn nhất 36mm.

Có 2 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu với kết quả cấy nước tiểu dương tính.

Bảng 1: Vị trí sỏi và tỷ lệ giãn thận trên siêu âm

Vị trí sỏi		Số lượng	Tỷ lệ%	Tổng
Trái		3	30	
Phải		5	50	
Sỏi 2 bên thận		2	20	
Bể thận đơn thuần		6	50	58.3
Đài dưới		1	8.3	
Bể thận và đài dưới		4	33.3	33.4
Sỏi ở cả 3 đài		1	8.3	8.3
Giãn ĐBT trên SÂ	Không	5	41.7	
	Giãn độ I	7	58.3	

Bảng 2: Xét nghiệm phân tích nước tiểu và cấy nước tiểu vi sinh liên quan đến nhiễm khuẩn niệu

	Âm tính	Dương tính
Hồng cầu niệu	2	8
Bạch cầu niệu	3	7
Nitrit	9	1
Vi sinh nước tiểu	8	2

3.2. Đặc điểm trong và sau mổ

Thời gian mổ trung bình là 62.5 ± 6.98 phút; thời gian nằm viện sau mổ từ 3 ngày đến 19 ngày. Tất cả đều tiếp cận sỏi bằng 1 đường hầm duy nhất, và được đặt dẫn lưu thận sau mổ.

Có 1 trường hợp còn sót sỏi sau tán, được chỉ định tán sỏi qua da lần 2 ngay trong cùng

1 lần nằm viện. Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 lần can thiệp phẫu thuật chiếm 91.7%.

Có 3 trường hợp có tai biến sau mổ, trong đó có 2 trường hợp sốt sau tán sỏi, 1 trường hợp chảy máu sau tán sỏi cần can thiệp truyền máu và nút mạch chọn lọc dưới DSA tại khoa chẩn đoán hình ảnh.

Không có trường hợp nào thất bại phải chuyển phương pháp phẫu thuật.

Bảng 3: Thời gian liên quan đến phẫu thuật và hậu phẫu

	Nhanh nhất	Lâu nhất	Trung bình
Thời gian chọc dò (phút)	4	8	$6,08 \pm 0.4$
Thời gian tán sỏi (phút)	15	65	34.58 ± 4.7
Thời gian đặt JJ (phút)	3	6	4.33 ± 0.31
Thời gian phẫu thuật (phút)	30	100	$62.5 \pm 6,98$
Thời gian nằm viện sau mổ	3	19	6.75 ± 1.3

Bảng 4: Kết quả tán sỏi và biến chứng

		Số trường hợp	Tỷ lệ %
Sạch sỏi		11	91.7
Còn sỏi		1	8.3
Tai biến	Chảy máu phải nút mạch	1	8.3
	Sốt sau tán sỏi	2	16.6

IV. BÀN LUẬN

Bệnh viện Việt Đức là một trong những bệnh viện ngoại khoa đầu ngành cả nước, có sự phối hợp điều trị đa chuyên khoa trong lĩnh vực phẫu thuật, đặc biệt sự phối hợp điều trị của chuyên ngành Ngoại nhi với các chuyên ngành liên quan, trong đó có tiết niệu. Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ đã được triển khai mang lại hiệu quả cao đối với bệnh nhân người lớn, phẫu thuật đã được các phẫu thuật viên tiết niệu vận dụng áp dụng vào đối tượng bệnh nhân nhi, đã

mang lại kết quả tốt và an toàn.

Tỷ lệ mắc sỏi thận ở trẻ không cao, tuy nhiên, đa số trẻ phát hiện sỏi thận thường do nguyên nhân khác như hẹp khúc nối bể thận niệu quản, tiền sử sỏi tái phát do rối loạn chuyển hóa... Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên 10 bệnh nhân thì chỉ có 4 trường hợp chưa phát hiện bệnh lý tiết niệu trước đây, 3 trường hợp đã phát hiện ra sỏi thận tuy nhiên chưa can thiệp gì hay chỉ điều trị nội khoa, 1 trường hợp có tiền sử mổ hẹp khúc nối bể thận niệu quản 2 lần cùng bên với bên có sỏi

thận, 1 trường hợp mổ sỏi thận 2 lần và 1 trường hợp có tiền sử tán sỏi niệu quản cùng bên. Theo tác giả Cal Robinson 2020⁴, các bất thường chuyển hóa liên quan đến hình thành sỏi thận gặp ở 52% trẻ em trong nghiên cứu sàng lọc cộng đồng. Do vậy, ở trẻ khi phát hiện sỏi thận ngoài tìm nguyên nhân cơ học, giải quyết sỏi thì việc quan trọng cần làm là tìm các rối loạn chuyển hóa có thể gặp ở trẻ để giảm thiểu nguy cơ sỏi tái phát, phòng và điều trị sỏi cho từng cá thể.

Về kích thước sỏi, trong nghiên cứu cho thấy kích thước sỏi trung bình là 20.08 ± 2.27 mm, với sỏi nhỏ nhất là 10mm, sỏi lớn nhất 36mm. Tỷ lệ nhiễm khuẩn gặp ở 20% cấy nước tiểu dương tính và 10 % tổng phân tích nước tiểu có nitrit dương tính. Kết quả này cho thấy đặc điểm sỏi và nguy cơ nhiễm trùng tiết niệu do sỏi gặp tương đương với sỏi thận ở người lớn. Theo tác giả Cal Robinson 2020⁴ tỉ lệ gặp nhiễm khuẩn ở trẻ khoảng 30%, chủ yếu ở trẻ dưới 6 tuổi. Trong nghiên cứu này, trẻ mắc sỏi ở các độ tuổi khác nhau, kích thước sỏi cũng gặp từ nhỏ 10mm đến sỏi san hô 36mm, phụ thuộc vào thời gian mắc sỏi, cũng như triệu chứng lâm sàng, sự quan tâm phát hiện của người lớn, kèm theo đó, các rối loạn chuyển hóa liên quan chưa được phát hiện và điều trị. Trong 2 trường hợp cấy nước tiểu dương tính với vi khuẩn, thì 1 trường hợp có nitrit niệu dương tính, sỏi thận 2 bên, sỏi lớn nhất 36mm, về lâm sàng trước mổ không có biểu hiện của tình trạng nhiễm trùng, nhiễm khuẩn *Proteus* không triệu chứng, điều này có thể giải thích nguy cơ nhiễm trùng ở nhiễm bệnh nhân sỏi để lâu, kích thước lớn; trường hợp còn lại 3 tuổi, cấy nước tiểu dương tính với *E. coli* nhạy nhiều loại kháng sinh, sau điều trị 5 ngày cấy lại nước tiểu âm tính, trường hợp này có thể giải thích nguyên nhân do bội nhiễm vi khuẩn trong quá trình cấy nước tiểu; có 1 trường hợp vào viện có tình trạng đau thắt lưng kèm theo sốt cao, xét

ngghiêm trước mổ bilan nhiễm trùng bình thường, cấy nước tiểu âm tính, tuy nhiên sau mổ bệnh nhân xuất hiện sốt trở lại, do vậy, nguyên nhân nhiễm trùng có thể mất dấu sau khi đã được điều trị kháng sinh trước đó, điều này có thể trở nên nguy hiểm ở trẻ do đáp ứng của trẻ với nhiễm trùng rất mạnh, nguy cơ shock nhiễm khuẩn trong và sau tán rất cao. Tỷ lệ nhiễm trùng do sỏi tuy chưa có số lượng bệnh nhân đủ lớn để đánh giá nhiễm trùng tiết niệu do bệnh lý tiết niệu ở trẻ nhỏ như hẹp bao quy đầu hay do nguyên nhân sỏi ứ đọng. Ngoài ra, Việt Nam nằm trong vùng nhiệt đới, vành đai của sỏi tiết niệu, nên tỉ lệ nhiễm trùng gặp nhiều, liên quan đến thời gian mắc sỏi cũng như các can thiệp tiết niệu trước đó.

Tán sỏi qua da trước đây chủ yếu áp dụng cho sỏi thận đơn giản và tình trạng toàn thân kém, sau đó nó đã được áp dụng hiệu quả, an toàn cho những trường hợp sỏi san hô lớn, sỏi nhiều vị trí, tiền sử mổ cũ... Ban đầu sỏi được tán ở tư thế nằm sấp mang lại hiệu quả cao, sau đó tán sỏi ở tư thế nằm ngửa làm giảm nguy cơ biến chứng liên quan đến hô hấp, tim mạch. Tán sỏi qua da được áp dụng vào bệnh nhân nhi là bước tiến mới mang lại hiệu quả, an toàn trong can thiệp sỏi thận ở trẻ. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da áp dụng trên trẻ em với thách thức thận trẻ nhỏ và khả năng chịu đựng mất máu thấp, do vậy, đường hầm nhỏ và siêu nhỏ giúp làm giảm tối đa tình trạng biến chứng như tổn thương nhu mô thận và tình trạng mất máu.

Về kết quả tán sỏi, qua 12 lần can thiệp phẫu thuật trên 10 bệnh nhân được tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ cho thấy tỉ lệ thành công cao với 91.7% sạch sỏi sau 1 lần tán, tỉ lệ gặp các biến chứng sau tán chiếm 24,9%. So sánh với các tác giả nước ngoài, W.Gamal² 2015, tỉ lệ thành công sau lần can thiệp đầu tiên là 92.5%, Ali Eslahi³ 2021 tỉ lệ thành công là 97.1%. tỉ lệ sạch sỏi

sau 1 lần can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là 91,7%, và sạch sỏi 100% sau lần can thiệp thứ 2 với 1 đường hầm qua da vào thận. Việc sử dụng Amplatz mini 14Fr hay super mini <10Fr sẽ giúp giảm thiểu tổn thương trên thận, giảm nguy cơ chảy máu cũng như tổn thương mạch máu thận cần can thiệp. Tác giả G.R.Sharma (2015)⁶ đưa ra 5 tiêu chuẩn đánh giá đường chọc tốt: Vào đường sau bên; qua nhu mô thận; vào trung tâm của đài thận; hướng vào trung tâm bể thận; và không nguy hiểm đến các mạch máu lớn. Và khi chọc dò tạo đường hầm nên đi dưới bờ sườn XI tránh nguy cơ vào khoang màng phổi gây tràn khí tràn máu màng phổi.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 62.5 ± 6.98 phút, thời gian nằm viện sau mổ là 6.75 ± 1.3 ngày. Kết quả này tương đương với kết quả của tác giả Ali Eslahi 2021³ với thời gian phẫu thuật 69.00 ± 13.33 phút

Về biến chứng phẫu thuật, trong quá trình theo dõi sau mổ, có 2 trường hợp sốt sau tán sỏi (chém 16.6%), hai trường hợp này đều có cấy nước tiểu dương tính trước mổ, đã điều trị theo kháng sinh đồ đến khi

cấy âm tính. Tuy nhiên, sau khi tán sỏi, 2 bệnh nhân đều có sốt 38-39 độ sau mổ, chúng tôi nguy cơ nhiễm trùng và sốc nhiễm trùng trên những bệnh nhân này đều cao, kể cả đã điều trị tích cực trước mổ. Tuy nhiên, 2 bệnh nhân đã đáp ứng với kháng sinh và hết sốt sau 3 ngày, cấy lại nước tiểu cho kết quả âm tính. Theo tác giả Ali Eslahi 2021³, tỉ lệ sốt sau tán và tình trạng thiếu máu cần truyền máu là 11,4%; Mousavi-bahar SH 2022⁵, tỉ lệ sốt sau tán chiếm 23,4%.

Chúng tôi gặp 1 trường hợp chảy máu nhiều cần phải can thiệp truyền máu (chiếm 8.3%), trường hợp này khi chụp lại phim cắt lớp đa dãy đánh giá thì có hình ảnh ổ giả phình động mạch thận (P) và có can thiệp nút mạch ổ giả ngay sau đó. Đánh giá lại trường hợp này, chúng tôi thấy rằng trường hợp này thận (P) của trẻ có nhiều viên sỏi, nằm ở các đài thận, nhu mô thận dày, bể thận giãn ít, cần 2 lần tán sỏi mới sạch sỏi, sau lần tán thứ 2, rút sonde tiểu trẻ xuất hiện đái máu nhiều, cần truyền máu, chụp phim thấy có ổ giả phình 10x8mm, đã được can thiệp CDHA nút mạch ổ giả phình.



**Hình ảnh: Sau tán sỏi thận (P) lần đầu và lần 2.
Hình ảnh giả phình mạch cần can thiệp nút mạch**

V. KẾT LUẬN

Sỏi thận ở trẻ em chiếm tỉ lệ thấp, tuy nhiên có xu hướng tăng lên theo thời gian, nguyên nhân mắc sỏi của trẻ chủ yếu do các yếu tố chuyển hóa, bất thường giải phẫu gây ra. Điều trị sỏi thận ở trẻ em ngày càng được quan tâm, cá phương pháp phẫu thuật được nghiên cứu ở trẻ đáp ứng tính ít xâm lấn, hiệu quả, ít tổn thương, an toàn và tránh tái phát. Mini PCNL được phát triển mang lại hiệu quả cao, sạch sỏi lên đến trên 90% sau 1 lần tán, đảm bảo tính thẩm mỹ, ít xâm lấn. Biến chứng sau tán sỏi cũng ít, mức độ tổn thương có thể xử trí mà không cần can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên, để đạt được điều đó, phẫu thuật viên cần có nhiều kinh nghiệm trong tán sỏi qua da ở người lớn, chọn đường vào tiếp cận sỏi phù hợp để tiếp cận được sỏi tối đa bằng 1 đường hầm, ít nguy cơ chảy máu trong tán và sau tán.⁶⁻⁹

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Halinski A, Steyaert H, Wojciech M, Sobolewski B, Haliński A.** Endourology Methods in Pediatric Population for Kidney Stones Located in Lower Calyx: FlexURS vs. Micro PCNL (MicroPERC®). *Frontiers in Pediatrics*. 2021. 9:640995.
2. **Gamal W, Moursy E, Hussein M, Mmdouh A, Hammady A, Aldahshoury M.** Supine pediatric percutaneous nephrolithotomy (PCNL). *Journal of pediatric urology*. 2015. 11(2):78. e71-78. e75.
3. **Eslahi A, Ahmed F, Hosseini MM, et al.** Minimal invasive percutaneous nephrolithotomy (Mini-PCNL) in children: Ultrasound versus fluoroscopic guidance. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*. 2021. 93(2):173-177.
4. **Robinson C, Shenoy M, Hennayake S.** No stone unturned: the epidemiology and outcomes of paediatric urolithiasis in Manchester, United Kingdom. *Journal of Pediatric Urology*. 2020. 16(3):372. e371-372. e377.
5. **Mousavi-bahar SH, Amirhasani S, Kiani K, Moradi A.** The comparison of standard and tubeless percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in children up to 18 years old. 2022.
6. **Sharma GR, Maheshwari PN, Sharma AG, Maheshwari RP, Heda RS, Maheshwari SP.** Fluoroscopy guided percutaneous renal access in prone position. *World Journal of Clinical Cases: WJCC*. 2015. 3(3):245.
7. **Nerli R, Ghagane SC, Mungarwadi A, Patil S.** Percutaneous nephrolithotomy in children. *Pediatric Surgery International*. 2021. 37(8):1109-1115.
8. **Kaygısız O, Satar N, Güneş A, et al.** Factors predicting postoperative febrile urinary tract infection following percutaneous nephrolithotomy in prepubertal children. *Journal of Pediatric Urology*. 2018. 14(5):448. e441-448. e447.
9. **Önal B, Dogan HS, Satar N, et al.** Factors affecting complication rates of percutaneous nephrolithotomy in children: results of a multi-institutional retrospective analysis by the Turkish pediatric urology society. *The Journal of urology*. 2014. 191(3):777-782.
10. **Lê Trọng Khôi, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Đỗ Anh Toàn và cs.** Kết quả ban đầu lấy sỏi thận qua da ở trẻ em: Nhân 3 trường hợp đầu tiên. *Hội tiết niệu- thận học thành phố Hồ Chí Minh*, 2020. http://tietnieuthanhoc.com/home.php?cat_id=319&id=195.

ĐẶT THỂ HANG NHÂN TẠO LOẠI 3 MẢNH ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CƯƠNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trương Hoàng Minh¹, Trần Thanh Phong¹, Trần Lê Duy Anh¹
Ngô Quang Trung¹, Nguyễn Thanh Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt trường hợp lâm sàng.

Kết quả: Có 16 trường hợp phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) qua đường mổ dưới bìu. Tuổi trung bình: $56,56 \pm 3,24$ tuổi (30 - 77 tuổi). Có 11/16 TH có bệnh kết hợp (THA, ĐTĐ, TSLTTTL, Tăng lipid máu). Có 1/16 TH tiền căn mổ tạo hình niệu đạo do gãy khung chậu phức tạp. 1/16 TH tắc động mạch thể hang/ rối loạn lipid máu ở người trẻ. Kích thước thể hang đo được bên trái là: $18,31 \pm 0,47$ cm, bên phải là: $18,28 \pm 0,47$ cm. Kích thước thể hang nhân tạo đặt bên trái: $17,12 \pm 0,48$ cm, đặt bên phải: $17,09 \pm 0,48$ cm. Thời gian mổ trung bình: $77,50 \pm 3,26$ phút (50-95 phút). Thời gian đặt thông tiểu trung bình: $2,62 \pm 0,23$ ngày. Thời gian đặt dẫn lưu trung bình: $2,50 \pm 0,18$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình: $3,88 \pm 0,63$ ngày. Chưa ghi nhận tai biến - biến chứng. Thời gian sử dụng thể hang trung bình: $7,25 \pm 0,21$ tuần với kết quả tốt, 16/16 TH hài lòng cả người bệnh và bạn tình.

Kết luận: Đặt thể hang nhân tạo điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân Dân 115 là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, chưa ghi nhận tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoải mái cho người bệnh và bạn tình.

Từ khóa: Đặt thể hang nhân tạo, bệnh viện Nhân Dân 115.

SUMMARY

INFLATABLE PENILE PROSTHESIS SURGERY FOR THE PATIENTS WITH SEVERE ERECTILE DYSFUNCTION AT PEOPLE'S HOSPITAL 115

Objective: Evaluation of the results of the inflatable penile prosthesis (IPP) surgery for the patients with severe erectile dysfunction at people's hospital 115.

Materials and Methods: Description of case series

Results: To report 16 cases of IPP surgery through the penoscrotal approach. The average age: $56,56 \pm 3,24$ years old (30 -77 years old), 11/16 cases with hypertension, diabetes, benign prostatic hyperplasia (BPH), dyslipidemia. There are 1/16 cas with a history of urethroplasty due to complicated pelvic fractures and 1/16 cases of cavernous artery occlusion/dyslipidemia in young people. The size of the corpus cavernous measured on the left is: 18.31 ± 0.47 cm, on the right is: 18.28 ± 0.47 cm. The size of the IPP on the left: 17.12 ± 0.48 cm, on the right: 17.09 ± 0.48 cm. The average operative time: $77,50 \pm 3,26$ minutes (50-95 minutes), the average catheterization time: $2,62 \pm 0,23$ days. The

¹Khoa Ngoại niệu-Ghép thận-Nam học, Bệnh viện Nhân dân 115, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trương Hoàng Minh

ĐT: 0903982107

Email: hoangminhbvnd115@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/5/2023

Ngày phản biện: 30/5/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

drainage setting time: $2,50 \pm 0,18$ days. The patients stays in the hospital: $3,88 \pm 0,63$ days. No morbidity or complications was found in these 16 cases. The average use IPP time: 7.25 ± 0.21 weeks. The average time to use IPP after operation: 7.25 ± 0.21 weeks with good result. 16/16 patients and partners are satisfied

Conclusions: IPP surgery to treat the patients with severe erectile dysfunction at people's hospital 115 is safe, effective, less complications, bringing satisfying sex life for patients and their partners.

Keywords: inflatable penile prosthesis, 115 people's hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương (RLC) nặng chiếm tỉ lệ khoảng 9,6% trong các trường hợp rối loạn cương [1]. Việc điều trị RLC nặng tại Việt Nam trước đây một số tác giả sử dụng đầu sừng 12 cấy vào thể hang nhằm tạo cương cứng dương vật nhưng hiệu quả không cao, bất tiện và gặp nhiều biến chứng như hoại tử xương, lộ xương... Tại Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi bắt đầu thực hiện đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh từ năm 2019 đến nay. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp RLC nặng được đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) tại BVND 115.

- Nhận xét kết quả đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) tại BVND 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 16 bệnh nhân được phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh tại đơn vị Nam khoa - BVND 115 từ tháng 7 năm 2019 đến nay.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca bệnh.

Tiến trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân được chuẩn bị trước mổ như các trường hợp mổ thường qui. Kháng sinh sử dụng: Vancomycin 1g / IV, Gentamycin 160 mg/IM trong 2 ngày, chuyển sang nhóm quinolon đường uống 7 ngày sau đó (khi bệnh nhân về nhà). Sử dụng Gentamycin 240 mg pha với 500 ml nước muối sinh lý để tráng rửa dụng cụ trong mổ.

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa. Sát trùng rộng vùng bìu, dương vật và vùng xung quanh 2 lần bằng alcohol 70 độ.

- Rạch da ngang vị trí gốc bìu - dương vật, lệch về phía bìu 1cm, đường rạch dài 2,5cm. Bóc tách bóc lộ thể xốp và 2 thể hang hai bên. Khâu 2 mối chỉ chờ bằng vicryl 2/0 ở mỗi bên thể hang. Xẻ thể hang bằng dao lạnh dài 1cm. Qua vị trí xẻ này, ta đưa Furlow trượt nhẹ nhàng vào đầu gần và đầu xa của thể hang nhằm mục đích phá vỡ các cấu trúc xoang hang. Tiếp tục dùng que nong nong rộng lõi thể hang. Đo khoảng cách đầu gần và đầu xa thể hang nhằm chọn kích cỡ thể hang nhân tạo thích hợp. Chúng tôi chọn chiều dài thể hang ngắn hơn chiều dài đo được từ 1 – 1,5 cm. Đặt thể hang nhân tạo vào trong thể hang bệnh nhân, cột 2 mũi chỉ chờ. Tiếp theo chúng tôi tiến hành tạo khoang vị trí cạnh phải hoặc trái của bàng quang, dưới phúc mạc, trên cân cơ đáy chậu, sau xương mu, khoang phải đủ rộng để đặt túi chứa (reservoir). Trường hợp đã mổ vùng chậu (cắt TTL tận gốc, chúng tôi đặt túi chứa dưới cơ thành bụng, ngoài phúc mạc. Tiếp đến là tạo khoang vùng bìu để đặt bộ phận

bơm dịch. Sau khi đặt túi chứa và bơm, tiến hành nối 2 hệ thống này với nhau và kiểm tra hoạt động của toàn hệ thống thể hang nhân tạo. Đặt dẫn lưu ổ mỗ qua hệ thống hút áp lực âm. Khâu cân cơ bìu bằng vicryl 3/0. Khâu da bằng Nylon 4/0. Băng ép nhẹ toàn bộ bìu - dương vật.

Theo dõi hậu phẫu:

- Theo dõi vết mổ, lượng dịch và tính chất dịch trong ống dẫn lưu, nước tiểu qua thông niệu đạo, màu sắc quy đầu, vết mổ.
- Giảm đau sau mổ: Acetaminophen 3g/ngày trong 2 ngày.
- Mở băng ép vào ngày thứ 2 sau mổ, rút dẫn lưu ổ mỗ khi khô. Trường hợp bệnh nhân có phì đại TTL bổ xung thêm thuốc ức chế thụ thể alpha-1. Xả dịch trong thể hang còn 30% so với khi cương tối đa, rút thông

niệu đạo. Bệnh nhân được xuất viện sau đó. Trường hợp có bất thường đường tiết niệu (bí tiểu...) sẽ lưu lại bệnh viện cho tới khi ổn định.

Sử dụng thể hang: Từ 6 đến 8 tuần tùy từng trường hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân

Có 16 trường hợp phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) qua đường mổ dưới bìu.

- Tuổi trung bình: $56,56 \pm 3,24$ tuổi (30 - 77 tuổi)
- Lý do đặt thể hang: 16/16 TH rối loạn cương không đáp ứng điều trị nội khoa
- Bệnh kết hợp:

Bảng 1. Các bệnh kết hợp

Bệnh kết hợp	Số TH	%
Không có bệnh kết hợp	5	31,3
THA	4	25
TĐ	2	12,5
TSLTTTL	1	6,3
THA + TĐ	1	6,3
THA + TĐ + TSLTTTL	2	12,5
Xơ hẹp ĐM thể hang/ rối loạn lipid máu	1	6,3
Tổng	16	100

- Tiền sử phẫu thuật vùng chậu: 1/16 TH (6,3%) cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt + đặt mảnh ghép thoát vị bẹn phải, 1/16 TH (6,3%) mổ tạo hình niệu đạo 3 lần sau chấn thương gây khung chậu phức tạp do tai nạn giao thông. 1/16 TH (6,3%) mổ cắt TTL tận gốc do ung thư + xạ trị do u lympho ruột non hiện đã ổn định.

- Cả 16/16 TH đều bị rối loạn cương nặng, không còn đáp ứng với thuốc nội khoa.

- Siêu âm: 3/16 TH (18,75%) có TSLTTTL mức độ nhẹ.

- Niệu dòng đồ: 9/16 TH đo niệu dòng đồ (vận tốc dòng tiểu :16-18 ml/s)

Kết quả phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh

- Kích thước thể hang

Bảng 2. Kích thước thể hang

Thể hang	Kích thước (cm)	Trái (Số BN-%)	Phải (Số BN-%)
Thể hang đo được	12	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	17	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	17,5	0 (0%)	1 (6,3%)
	18	5 (31,3%)	4 (25%)
	18,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	19	4 (25%)	4 (25%)
	20	3 (18,8%)	3 (18,8%)
	Trung bình	18,31	18,28
Thể hang nhân tạo	10,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	16	2 (12,5%)	2 (12,5%)
	16,5	0 (0%)	1 (6,3%)
	17	3 (18,8%)	2 (12,5%)
	17,5	2 (12,5%)	2 (12,5%)
	18	6 (37,5%)	6 (37,5%)
	18,5	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	19	1 (6,3%)	1 (6,3%)
	Trung bình	17,12	17,09

Nhận xét: Có 1/16 TH chiều dài thể hang đo được không bằng nhau giữa bên trái (18 cm) và phải (17,5 cm) do xơ đoạn gốc thể hang.

- Có 2/16 TH dùng loại thể hang đường kính nhỏ do xơ hẹp.

- Vị trí đặt túi chứa: Bên trái: 5/16 TH và Bên phải: 10/16 TH, 1/16 TH đặt thành bụng trái
- Thể tích túi chứa:

Bảng 3. Thể tích túi chứa

Thể tích túi chứa (ml)	Số BN	%
60	11	68,8
65	4	25,0
70	1	6,3
Tổng số	16	100

- Lượng máu mất: không đáng kể (16/16 TH)

- Thời gian:

Bảng 4. Thời gian

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất – Dài nhất
Phẫu thuật	77,50 ± 3,26 phút	50-95
Đặt dẫn lưu	2,50 ± 0,18 ngày	2-4
Đặt thông tiểu	2,63 ± 0,23 ngày	2-5
Nằm viện	3,88 ± 0,63 ngày	2-12
Sử dụng thể hang	7,25 ± 0,21 tuần	6-8

- Tai biến. biến chứng: 0/16 TH, có 1/16 TH bí tiểu, điều trị nội khoa ổn
- Hải lỏng: 16/16 TH (cả bệnh tình).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo trong điều trị RLC có thể xem là một cứu cánh trong trường hợp RLC nặng. Bệnh viện Nhân Dân 115 là Bệnh viện đầu tiên tại Việt Nam được Bộ Y Tế cho phép thực hiện thí điểm phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh điều trị rối loạn cương dương mức độ nặng. Chúng tôi báo cáo 16 trường hợp thực hiện tại bệnh viện Nhân Dân 115 với các vấn đề cần bàn luận như sau:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Cả 16 bệnh nhân của chúng tôi đa số đều lớn tuổi, mắc RLC mức độ nặng dựa trên Bảng điểm chức năng cương quốc tế (IIEF: International Index of Erectile Function) và không còn đáp ứng với các thuốc nhóm ức chế PDE5 (Phosphodiesterase type 5 inhibitor) cũng như liệu pháp sóng xung kích tuyến tính cường độ thấp (LSWT: Linear Shock Wave Therapy).

- Có 11/16 TH có bệnh lý đi kèm là: THA, tiểu đường, tăng sinh lạnh tính tuyến tiền liệt, rối loạn lipid xơ hẹp động mạch thể hang. 1 BN đã mổ cắt đốt nội soi phì đại lành tính tuyến tiền liệt và đặt mảnh ghép thoát vị bên bên phải, 1 TH mổ tạo hình niệu đạo tăng sinh môn 3 lần (lần cuối sử dụng ống niêm mạc má) do gãy khung chậu phức tạp. 1 TH mổ cắt tuyến tiền liệt tận gốc

- Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội niệu khoa Châu Âu (EAU) thì phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo là chọn lựa điều trị hàng thứ 3 sau điều trị bước 1 (thuốc PDE5-i, dụng cụ hút chân không, liệu pháp sóng xung) và điều trị bước 2 (tiêm alprostadil vào thể hang). Còn theo hướng dẫn EAU 2020

thì lựa chọn đặt thể hang nhân tạo không nhất thiết là lựa chọn cuối cùng mà tùy theo lựa chọn của bệnh nhân. Tuy nhiên, Hiệp hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) trong hướng dẫn điều trị của mình cũng khuyến cáo cần tư vấn, giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu các lợi ích cũng như các nguy cơ của phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ: grade C), ngoài ra còn cần phải thảo luận kỹ với bệnh nhân về các mong muốn của họ sau phẫu thuật [2]. Tất cả các BN của chúng tôi đều được tư vấn và điều trị các bệnh kết hợp ổn định trước khi đặt thể hang.

Kết quả

Kỹ thuật đặt thể hang nhân tạo?

Có nhiều loại thể hang nhân tạo: loại không bơm phòng được và loại có thể bơm phòng được. Loại bơm phòng có thể 2 hay 3 mảnh. Chúng tôi lựa chọn loại 3 mảnh cho cả 11 TH vì sự tiện lợi của nó cũng như xu thế hiện nay.

Có nhiều cách để tiếp cận thể hang và đặt thể hang nhân tạo, có thể rạch da ở ngay dưới rãnh quy đầu rồi tuột “vỏ chuối” xuống để bộc lộ thể hang hoặc đi ngay mặt bụng dương vật để vào trực tiếp thể hang. Chúng tôi lựa chọn con đường thứ 2 (đi mặt bụng dương vật) vì sẽ không gây tổn thương mạch máu, thần kinh lưng dương vật, đường mổ nhỏ, ít biến chứng, thẩm mỹ hơn [4],[6].

Đặt túi chứa có thể ở bên phải hay bên trái, phía sau xương mu, cạnh bàng quang. 10/16 BN chúng tôi đặt bên phải, trường hợp chúng tôi đặt bên trái vì bên phải đã đặt mảnh ghép thoát vị bên, nguy cơ dính khó phẫu tích. Có 1 TH chúng tôi phải đặt túi chứa dưới cơ thành bụng do tiền sử đã mổ cắt TTL tận gốc, khi mổ thấy dính không thể tạo khoang cạnh bàng quang được. Chúng tôi không thấy có khó khăn gì giữa đặt túi chứa

ở bên trái và phải, tuy nhiên ưu tiên đặt bên phải.

Các tai biến - biến chứng trong phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo?

Thời gian phẫu thuật ngắn, lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Không ghi nhận tai biến trong mổ cũng như các biến chứng sớm xảy ra sau mổ.

Hai biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn và hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động (có thể liên quan đến bất kỳ bộ phận nào của hệ thống như xi-lanh, bơm, túi chứa, ống dẫn).

Nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt thể hang nhân tạo có thể gây ra sự biến đổi lớn về hình dạng dương vật và gây tổn thương về tinh thần bệnh nhân rất nghiêm trọng, nhưng hiếm khi gây tử vong. Sự cải tiến chất liệu thể hang nhân tạo như bọc lớp áo kháng sinh (AMS Minnetonka MN) hay thể hang có những lớp màng ưa nước bên ngoài để có thể nhúng vào dung dịch kháng sinh (Coloplast Humlebaek Denmark) giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn từ 1,61% còn 0,68% sau 6 tháng theo dõi. Sau 1 năm theo dõi, tỉ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm sử dụng thể hang thường là 2,07% so với 1,06% ở nhóm sử dụng thể hang có bọc lớp áo ưa nước [10]. Nguyên nhân nhiễm khuẩn thường do vi khuẩn từ da xâm nhập vào trong khi phẫu thuật [9]. Tác nhân gây bệnh thường gặp là *Staphylococcus epidermidis*, ngoài ra các tác nhân khác cũng có thể gặp như: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Enterococcus sp.*, *Proteus mirabilis*, và methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) [9]. Khi tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra, cần phải tháo bỏ thể hang nhân tạo, sử dụng kháng sinh, và đặt lại thể hang nhân tạo mới sau 6-12 tháng.

Về biến chứng hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động, chúng tôi chưa ghi nhận. Theo y văn, tỉ lệ thất bại về cơ học thay đổi tùy theo hãng sản xuất. Qua khảo sát của hãng AMS, tỉ lệ thất bại cơ học là 10,3% sau thời gian theo dõi trung bình 91,5 tháng [5]. Còn đối với nhóm bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo của hãng Coloplast thì tỉ lệ thất bại cơ học là 0,8%/năm trong 3 năm đầu, và sau đó tỉ lệ này tăng 3,1% mỗi năm tiếp theo.

Đánh giá kết quả sử dụng thể hang nhân tạo của người bệnh và đối tác sau phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo?

Thời gian sử dụng thể hang nhân tạo trung bình là: 7,25 tuần và có kết quả là rất hài lòng. Nhiều báo cáo trên thế giới đã ghi nhận được mức độ hài lòng cao của bệnh nhân và bạn tình sau đặt thể hang nhân tạo so với thuốc ức chế PDE5 hay biện pháp tiêm alprostadil vào thể hang. Candela và Hellstrom báo cáo mức độ hài lòng đạt 85% ở 86 bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo AMS 700 CX [3]. Montorsi và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 92% và 96% [3]. Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận tỉ lệ dương vật đủ cứng để giao hợp đạt 16/16 TH (100%). Natali và cộng sự [8] ghi nhận tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 97% và 91%. Joon Seob Ji và cộng sự cũng ghi nhận tỉ lệ hài lòng về lâu dài của bệnh nhân đạt 86,8%, trong nghiên cứu này cũng báo cáo có 88,7% bệnh nhân sẵn sàng giới thiệu bạn bè của họ đến để thực hiện phẫu thuật này [7].

V. KẾT LUẬN

Đặt thể hang nhân tạo cho 16 bệnh nhân bị rối loạn cương nặng, đã thất bại với tất cả các phương pháp hiện có tại Việt Nam, tuổi

trung bình: $56,56 \pm 3,24$ tuổi (30 -77 tuổi), có bệnh nền THA, ĐĐ, Phi đại TTL, rối loạn lipid máu tắc động mạch thể hang. Có 1 TH tiền căn mổ tạo hình niệu đạo do gãy khung chậu nặng, 1 TH mổ cắt TTL tận gốc do ung thư. Đây là một phẫu thuật không quá phức tạp, bước đầu có kết quả an toàn, hiệu quả, ít tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoải mái cho người bệnh và bạn tình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **T.Q. Anh** (2002), "Rối loạn cương dương", Bệnh học giới tính nam, 1st, Editor. tr. 379-458.
2. **A.L. Burnett, et al** (2018), "Erectile Dysfunction": AUA Guideline. J Urol, 200(3): p. 633-641.
3. **J.V. Candela and W.J. Hellstrom** (1996), "Three-piece inflatable penile prosthesis implantation: a comparison of the penoscrotal and infrapubic surgical approaches". J La State Med Soc, 148(7): p. 296-301.
4. **Eric Chung** (2017), "Penile prosthesis implant: scientific advances and technological innovations over the last four decades", Transl Androl Urol, 6(1).
5. **N.B. Dhar, K.W. Angermeier, and D.K. Montague** (2006), "Long-term mechanical reliability of AMS 700CX/CXM inflatable penile prosthesis". J Urol, 176(6 Pt 1): p. 2599-601; discussion 2601.
6. **Nikhil K. Gupta., Josh Ring., Landon Trost., Steven K. Wilson and Tobias S. Kohler** (2017), "The penoscrotal surgical approach for inflatable penile prosthesis placement", Transl Androl Urol, 6(4): 628-638.
7. **Y.S. Ji, et al** (2015), "Long-term survival and patient satisfaction with inflatable penile prosthesis for the treatment of erectile dysfunction". Korean J Urol, 56(6): p. 461-5.
8. **A. Natali, R. Olianias, and M. Fisch** (2008), "Penile implantation in Europe: successes and complications with 253 implants in Italy and Germany". J Sex Med, 5(6): p. 1503-12.
9. **J.P. Selph and C.C. Carson** (2011), "Penile prosthesis infection: approaches to prevention and treatment". Urol Clin North Am, 38(2): p. 227-35.
10. **C.E. Wolter and W.J. Hellstrom** (2004), "The hydrophilic-coated inflatable penile prosthesis: 1-year experience". J Sex Med, 1(2): p. 221-4.

NGHIÊN CỨU TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI Ở SINH VIÊN NỮ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Nguyễn Nhật Minh¹, Võ Xuân Đạt¹,
Nguyễn Xuân Mỹ¹, Lê Đình Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tỉ lệ triệu chứng đường tiết niệu dưới ở sinh viên nữ trường Đại học Y Dược Huế và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 450 sinh viên nữ trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 9/2021 đến tháng 5/2022. Thực hiện nghiên cứu dựa trên hai bảng hỏi ICIQ – FLUTS (International Consultation on Incontinence Questionnaire Female Lower Urinary Tract Symptoms) và TB scale (Toilet Behavior scale).

Kết quả: Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 21,9 (từ 18-25 tuổi). Trong đó, nhóm triệu chứng chứa đựng chiếm tỉ lệ cao nhất (82,7%), nhóm triệu chứng tổng xuất và tiểu không tự chủ chiếm tỉ lệ thấp hơn (lần lượt là 67,2% và 45,8%). Thang điểm ICIQ $4,73 \pm 3,9$. Có sự tương quan giữa thói quen đi vệ sinh và triệu chứng đường tiết niệu dưới ($r=0,4$). Trong đó có sự tương quan giữa nhóm triệu chứng tổng xuất với thói quen đi vệ sinh ($p<0,05$), không có sự tương quan giữa nhóm triệu chứng chứa đựng và tiểu không tự chủ với địa điểm ưu tiên đi tiểu và tư thế ưu tiên đi tiểu ($p>0,05$)

Kết luận: Triệu chứng đường tiết niệu dưới khá phổ biến ở sinh viên nữ trong độ tuổi 18 – 25. Trong đó phổ biến nhất là nhóm triệu chứng chứa đựng và triệu chứng tiểu gấp.

Từ khoá: Triệu chứng đường tiết niệu dưới, phụ nữ, ICIQ – FLUTS, TB scale.

SUMMARY

A STUDY OF THE LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN FEMALE STUDENT OF HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: To obtain the prevalence of LUTS in female students of Hue university of medicine and pharmacy and the related factors.

Materials and methods: This is a prospective cross-sectional study conducted among 450 medical students age between 18-25 years from 9/2021 to 5/2022 use ICIQ – FLUTS and TB scales.

Results: Mean age of the study was 21.9 (from 18 -25 years old). Which, the group of storage symptoms accounted for the highest rate (82.7%), and the group of symptoms of voiding and urinary incontinence accounted for a lower proportion (67.2% and 45.8%, respectively). ICIQ score is 4.73 ± 3.9 . There was a correlation between toilet behaviors and lower urinary tract symptoms ($r = 0.4$). In which, there was a correlation between the group of symptoms of voiding and the toilet behaviors ($p<0.05$), there was no correlation between the group of symptoms of storage and urinary incontinence

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Minh

ĐT: 0935066222

Email: nhatminh2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 19/6/2023

and the preferred place to urinate, and preferred position to urinate ($p>0.05$)

Conclusion: Lower urinary tract symptoms are quite common among female students between the ages of 18 and 25. Which, the most common group of symptoms is storage symptoms and urinary urgency.

Keywords: LUTS, female students, ICIQ – FLUTS, TB scales.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Hiệp hội tiểu tự chủ thể giới (International Continence Society – ICS), triệu chứng đường tiết niệu dưới (Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS) được ghi nhận bởi những triệu chứng chủ quan của bệnh nhân được chia thành ba nhóm chính: nhóm triệu chứng lưu trữ (storage symptoms), nhóm triệu chứng tổng xuất (voiding symptoms), nhóm triệu chứng sau khi tổng xuất (postmicturition symptoms)⁴. Triệu chứng đường tiết niệu dưới được ghi nhận phổ biến và gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống ở cả hai giới. Nhiều nghiên cứu dịch tễ quy mô lớn trên các nước ghi nhận được triệu chứng đường tiết niệu dưới có tỉ lệ cao và ảnh hưởng hơn 60% cả nam giới và nữ giới, sự khác nhau phụ thuộc vào nghiên cứu, dân tộc, văn hoá^{10,12}. Những nghiên cứu này ghi nhận được những triệu chứng này gây ảnh hưởng đến phụ nữ nhiều hơn nam giới. Tuy nhiên sự quan tâm dành cho triệu chứng đường tiết niệu dưới ở nữ vẫn còn hạn chế vì đa số nữ giới đều ngại nói đến những vấn đề này. Các triệu chứng này thường được ghi nhận ở người lớn tuổi đặc biệt là >60 tuổi⁸, nhưng một tỉ lệ triệu chứng ẩn giấu được ghi nhận ở những phụ nữ trẻ là rất cao 94,3% trên tổng số phụ nữ (18-30

tuổi) được phỏng vấn và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống hằng ngày¹⁴. Mặt khác, các triệu chứng này góp phần tăng thêm gánh nặng bệnh tật, tài chính cho gia đình và xã hội, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân⁵. Vì vậy việc nghiên cứu rõ các triệu chứng này giúp mục đích có thể dự phòng, giảm chi phí điều trị và giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trên thế giới, có một số nghiên cứu về các triệu chứng đường tiết niệu dưới ở phụ nữ đã được công bố như nghiên cứu triệu chứng đường tiết niệu dưới ở phụ nữ người Mỹ gốc hoa lớn tuổi⁶, nghiên cứu của Sever và cộng sự⁷,... Tuy nhiên các nghiên cứu trên phụ nữ trẻ tuổi vẫn còn rất hạn chế như là nghiên cứu tỉ lệ triệu chứng đường tiết niệu dưới ở sinh viên y trẻ tuổi của Zalina và cộng sự⁹. Mặt khác ở Việt Nam số lượng bài báo về triệu chứng đường tiết niệu dưới còn hạn chế đặc biệt là chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên phụ nữ trẻ tuổi.

Vì các lý do nêu trên nên tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu triệu chứng đường tiết niệu dưới ở sinh viên nữ Trường Đại học Y Dược Huế” với các mục tiêu:

1. Mô tả tỉ lệ các triệu chứng đường tiết niệu dưới ở sinh viên nữ (18-25 tuổi) trường Đại học Y Dược Huế
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa thói quen đi vệ sinh với triệu chứng đường tiết niệu dưới ở đối tượng nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 450 sinh viên nữ đang theo học tại trường Đại học Y Dược Huế

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng:**

+ Sinh viên nữ từ 18 – 25 tuổi đang theo học tại Trường Đại học Y Dược Huế trả lời đầy đủ bảng câu hỏi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Sinh viên không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc mắc các rối loạn tâm trí.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 08/2021 – 05/2022.

2.4. Biến số đo lường: Triệu chứng đường tiết niệu dưới, bảng điểm ICIQ – FLUTS, bảng điểm TB scales.

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được tổng hợp và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0. Các biến số định lượng được mô tả trung bình và độ lệch chuẩn (SD), các biến số định tính được mô tả số lượng và tỷ lệ %. Đánh giá tương quan giữa các yếu tố thói quen đi vệ sinh và các triệu chứng đường tiết niệu dưới bằng test tương quan Spearman với độ đặc hiệu 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Triệu chứng đường tiết niệu dưới

Bảng 1. Triệu chứng đường tiết niệu dưới

Triệu chứng đường tiết niệu dưới	N	%
Triệu chứng đường tiết niệu dưới	412	91,4
Nhóm triệu chứng chứa đựng	372	82,7
Tiểu đêm	125	27,8
Tiểu gấp	293	65,1
Đau bàng quang	170	37,8
Tần suất đi tiểu (>6lần/ngày)	109	24,2
Nhóm triệu chứng tổng xuất	298	66,2
Tiểu ngập ngừng	223	49,6
Tiểu gắng sức	203	45,1
Tiểu ngắt quãng	181	40,2
Nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ	206	45,8
Tiểu không tự chủ	130	28,9
Tần suất tiểu không tự chủ (>1lần/tuần)	80	17,8
Tiểu không tự chủ khi gắng sức	150	33,3
Tiểu không tự chủ khi không gắng sức	44	9,8
Tiểu không tự chủ khi ngủ	51	11,3

Nhận xét: Trong 450 sinh viên tham gia nghiên cứu 82,7% ghi nhận có nhóm triệu chứng chứa đựng, trong đó tỉ lệ cao nhất là triệu chứng tiểu gấp với 65,1% sau đó là triệu chứng đau bàng quang và tiểu đêm, tiểu

nhiều lần (37,8%; 27,8% và 24,2%). Tiếp theo là nhóm triệu chứng tổng xuất chiếm vị trí thứ 2 với 66,2% và nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ với 45,8%.

3.2. Bảng điểm ICIQ – FLUTS

Bảng 2. Bảng điểm ICIQ – FLUTS

Triệu chứng đường tiểu dưới	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{X} \pm SD$
Nhóm triệu chứng chứa đựng	0	12	$1,95 \pm 1,7$
Nhóm triệu chứng tổng xuất	0	8	$1,63 \pm 1,6$
Nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ	0	11	$1,16 \pm 1,8$
Tổng	0	27	$4,73 \pm 3,9$

Nhận xét: Theo thang điểm ICIQ – FLUTS, tổng số điểm cao nhất đạt được là 27/48 điểm và thấp nhất là 0, về nhóm triệu chứng chứa đựng, số điểm lớn nhất là 12/16 với số điểm trung bình là $1,95 \pm 1,7$. Nhóm

triệu chứng tổng xuất ghi nhận số điểm lớn nhất là 8/12 và trung bình $1,63 \pm 1,6$. Nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ là 11/20, trung bình là $1,16 \pm 1,8$.

3.3. Thói quen đi vệ sinh

Bảng 3. Thói quen đi vệ sinh

		Không bao giờ (%)	Hiếm khi (%)	Thỉnh thoảng (%)	Thường xuyên (%)	Rất thường xuyên (%)
Địa điểm ưu tiên đi tiểu	Lo lắng về sự an toàn của nhà vệ sinh công cộng	22 (4,9%)	36 (8%)	108 (24%)	150 (33,3%)	134 (29,8%)
	Tránh sử dụng nhà vệ sinh công cộng	15 (3,3%)	57 (12,7%)	136 (30,2%)	143 (31,8%)	99 (22%)
	Đi vệ sinh tại nhà	5 (1,1%)	8 (1,8%)	22 (4,9%)	101 (22,4%)	314 (69,8%)
	Cố gắng đợi cho đến khi về nhà	19 (4,2%)	48 (10,7%)	135 (30%)	139 (30,9%)	109 (24,2%)
Thói quen đi tiểu sớm	Đi ở nhà	68 (15,1%)	113 (25,1%)	119 (26,4%)	75 (16,7%)	75 (16,7%)
	Đi ở nơi làm việc/ trường học	189 (42%)	126 (28%)	94 (20,9%)	32 (7,1%)	9 (2%)
	Đi ở nhà người khác	201 (44,7%)	152 (33,8%)	78 (17,3%)	13 (2,9%)	6 (1,3%)
	Đi ở nơi công cộng	249 (55,3%)	136 (30,3%)	51 (11,3%)	7 (1,6%)	7 (1,6%)
	Trong trường hợp với mục đích dự phòng	78 (17,3%)	84 (18,7%)	148 (32,9%)	79 (17,6%)	61 (13,6%)
Nhịn tiểu	Gắng trì hoãn khi đang bận công việc	26 (5,8%)	70 (15,8%)	207 (46%)	102 (22,7%)	45 (10%)
	Kiểm chế cảm giác muốn đi tiểu càng	84	164	142	43	17

	lâu càng tốt	(18,7%)	(36,4%)	(31,6%)	(9,6%)	(3,8%)
	Kiểm chế cảm giác muốn đi tiểu khi đang ở nơi làm việc/ trường học	32 (7,1%)	90 (20%)	192 (42,7%)	101 (22,4%)	35 (7,8%)
Gắng sức khi đi tiểu	Gắng sức khi bắt đầu đi tiểu	238 (52,9%)	144 (32%)	47 (10,4%)	17 (3,8%)	4 (0,9%)
	Gắng sức trong suốt quá trình đi tiểu	296 (65,8%)	108 (24%)	35 (7,8%)	8 (1,8%)	3 (0,7%)
	Gắng sức để tổng xuất nước tiểu hoàn toàn (cuối bãi)	202 (44,9%)	135 (30%)	84 (18,7%)	22 (4,9%)	7 (1,6%)
	Gắng sức để tổng xuất nước tiểu một cách nhanh chóng	210 (46,7%)	149 (33,1%)	73 (16,2%)	11 (2,4%)	7 (1,6%)
Tư thế ưu tiên đi tiểu	Ngồi lên bệ ngồi	20 (4,4%)	24 (5,3%)	58 (12,9%)	181 (40,2%)	167 (37,1%)
	Tiểu nửa ngồi không chạm bồn cầu vì ngại	166 (36,9%)	104 (23,1%)	123 (27,3%)	37 (8,2%)	20 (4,4%)
	Ngồi xồm trên bồn cầu	343 (76,2%)	53 (11,8%)	32 (7,1%)	18 (4,0%)	4 (0,9%)

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu ít nhất thỉnh thoảng lo lắng về sự an toàn của nhà vệ sinh công cộng (87.1%) do đó tránh sự dụng nhà vệ sinh công cộng (84%) và lựa chọn đi vệ sinh tại nhà (97.1%) hoặc cố gắng đợi về nhà (85.1%). Hơn một nửa sinh viên ít nhất thỉnh thoảng có thói quen đi tiểu sớm ở nhà hay trong trường hợp với mục

đích dự phòng lần lượt là 59,8% và 64,1%. Sinh viên nữ chủ yếu kiểm chế, trì hoãn đi tiểu khi bận công việc hay đang ở trường học, nơi làm việc và hiếm khi kiểm chế đi tiểu càng lâu càng tốt. Tư thế đi tiểu phổ biến của phần đông sinh viên nữ là ngồi lên bệ ngồi.

3.4. Bảng điểm TB scales

Bảng 4. Bảng điểm TB scales

Thói quen đi tiểu	Nhỏ nhất	Lớn nhất	$\bar{X} \pm SD$
Địa điểm ưu tiên để đi tiểu	4	20	$15,5 \pm 3,2$
Thói quen đi tiểu sớm	5	25	$11,31 \pm 3,9$
Trì hoãn đi tiểu	3	12	$8,63 \pm 2,6$
Gắng sức khi đi tiểu	4	20	$6,83 \pm 3,1$
Tư thế ưu tiên để đi tiểu	3	12	$7,62 \pm 1,4$
Tổng	19	88	$49,9 \pm 9,1$

Nhận xét: Về thang điểm này, số điểm lớn nhất ghi nhận được về thói quen đi vệ sinh là 88/95 điểm và số điểm trung bình là $49,9 \pm 9,1$.

3.5. Mối liên quan giữa triệu chứng đường tiết niệu dưới và thói quen đi vệ sinh

Bảng 5. Mối liên quan giữa triệu chứng đường tiết niệu dưới và thói quen đi vệ sinh

		Thói quen đi vệ sinh				
		Địa điểm ưu tiên đi tiểu	Thói quen đi tiểu sớm	Trì hoãn đi tiểu	Gắng sức để đi tiểu	Tư thế ưu tiên để đi tiểu
Nhóm triệu chứng chứa đựng	r	0,01	0,21	0,18	0,28	0,17
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Nhóm triệu chứng tổng xuất	r	0,06	0,21	0,21	0,50	0,08
	p	0,283>0,05	<0,001	<0,001	<0,001	0,12>0,05
Tiểu không tự chủ	r	0,01	0,12	0,18	0,23	0,06
	p	0,856>0,05	0,016<0,05	<0,001	<0,001	0,225>0,05

Nhận xét: Thực hiện kiểm định tương quan Spearman ta có kết quả: Có sự liên quan giữa nhóm triệu chứng tần suất và thói quen đi vệ sinh (0,01 – 0,28) (độ tin cậy 95%), trong đó mức độ tương quan trung bình giữa nhóm triệu chứng tần suất và thói quen gắng sức để đi tiểu (0,265). Nhóm triệu chứng tổng xuất và tiểu không tự chủ có tương quan dương với thói quen đi tiểu sớm, trì hoãn đi tiểu và gắng sức đi tiểu (0,21 – 0,5). Trong đó, nhóm triệu chứng tổng xuất tương quan mạnh mới thói quen gắng sức đi tiểu (0,5). Triệu chứng đường tiết niệu dưới theo thang điểm ICIQ – FLUTS tương quan trung bình với thói quen đi vệ sinh (0,36).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về triệu chứng đường tiết niệu dưới

Trên nghiên cứu này của chúng tôi ghi nhận được nhóm triệu chứng chứa đựng chiếm tỉ lệ cao nhất 82,7%, tiếp theo là nhóm triệu chứng tổng xuất 66,2% và nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ. Theo nghiên cứu của Phan Nguyễn Tường Ni, tỉ lệ của nhóm triệu chứng chứa đựng là 88,6% và nhóm tổng xuất là 45,7%¹. Ở hai nghiên cứu có sự tương đồng về mức độ phổ biến của các triệu chứng đường tiết niệu dưới, tuy nhiên có sự khác biệt về tỉ lệ cụ thể có thể do nghiên cứu được thực hiện trên các đối tượng có nhóm

tuổi khác nhau và cỡ mẫu nghiên cứu. Triệu chứng đường tiết niệu dưới ghi nhận có ở 91,4% đối tượng tham gia nghiên cứu. Kết quả này tương đương với nghiên cứu trên sinh viên nữ của Breda và cộng sự (94,7% sinh viên có triệu chứng đường tiết niệu dưới)¹⁴. Tuy nhiên kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Zalina và cộng sự trên sinh viên y nữ tại Malaysia (52,7% sinh viên ghi nhận có các triệu chứng đường tiết niệu dưới)⁹.

Trong các nhóm triệu chứng chứa đựng thì triệu chứng tiểu gấp chiếm tỉ lệ cao nhất 65,1%, sau đó là triệu chứng đau bàng quang, tiểu đêm và tiểu nhiều lần. Kết quả này khác nhiều so với nghiên cứu của Trần Lê Khoa tiểu nhiều lần chiếm tỉ lệ cao nhất (80,3%) sau đó là tiểu gấp (50,8%)². Có sự sai lệch nhiều như vậy có thể do nghiên cứu của Trần Lê Khoa thực hiện trên đối tượng lớn hơn và cả hai giới nên có sự khác biệt về tỉ lệ này.

Về nhóm triệu chứng tổng xuất, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được tiểu ngập ngừng chiếm tỉ lệ cao nhất (49,6%), sau đó là tiểu gắng sức và tiểu ngắt quãng. Kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Sjogren có tiểu ngập ngừng 65,3% và tiếp theo là tiểu gắng sức (43,4%) và tiểu ngắt quãng (38,2%)³.

Về nhóm triệu chứng tiểu không tự chủ, tiểu không tự chủ khi gắng sức chiếm tỉ lệ

cao nhất (33,3%). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Xiaojuan Wan: tiểu không tự chủ khi gắng sức chiếm 41,2%, tiếp theo là tiểu không tự chủ và tần suất tiểu chủ (lần lượt là 24,7% và 20,1%)¹⁵.

Về thang điểm ICIQ – FLUTS, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được nhóm triệu chứng chứa đựng với điểm trung bình là $1,95 \pm 1,7$; nhóm tổng xuất là $1,63 \pm 1,6$; nhóm tiểu không tự chủ là $1,16 \pm 1,8$. So với nghiên cứu của Sjogren thì thang điểm này có kết quả cao hơn lần lượt là $5,3 \pm 2,6$; $2,2 \pm 2,3$; $1,8 \pm 2,2$ ³.

4.2. Về thói quen đi vệ sinh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu như tất cả (87,1%) đối tượng nghiên cứu đều ít nhất thỉnh thoảng lo lắng về sự an toàn của nhà vệ sinh công cộng, theo đó 53,8% sinh viên thường xuyên tránh sử dụng nhà vệ sinh công cộng, 69,8% đối tượng lựa chọn rất thường xuyên đi vệ sinh tại nhà và 55,1% sinh viên thường xuyên hoặc rất thường xuyên cố gắng đợi cho đến khi về nhà. Kết quả này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác dựa trên TB scale trên thế giới^{3,11,15}. Điều này có thể do sự khác nhau về chất lượng, sự an toàn của các nhà vệ sinh công cộng ở địa điểm nghiên cứu của chúng tôi thấp so với các nước phát triển trên thế giới. Điều này cũng góp phần giải thích cho sự khác biệt giữa kết quả về nhóm thói quen hành vi tư thế ưu tiên khi đi vệ sinh ở ngoài so với các nghiên cứu trên.

4.3. Mối liên quan giữa triệu chứng đường tiết niệu dưới và thói quen đi vệ sinh

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng có sự tương quan trung bình giữa các triệu chứng đường tiết niệu dưới và thói quen hành vi đi vệ sinh ($r=0,36$; $p<0,05$). Cụ thể hơn là, các triệu chứng đường tiết niệu dưới liên quan với nhóm hành vi đi tiểu sớm, trì hoãn đi tiểu và gắng sức đi tiểu ($p<0,05$ có ý nghĩa thống kê). Kết quả này tương tự với

kết quả của nghiên cứu của Sjorgen³ và kết quả cũng tương tự được chứng minh thông qua các kết quả đo niệu động học của Xiaojuan Wan¹⁵. Thói quen đi tiểu sớm có thể làm giảm tần suất đi tiểu không tự chủ ngắn hạn nhưng góp phần vào tăng sự nhạy cảm bàng quang và tăng lên nguy cơ lâu dài mắc các triệu chứng đường tiết niệu dưới. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng sự trì hoãn đi tiểu dẫn đến tăng áp lực bàng quang và làm khó khăn trong giãn cơ vòng là yếu tố giải thích cho việc rối loạn chức năng bàng quang¹⁶. Hơn nữa, sự gắng sức này có thể làm trầm trọng thêm sa cổ bàng quang dẫn đến suy yếu cơ vùng chậu và rò rỉ nước tiểu là một yếu tố tiên lượng về các triệu chứng đường tiết niệu dưới¹³.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận được không có sự tương quan giữa vị trí ưu tiên để đi tiểu và tư thế ưu tiên để đi tiểu với các triệu chứng đường tiết niệu dưới ($P>0,05$ không có ý nghĩa thống kê). Khác với kết quả nghiên cứu của Diane Newman là có sự tương quan giữa tư thế ưu tiên khi đi tiểu¹¹ tuy nhiên lại tương đồng với các nghiên cứu trước đó của Sjorgen và Xiaojuan Wan^{3,15}.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng đường tiết niệu dưới khá phổ biến ở sinh viên nữ trong độ tuổi từ 18 – 25 tuổi với tỉ lệ 91,4%. Trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm triệu chứng chứa đựng và triệu chứng tiểu gấp. Điểm ICIQ – FLUTS trung bình là $4,73 \pm 3,9$. Các thói quen hành vi đi vệ sinh liên quan đến LUTs bao gồm trì hoãn đi tiểu, đi tiểu sớm, gắng sức khi đi tiểu. Cần tăng cường truyền thông cho sinh viên nữ nhằm nâng cao nhận thức hợp lý về triệu chứng đường tiết niệu dưới và có những thói quen hành vi đi vệ sinh phù hợp để có thể góp phần hạn chế sự phát triển các triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Nguyễn Tường Ni**, (2021), Nghiên cứu các đặc điểm triệu chứng đường tiểu dưới ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên và một số yếu tố liên quan, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Đại học Y Dược Huế, pp.
2. **Trần Lê Khoa**. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình ứng dụng bảng điểm IPSS tiếng Việt trong chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa. Huế: Đại học Y dược Huế, 2018.
3. **Sjogren J, Malmberg L, Stenzelius K**, (2017), "Toileting behavior and urinary tract symptoms among younger women", *Int Urogynecol J*, 28 (11), pp. 1677-1684.
4. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al**, (2003), "The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society", *Urology*, 61 (1), pp. 37-49.
5. **Bijit Biswas, Aritra Bhattacharyya, Aparajita Dasgupta, Anubrata Karmakar, et al**, (2017), "Urinary Incontinence, Its Risk Factors, and Quality of Life: A Study among Women Aged 50 Years and above in a Rural Health Facility of West Bengal", *J Midlife Health*, 8 (3), pp. 130-136.
6. **Mou T., Brown O., Simon M., Dong X., et al**, (2020), "Lower urinary tract symptoms in older Chinese American women: prevalence and risk factors", *Int Urogynecol J*, 32 (3), pp. 703-708.
7. **Sever N., Oskay U.**, (2017), "An Investigation of Lower Urinary Tract Symptoms in Women Aged 40 and Over", *Low Urin Tract Symptoms*, 9 (1), pp. 21-26.
8. **Soma O., Hatakeyama S., Imai A., Matsumoto T., et al**, (2020), "Relationship between frailty and lower urinary tract symptoms among community-dwelling adults", *Low Urin Tract Symptoms*, 12 (2), pp. 128-136.
9. **Zalina N, Aruku N, Azura N, Shahida N, et al**, (2011), "Prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) among young age medical population", *IIUM Medical Journal Malaysia*, 10 (1), pp.
10. **Coyne K S, Sexton C C, Thompson C L, Milsom I, et al**, (2009), "The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in the USA, the UK and Sweden: results from the Epidemiology of LUTS (EpiLUTS) study", *BJU Int*, 104 (3), pp. 352-360.
11. **Diane K N, Kathryn L B, Charles C, Jeni H-B, et al**, (2021), "Toileting behaviors and lower urinary tract symptoms: A cross-sectional study of diverse women in the United States", *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3 pp. 100052.
12. **Irwin D E, Kopp Z S, Agatep B, Milsom I, et al**, (2011), "Worldwide prevalence estimates of lower urinary tract symptoms, overactive bladder, urinary incontinence and bladder outlet obstruction", *BJU international*, 108 (7), pp. 1132-1138.
13. **Iyer J, Rane A**, (2015), "Effects of posture and squatting on the dynamics of micturition: response to Bush and Liedl", *International Urogynecology Journal*, 26 (5), pp. 781-781.
14. **van Breda H M, Bosch J L, de Kort L M**, (2015), "Hidden prevalence of lower urinary tract symptoms in healthy nulligravid young women", *Int Urogynecol J*, 26 (11), pp. 1637-1643.
15. **Wan X, Wu C, Xu D, Huang L, et al**, (2017), "Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey", *Int J Nurs Stud*, 65 pp. 1-7.
16. **Yüksel S, Yurdakul A Ç, Zencir M, Çördük N**, (2014), "Evaluation of lower urinary tract dysfunction in Turkish primary schoolchildren: An epidemiological study", *Journal of Pediatric Urology*, 10 (6), pp. 1181-1186.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TỒN TẠI ỐNG PHÚC TINH MẠC BẰNG PHƯƠNG PHÁP THẮT OPTM QUA DA CÓ NỘI SOI Ổ BỤNG HỖ TRỢ

Nguyễn Nhật Minh¹, Lê Thị Thiên Trang¹, Võ Xuân Đạt¹
Nguyễn Xuân Mỹ¹, Lê Đình Đạm¹, Lê Đình Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả sớm bước đầu áp dụng kỹ thuật này tại bệnh viện trường đại học Y dược Huế.

Đối tượng và phương pháp: Các bệnh nhi từ 1 tuổi đến < 15 tuổi được chẩn đoán bệnh lý do tồn tại OPTM từ tháng 11/2019 đến tháng 5/2023. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật. Tái khám được tiến hành sau 1 – 3 tháng.

Kết quả: 1 bệnh nhi nữ thoát vị ống Nuck và 41 bệnh nhi nam được chẩn đoán tồn tại OPTM được chẩn đoán và phẫu thuật. Độ tuổi trung bình từ 3.2 ± 1.7 tuổi. Tỷ lệ tồn tại OPTM bên trái là 38.1% và bên phải là 47.6%, tồn tại OPTM 2 bên 14.3%. Thời gian mổ trung bình: 27.2 ± 8.3 phút, thời gian thắt OPTM 1 bên 25.3 ± 7.0 phút, thời gian thắt OPTM 2 bên 38.7 ± 6.3 phút. Phát hiện sự tồn tại của OPTM đối bên với 4 ca. Tái phát sớm 2.4% (1/42), đây là trường hợp bệnh nhân nhập viện điều trị với chẩn đoán thoát vị bẹn trái/tồn tại OPTM trái/ thừa cân bị tái phát sớm 1 tháng sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi PIRS điều trị bệnh lý tồn tại OPTM là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, bảo tồn được sự nguyên vẹn của ống bẹn. Cần có thêm các nghiên cứu với số lượng

bệnh nhân lớn hơn trong tương lai để đánh giá khoa học đầy đủ về kỹ thuật này.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF LAPAROSCOPIC ASSISTED PERCUTANEOUS INTERNAL RING SUTURING IN TREATMENT OF PATENT PROCESSUS VAGINALIS

Objective: to evaluate the initial postoperative outcomes of this technique at the Hospital of Hue University of Medicine and Pharmacy.

Methods: All children (ages 1 - 15 years) presenting to our hospital between November 2019 and May 2023 with a diagnosis of PPV underwent laparoscopic repair using PIRS technique. We describe the clinical features and postoperative outcomes after 1 - 3 months of follow-up.

Results: 42 children underwent procedures (41 male individuals and 1 female individual) with a median age of 3.2 ± 1.7 . The PPV was diagnosed on the left side in 38.1%, the right side in 47.6% and bilaterally in 14.3% of patients. Average surgical time was 27.2 ± 8.3 minutes: 25.3 ± 7.0 minutes for unilateral and 38.7 ± 6.3 minutes for bilateral. Recurrence was seen in 1 patient (2.4%).

Conclusion: PIRS is a safe, effective and minimally invasive method for the treatment of patent processus vaginalis in children. Studies with a larger number of patients should be conducted to evaluate this procedure more precisely.

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Minh

ĐT: 0935066222

Email: nhatminh2411@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 17/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc là bệnh lý bẩm sinh xảy ra do ống phúc tinh mạc ở trẻ nam hay ống Nuck ở trẻ nữ không xơ hóa hoặc xơ hóa không hoàn toàn tạo ra các hình thái lâm sàng khác nhau gồm: tràn dịch màng tinh hoàn, nang nước thừng tinh và thoát vị bẹn gián tiếp. Đây là bệnh lý được thể hiện nhiều nhất trong các phẫu thuật nhi khoa. Tỷ lệ gặp từ 0.8-4.4 % ở trẻ em¹. Ở trẻ sinh non, tần suất lên đến 30% tùy theo tuổi thai. Trước thập niên 90 của thế kỷ XX, phương pháp điều trị chủ yếu là mổ mở với nguyên lý cơ bản mà Ferguson nêu ra: bóc tách ống phúc tinh mạc khỏi các thành phần quan trọng ở thừng tinh, cắt và khâu buộc ống phúc mạc còn lại của thành bụng ngang mức lỗ bẹn sâu². Sau đó là xử lý các biểu hiện đặc trưng của từng bệnh: Tinh hoàn di động thì cố định tinh hoàn xuống bìu, tràn dịch màng tinh hoàn thì có thể chọc hút hoặc mở cửa sổ màng tinh, bóc nang thừng tinh³

Trong suốt 2 thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc, về cơ bản được chia làm 2 nhóm dựa trên cách tiếp cận để sửa chữa lỗ bẹn sâu bao gồm: tiếp cận trong phúc mạc và ngoài phúc mạc.² Năm 2003, kỹ thuật khâu ngoài phúc mạc được mô tả bởi Prasad. Kể từ đó, một loạt kỹ thuật nội soi trong điều trị đã được thực hiện với những thay đổi về cách tiếp cận lỗ bẹn sâu, số port, dụng cụ nội soi, và chỉ khâu cũng như số lượng nút thắt⁴

Hiện nay, nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy phương pháp thắt ống phúc tinh mạc qua da có nội soi hỗ trợ để điều trị bệnh lý ống phúc tinh mạc (percutaneous internal ring suturing – PIRS) ở trẻ em được đánh giá là hiệu quả, an toàn, và ít xâm lấn các cấu trúc của ống bẹn hơn so với mổ hở, giúp phát hiện tồn tại ống phúc tinh mạc không triệu

chứng bên đối diện nhưng không làm tăng tỷ lệ tái biến và biến chứng.¹ Tỷ lệ tái phát và biến chứng còn là vấn đề tranh cãi giữa các phẫu thuật viên, nhất là những người đã quen thuộc với phương pháp mổ hở truyền thống. Tuy nhiên không thể phủ nhận những tiến bộ mà kỹ thuật này mang lại.⁴

Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả mà phương pháp PIRS đem lại. Vậy nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích: **“Đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh lý tồn tại ống phúc tinh mạc bằng phương pháp thắt ống phúc tinh mạc qua da có nội soi ổ bụng hỗ trợ.”**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bệnh nhi được chẩn đoán và PTNS điều trị bệnh lý do tồn tại OPTM bằng phẫu thuật thắt OPTM qua da có nội soi hỗ trợ từ tháng 11/2019 đến 5/2023 tại khoa Ngoại tiết niệu – thần kinh bệnh viện Đại Học Y Dược Huế.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhi từ 1 – 15 tuổi được chẩn đoán tồn tại OPTM và được điều trị với PIRS.

- Tiêu chuẩn loại trừ

+ Thoát vị bẹn kẹt và nghẹt.

+ Có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiến cứu.

Mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện.

Quy trình phẫu thuật:

- Tất cả bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa với 2 chân duỗi thẳng.

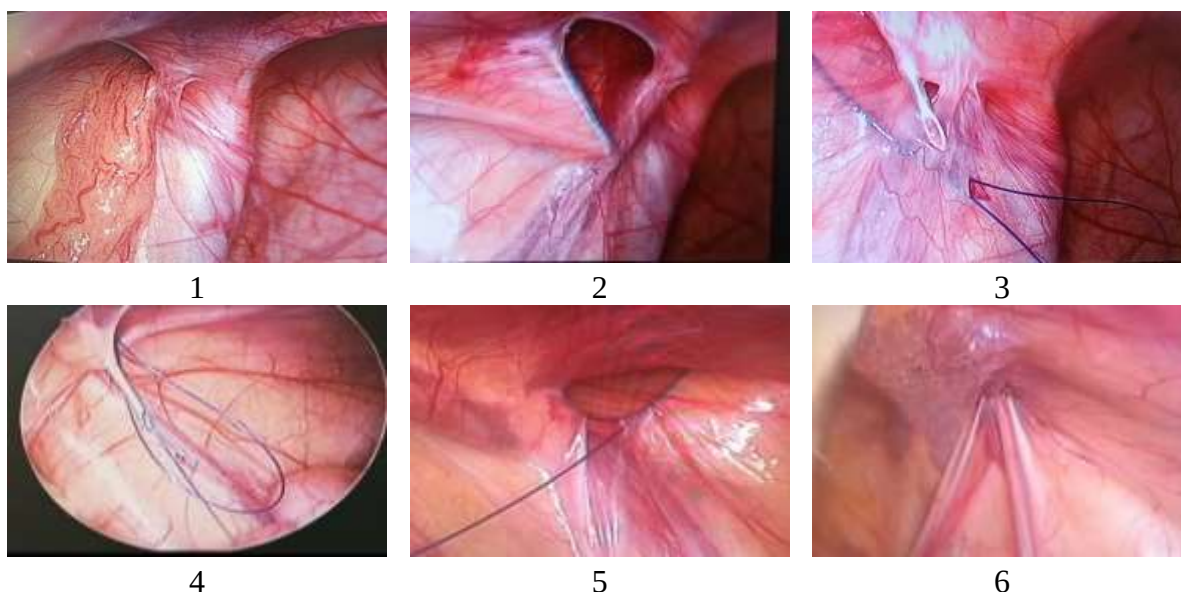
- Phẫu thuật viên đứng đối bên với bên tồn tại OPTM, camera được đặt ở vị trí đối diện.

- Tiến hành theo phương pháp Patkowski

+ Rạch cân rốn, đặt trocar 5 mm với optic 30° quan sát toàn bộ phúc mạc, đánh giá lỗ bẹn sâu 2 bên và các bất thường ổ

bụng (nếu có). Rạch da ngay tại vị trí lỗ bẹn sâu bên tồn tại OPTM, 1 kim chọc tủy sống 18 G (được bẻ cong tại đầu kim và chuẩn bị chỉ prolene 2.0 trong lòng kim) được đâm tại vị trí 12h của lỗ bẹn sâu OPTM, đi kim dưới phúc mạc thành không làm tổn thương ống dẫn tinh và bó mạch tinh (hình 1.2). Cuối

cùng ra kim tại vị trí 5h, 7 h, đẩy đầu chỉ vào phúc mạc để tạo thành thông lộng (hình 1.3). Làm tương tự như trên với cạnh còn lại của lỗ bẹn sâu, đẩy đầu chỉ đơn vào thông lộng (hình 1.4). Dùng thông lộng kéo đầu chỉ đơn ra ngoài và thắt đóng OPTM tại lỗ bẹn sâu. (hình 1.5 và 1.6)



Hình 1: Quy trình thắt OPTM tại lỗ bẹn sâu qua da có nội soi ổ bụng hỗ trợ

Đánh giá kết quả:

- Thời gian phẫu thuật: từ lúc rạch da đến khi khâu xong vết mổ.

- Đánh giá khả năng hồi phục theo Nguyễn Đình Liên⁵.

- Đánh giá kết quả sau phẫu thuật theo Nguyễn Ngọc Hà⁶.

*** Kết quả sớm**

+ Tốt: không có tai biến và biến chứng trong phẫu thuật. Trong thời gian hậu phẫu có sung bùi nhẹ, không cần điều trị kháng viêm. Đau vết mổ nhẹ, không cần dùng thuốc giảm đau dạng tiêm sau 24 giờ.

+ Khá: sung bùi và tinh hoàn đòi hỏi phải sử dụng kháng viêm, đau vết mổ phải dùng

giảm đau dạng tiêm sau 2 – 3 ngày.

+ Trung bình: tụ máu vùng bẹn, bùi nhưng chưa đến mức phải mổ lại.

+ Kém: tụ máu lớn vùng bùi do chảy máu phải mổ lại để cầm máu, có nhiễm trùng vết mổ, vết mổ có nhiều mủ toác rộng.

*** Kết quả sau phẫu thuật 1 – 3 tháng**

+ Tốt: không biến chứng, không tái phát.

+ Khá: không có tái phát nhưng kèm đau, tê vùng bẹn bùi, sa tinh hoàn, tràn dịch màng tinh hoàn, sẹo mổ co rúm, biến dạng.

+ Trung bình: không tái phát nhưng có nhiễm trùng vết mổ kéo dài.

+ Kém: teo tinh hoàn, tinh hoàn không xuống bìu, tái phát thoát vị bẹn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1: Đặc điểm chung và cận lâm sàng**

Đặc điểm	N	%	Trung bình
Tuổi	42		3.2 ± 1.7
Giới tính			
Nam	41	97.6%	
Nữ	1	2.4%	
Lý do đến khám			
Khối phòng bên, bùi	38	90.5%	
Sưng đau bên, bùi	4	9.5%	
Vị trí tồn tại OPTM trên siêu âm			
Bên trái	19	45.2%	
Bên phải	21	50%	
Cả 2 bên	2	4.8%	

Nhận xét: Có 42 trẻ được phẫu thuật thắt OPTM qua da có nội soi ổ bụng hỗ trợ với độ tuổi trung bình là 3.2 ± 1.7 tuổi, độ tuổi ≤ 2 tuổi chiếm 45,2%. Bệnh nhi nam là chủ yếu chiếm 97.6%. Lý do đến khám chủ yếu là phát hiện khối phòng vùng bên, bùi. Tỷ lệ còn OPTM ở bên phải và bên trái là gần tương đương nhau (50% và 45.2%), có 4.8% trẻ bị ở cả 2 bên.

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	N	%	Trung bình
Vị trí tồn tại OPTM trên nội soi			
Bên trái	16	38.1%	
Bên phải	20	47.6%	
Cả 2 bên	6	14.3%	
Thời gian phẫu thuật (phút)			
Một bên			25.3 ± 7.0
Hai bên			38.7 ± 6.3
Chung			27.2 ± 8.3
Thời gian hồi phục sau phẫu thuật (giờ)			
Ngồi dậy vận động tại giường			6.8 ± 1.9
Đi lại được			11.2 ± 2.2
Kết quả sớm sau phẫu thuật			
Tốt	41	97.6%	
Trung bình	1	2.4%	
Kết quả sau phẫu thuật 1 tháng			
Tốt	40	95.2%	
Khá	1	2.4%	
Kém	1	2.4%	

Nhận xét: Có 4 trường hợp (9.52%) phát hiện thêm tồn tại OPTM bên đối diện so với chẩn đoán trước phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 27.2 ± 8.3 phút, trong đó thời gian phẫu thuật 1 bên là 25.3 ± 7.0 phút và thời gian phẫu thuật 2 bên là 38.7 ± 6.3 phút. Sau phẫu thuật, trẻ ngồi dậy vận động tại giường sau 6.8 ± 1.9 giờ, có thể đi lại chậm rãi sau 11.2 ± 2.2 giờ. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật và 1 tháng sau phẫu thuật kết quả tốt đạt 97.6% và 95.2%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh lý do tồn tại OPTM là bệnh lý thường gặp ở trẻ em với tỷ lệ gặp từ 0.8-4.4%. Ở trẻ sinh non, tần suất lên đến 30% tùy theo tuổi thai. Bé trai có thoát vị bẹn gặp 6 lần bé gái (3/1-10/1), bên phải nhiều hơn bên trái. Ở bé trai, 60% bên phải, 30% bên trái, 10% có 2 bên. Tỷ lệ này ở nữ cũng tương tự⁷. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình 3.2 ± 1.7 tuổi tương đối lớn tuổi hơn so với nghiên cứu của Baradaran và cộng sự thực hiện 3/2017 độ tuổi trung bình là 24 tháng ($n = 142$)⁸ và nhỏ tuổi hơn so với nghiên cứu của Kazi Md Noor-ul Ferdous và cộng sự thực hiện năm 2018 với độ tuổi trung bình 48.2 tháng (từ 1 năm 3 tháng – 7 năm 8 tháng)⁹. Khác biệt này do khả năng tiếp cận với thông tin y học ở các địa phương khác nhau đồng thời do khả năng gây mê trẻ em ở từng bệnh viện.

Tỷ lệ tồn tại OPTM bên trái là 45.2% và bên phải là 50%. Tuy nhiên trong các y văn phần lớn bên phải nhiều hơn bên trái gấp 2-3 lần^{5,10}. Nguyên nhân có thể do cỡ mẫu không đủ lớn để đạt được sự tương quan với các nguyên cứu đã thực hiện. Bệnh lý xuất hiện ở bên phải nhiều hơn bên trái, điều này có lẽ liên quan đến sự di chuyển của tinh hoàn xuống ổ bụng và sự xơ hóa của OPTM

diễn ra ở bên trái sớm hơn bên phải.

Một trong những ưu điểm của phẫu thuật nội soi là cho phép phát hiện được sự tồn tại của OPTM bên đối diện, đồng thời có thể tiến hành trong cùng một thì đóng lại OPTM bên đối diện. Qua nội soi ổ bụng chẩn đoán, chúng tôi phát hiện 4 trường hợp (chiếm 9.52%) tồn tại OPTM đối diện và được xử lý trong cùng một thì mổ, giúp bệnh nhân tránh được một cuộc mổ trong tương lai. Tỷ lệ này thấp hơn 1 chút so với các nghiên cứu lâm sàng, có tới 20-40% trẻ tồn tại ống phúc tinh mạc mà không có triệu chứng lâm sàng^{10,11}. Qua đó chứng minh lợi ích của PIRS so với phẫu thuật mở cổ điển.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là 27.2 ± 8.3 (thời gian phẫu thuật trung bình 1 bên là 25.3 ± 7.0 và hai bên là 38.7 ± 6.3), có tương đồng với nghiên cứu của WoLak (2022) thời cho 1 bên trung bình là 26.6 phút và 2 bên là 32.7 phút ($n = 276$)¹², chậm hơn so với Yusuf A Kara (2021) là 23,3 phút khi thắt 1 bên và 2 bên là 28 phút¹³. Nhìn chung qua các nghiên cứu thời gian phẫu thuật PIRS tương đối nhanh so với mổ mở và đặc biệt nhanh trong trường hợp tồn tại OPTM hai bên¹³.

Thời gian ngồi dậy, vận động tại giường của trẻ sau phẫu thuật trong nghiên cứu là 6.8 ± 1.9 giờ, thời gian để trẻ có thể đi lại nhẹ nhàng tại phòng là 11.2 ± 2.2 giờ. Kết quả sớm sau phẫu thuật rất khả quan với 41/42 trẻ cho kết quả tốt, chỉ có 1 trẻ có tụ máu lớn vùng bìu và đã được tiểu phẫu nặn máu tụ vùng bìu mà không cần phải mổ lại. Tái khám sau 1 tháng chỉ có 1 trường hợp tái phát chiếm tỉ lệ 2.4%, 1 trường hợp có ứ dịch trong ống bẹn. So sánh với nghiên cứu Kazi Md Noor-ul Ferdous 2018, tỷ lệ tái phát của phẫu thuật nội soi là từ 0.7 % đến 4.5%, đối với mổ hở tỷ lệ tái phát chỉ 0.8% đến 3.8%⁹.

Cho thấy tỉ lệ tái phát của PIRS khá thấp chỉ cao hơn một ít so với phẫu thuật mở.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả ban đầu, chúng tôi thấy phương pháp có nhiều ưu điểm: an toàn, hiệu quả, bảo tồn được sự nguyên vẹn ống bẹn, giảm đau sau phẫu thuật cho bệnh nhân, tính thẩm mỹ cao. Nội soi ổ bụng cho phép phát hiện, xử trí tổn tại OPTM đối bên, bệnh lý bẩm sinh ổ bụng mà trước mổ chưa chẩn đoán được, tránh cuộc mổ thứ hai trong tương lai. Cần có thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn trong tương lai để đánh giá khoa học đầy đủ về kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolak PK, Strzelecka A, Piotrowska - Gall A, et al.** Percutaneous Internal Ring Suturing (PIRS) – The Benefits of Laparoscopic Inguinal Hernia Repair. *Ther Clin Risk Manag.* 2022;Volume 18(January):135-144. doi:10.2147/tcrm.s348197.
2. **Endo M.** Chapter 16 Surgical Repair of Pediatric Indirect Inguinal Hernia: Great Waves of Change from Open to Laparoscopic Approach. 2018;4:2-33.
3. **Choi BS, Byun GY, Hwang SB, Koo BH, Lee SR.** A comparison between totally laparoscopic hydrocelectomy and scrotal incision hydrocelectomy with laparoscopic high ligation for pediatric cord hydrocele. *Surg Endosc.* 2017;31(12):5159-5165. doi:10.1007/s00464-017-5582-1.
4. **Shehata MA.** Laparoscopic assisted percutaneous internal ring suturing for inguinal hernia repair in pediatrics. *J Pediatr Endosc Surg.* 2020;2(3):145-152. doi:10.1007/s42804-020-00067-5.
5. **Liên, Nguyễn Đình** (2021), Nghiên cứu phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị một số bệnh do còn ống phúc tinh mạc ở trẻ em, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Ngọc Hà.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh thoát vị bẹn trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. Luận án Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội; 2006
7. **Tuấn HM.** Phác Đồ Điều Trị Ngoại Nhi. Vol 2013. Nhà xuất bản Y học; 2013.
8. **Baradaran N, Wood CM, McCoy OO, Prasad MM, Stec AA.** Laparoscopic intra-abdominal patent processus vaginalis ligation in pediatric urology practice. *J Pediatr Urol.* 2017;13(5):512.e1-512.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2017.03.026.
9. **Noor-ul Ferdous KM.** Laparoscopic needle assisted extracorporeal repair of inguinal hernia in children: our experience. *J Pediatr Neonatal Care.* 2018;8(2):90-92. doi:10.15406/jpnc.2018.08.00316.
10. **Fourie N, Banieghbal B.** Pediatric hydrocele: a comprehensive review. *Clin Surg.* 2017;2:1448.
11. **Becmeur F, Philippe P, Lemandat-Schultz A, et al.** A continuous series of 96 laparoscopic inguinal hernia repairs in children by a new technique. *Surg Endosc Other Interv Tech.* 2004;18(12):1738-1741. doi:10.1007/s00464-004-9008-5.
12. **Wolak, P. K., et al.** (2022), "Percutaneous Internal Ring Suturing (PIRS) - The Benefits of Laparoscopic Inguinal Hernia Repair", *Ther Clin Risk Manag.* 18, pp. 135-144.
13. **Yusuf A Kara, et al.** Comparison of Open Repair and Laparoscopic Percutaneous Internal Ring Suturing Method in Repairing Inguinal Hernia in Children. *Cureus.* 2021 Apr 2;13(4):e14262.doi: 10.7759/cureus.14262.

PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT NGUY CƠ CAO

Phạm Đức Minh^{1,2}, Thái Kinh Luân^{1,2}, Trần Trọng Trí¹,
Quách Đô La¹, Nguyễn Thành Tuân^{1,2}, Trần Anh Vũ¹,
Lê Nho Tình¹, Đinh Lê Quý Văn¹, Dương Nguyên Xương¹,
Trương Hồ Trọng Tấn¹, Lê Hữu Thuận¹, Hoàng Phong¹,
Nguyễn Hoàng Tường¹, Ngô Xuân Thái^{1,2},
Châu Quý Thuận¹, Thái Minh Sâm^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả ngắn hạn và dài hạn của phương pháp cắt tuyến tiền liệt tận gốc trên những bệnh nhân ung thư giai đoạn cao và rất cao.

Đối tượng và phương pháp: những trường hợp ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao và rất cao được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2011 đến 12/2022. Ung thư TTL nguy cơ cao được thỏa một trong những tiêu chuẩn sau: PSA > 20 ng/ml, giai đoạn T3a – T4, Gleason score theo ISUP 4 – 5. Các biến số dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật, biến chứng được ghi nhận. Đánh giá thời gian sống còn chung, sống còn không tiến triển, sống còn không tái phát sinh hóa dựa trên phân tích Kaplan-Meier.

Kết quả: Tất cả có 66 trường hợp ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ được phẫu thuật cắt tuyến

tiền liệt tận gốc. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: phẫu thuật Robot (51,5%), phẫu thuật nội soi (28,8%) và phẫu thuật mở (19,7%). Tuổi trung bình: $66,4 \pm 6,6$ (53-82), PSA trung bình $41,4 \pm 29,4$ (6,3-143) ng/ml và thể tích TTL trung bình $40,0 \pm 20,2$ (14-116) ml. Thời gian phẫu thuật trung bình 389 ± 100 phút (200-630), máu mất 425 ± 472 (50-3000) ml. Một trường hợp tổn thương trực tràng (1,5%). Tỷ lệ tăng giai đoạn và tăng điểm số Gleason sau phẫu thuật là 37,9% và 28,8%. Tỷ lệ biến phẫu thuật dương tính 22,7%, PSA tăng dai dẳng là 17,2% (11/64), tái phát sinh hóa là 18,9% (10/53). Thời gian theo dõi trung bình 43 (1 - 144) tháng. Sống còn không tái phát sinh hóa, không di căn và sống còn chung tại thời điểm 5 năm là 75%, 83% và 89%, tại thời điểm 10 năm là 75%, 83% và 80%.

Kết luận: Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc trên đối tượng ung thư TTL nguy cơ cao vẫn mang lại kết quả phẫu thuật và kết cục về mặt ung thư học khá tốt. Những biến cố bất lợi lâu dài về mặt diễn tiến bệnh cho thấy điều trị đa mô thức là cách tiếp cận thiết yếu mà trong đó phẫu thuật là bước điều trị ban đầu rất có giá trị.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc, ung thư tuyến tiền liệt, nguy cơ cao, nguy cơ rất cao.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh

²Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Minh

ĐT: 0937392789

Email: phamducminh159@gmail.com

Ngày nhận bài 31/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 10/6/2023

SUMMARY**RADICAL PROSTATECTOMY IN HIGH-RISK PROSTATE CANCER: SHORT-TERM AND LONG-TERM OUTCOMES**

Objectives: We report the short-term and long-term outcomes of radical prostatectomy in patients with high-risk prostate cancer.

Methods: Patients with high-risk prostate cancer underwent radical prostatectomy at Cho Ray hospital between 2011 and 2022. High-risk prostate cancer is defined as patients with PSA > 20 ng/ml or cT3-4 or Gleason score ISUP group 4 – 5. Demographic, clinical, sub-clinical parameters, and results of surgery were recorded. Kaplan-Meier survival analysis was used to calculate Biochemical progression-free survival (BPFS), Metastasis-free survival (MFS) and Overall survival (OS) rate.

Results: A total of 66 patients with high-risk PCa were performed radical prostatectomy including robotic (51.5%), laparoscopic (28.8%) and open (19.7%) procedures. Mean age was 66.4 ± 6.6 (53-82) years, mean PSA was 41.4 ± 29.4 (6.3-143) ng/ml and mean prostate volume was 40.0 ± 20.2 (14-116) ml. Mean operative time was 389 ± 100 (200-630) minutes and estimated blood loss was 425 ± 472 (50-3000) ml. Only one case had rectal injury which is healed by simple sutures intraoperatively. The upstaging and upgrading rate after surgery was 37.9% and 28.8%. Positive surgical margin, PSA persistence and biochemical recurrence rate was 22.7%, 17.2% (11/64) and 18.9% (10/53), respectively. Mean follow-up time was 43 (1 - 144) months. The BPFS, MFS and OS at 5 years was 75%, 83% and 89%; at 10 years was 75%, 83% and 80%.

Conclusion: Radical prostatectomy, which brings beneficial outcomes and safety, has remained a valuable first step in multimodality treatment in patients with high-risk prostate cancer. High upstaging and upgrading rate after surgery were the meaningful evidence supporting to surgical therapeutic as the first choice.

Keywords: Robotic surgery, radical prostatectomy prostate cancer, high-risk, very high-risk.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) hiện nay vẫn là một trong những loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới và là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới¹. Trong đó, ung thư giai đoạn tiến triển xa và di căn tại thời điểm mới chẩn đoán chiếm tỉ lệ đáng kể và ngày càng tăng². Nghiên cứu tại một số trung tâm tiết niệu lớn tại Việt Nam cho thấy tỉ lệ này khoảng 70 – 80%³. Đối với những trường hợp khu trú thì nhóm nguy cơ cao tiến triển hoặc tái phát cũng chiếm khoảng 20 – 30%⁴. Hiện nay, phẫu thuật (PT) hoặc xạ trị (XT) phối hợp với nội tiết tố (ADT) vẫn là điều trị tiêu chuẩn với nhóm ung thư giai đoạn khu trú. Tuy nhiên, tới thời điểm hiện tại vẫn chưa có một nghiên cứu lớn nào so sánh 2 liệu pháp này với nhau. Trước đây, xạ trị ngoài kết hợp ADT thường là lựa chọn ưu tiên với những trường hợp nguy cơ cao và rất cao nhưng những bằng chứng gần đây cho thấy phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc có thể mang lại lợi ích sống còn cao hơn XT kết hợp ADT^{5,6}. Thực tế, chúng ta phải cá thể hóa điều trị để lựa chọn liệu pháp tối ưu đối với từng người bệnh cụ thể. Nhìn chung, PT

cắt TTL tận gốc vẫn là một trong những lựa chọn hàng đầu cho UTTTL giai đoạn khu trú và cũng có thể là phương pháp điều trị chính trong liệu pháp đa mô thức trong UTTTL giai đoạn tiến triển tại chỗ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu để đánh giá kết quả ngắn hạn và dài hạn của PT cắt TTL tận gốc đối với những trường hợp UTTTL nguy cơ cao tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp.

Tất cả những trường hợp ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2011 đến 12/2022. Ung thư TTL nguy cơ cao theo tiêu chuẩn của hướng dẫn NCCN 2022, bao gồm một trong những tiêu chuẩn trước phẫu thuật như sau: PSA > 20 ng/ml, giai đoạn T3a – T4, Gleason score theo ISUP 4 – 5. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi truyền thống qua phúc mạc và ngoài phúc mạc, phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot. Các biến số dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng, kết

quả phẫu thuật và biến chứng phẫu thuật được ghi nhận. lại. Đánh giá giai đoạn TNM dựa trên các xét nghiệm hình ảnh học thường quy: CT-scan, MRI và xạ hình xương theo bảng phân loại UICC phiên bản thứ 8 năm 2017. Phân loại Gleason score theo ISUP 2014.

Theo dõi điều trị, tái khám theo quy trình bệnh viện Chợ Rẫy, hướng dẫn điều trị của Bộ y tế Việt Nam và hướng dẫn điều trị của Hội tiết niệu Châu Âu và NCCN. Đánh giá thời gian sống còn chung, sống còn không di căn, sống còn không tái phát sinh hóa dựa trên phân tích Kaplan-Meier. Thời gian sống còn chung được định nghĩa là khoảng thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi tử vong vì bất kỳ lý do gì. Thời gian sống còn không di căn được định nghĩa là khoảng thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi xuất hiện di căn xa. Thời gian sống còn không tái phát sinh hóa được định nghĩa là khoảng thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi tái phát sinh hóa. Tái phát sinh hóa được xác định khi PSA tăng trở lại > 0,2 ng/ml sau mổ. PSA dai dẳng được xác định khi PSA > 0,1 ng/ml tại thời điểm 8 tuần sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 66 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt đạt tiêu chuẩn nguy cơ cao được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật (N=66)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm)	66,4 ± 6,6 (53-82)
BMI (kg/m ²)	23,16 ± 2,77 (18-32)
Thể tích tuyến tiền liệt	40,0 ± 20,2 (14-116)
PSA (ng/ml)	41,4 ± 29,4 (6,3-143)

Phân nhóm ISUP trước phẫu thuật (n, %)	
ISUP 1 (GS 2-6)	10 (15,2)
ISUP 2 (GS 3+4)	9 (13,6)
ISUP 3 (GS 4+3)	10 (15,2)
ISUP 4 (GS 8)	16 (24,2)
ISUP 5 (GS 9-10)	21 (31,8)
Phân loại giai đoạn trước phẫu thuật (n, %)	
cT1	3 (4,5)
cT2a	7 (10,6)
cT2b	16 (24,2)
cT2c	17 (25,8)
cT3a	10 (15,1)
cT3b	13 (19,7)
cN1	3 (4,5)

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt với 3 phương pháp: phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot, phẫu thuật nội soi truyền thống ngoài phúc mạc và qua phúc mạc, và phẫu thuật mở. Kết quả phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2. Biến chứng trong mổ ghi nhận 1 trường hợp tổn thương

trực tràng, được xử trí khâu trực tràng ngay trong mổ. Sau phẫu thuật, hai trường hợp rò bạch huyết, được điều trị bảo tồn. Không có trường hợp nào bị biến chứng nặng trong vòng 3 tháng sau mổ. Bệnh nhân được rút thông niệu đạo sau 1-2 tuần.

Bảng 2. Kết quả sớm phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc (N=66)

Phương pháp phẫu thuật (n,%)	
Phẫu thuật Robot	34 (51,5)
Phẫu thuật nội soi	19 (28,8)
Phẫu thuật mở	13 (19,7)
Thời gian phẫu thuật (phút)	389 ± 100 (200-630)
Lượng máu mất (ml)	425 ± 472 (50-3000)
Tỉ lệ truyền máu trong phẫu thuật	28 (42,4)
Tổn thương trực tràng	1 (1,5)
Thời gian rút dẫn lưu	5,1 ± 2,1 (2-10)
Chuyển mổ mở	5 (26,3)
Clavien-Dindo	
Độ I-II	2 (3,0)
Độ III-V	0

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật ghi nhận 25 TH (37,9%) tăng giai đoạn ung thư và 19 TH (28,8%) tăng độ ác tính so với trước phẫu thuật. Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật (N=66)

Thay đổi giải phẫu bệnh sau phẫu thuật	
Tăng giai đoạn (n, %)	25 (37,9)
Tăng độ ác tính (n, %)	19 (28,8)
Phân loại ISUP sau phẫu thuật (n, %)	
ISUP 1 (GS 2-6)	6 (9,1)
ISUP 2 (GS 3+4)	16 (24,2)
ISUP 3 (GS 4+3)	15 (22,7)
ISUP 4 (GS 8)	9 (13,6)
ISUP 5 (GS 9-10)	20 (30,3)
Phân loại giai đoạn sau phẫu thuật (T, N)	
pT1	1 (1,5)
pT2a	8 (12,1)
pT2b	11 (16,7)
pT2c	11 (16,7)
pT3a	11 (16,7)
pT3b	22 (33,3)
pT4	2 (3,0)
pN1	8 (12,1)

Thời gian theo dõi trung bình $43,1 \pm 35,5$ (1 – 144,6) tháng. Hai trường hợp không ghi nhận được các chỉ số sinh hóa sau mổ. Hai trường hợp bị hẹp miệng nổi bàng quang - niệu đạo sau mổ, trong đó 1 TH hẹp sau mổ 1 tháng, được nội soi cắt đốt xẻ vị trí hẹp, 1 TH hẹp nhẹ sau 14 tháng và được nong niệu đạo bằng Benique. Tỷ lệ kiểm soát nước tiểu sau mổ là 65,6%. Trong 64 TH theo dõi, có 11/64 TH (17,2%) PSA tăng dai dẳng. Tỷ lệ tái phát sinh hóa là 18,9% với thời gian tái phát sinh hóa trung bình là 14,4 tháng. Di căn xa sau mổ chiếm tỷ lệ 10,6% và thời gian diễn tiến tới di căn trung bình là 24,1 tháng. Phân tích đường cong Kaplan-Meier cho thấy ước lượng sống còn không tái phát sinh

hóa, sống còn không di căn và sống còn chung tại thời điểm 5 năm là 75%, 83% và 89%, tại thời điểm 10 năm là 75%, 83% và 80%. Các phân tích dưới nhóm chưa đủ ý nghĩa thống kê để kết luận sự khác biệt.

Trong 11 TH PSA tăng dai dẳng, 7 TH được điều trị với ADT sau phẫu thuật, 1 TH được điều trị ADT phối hợp xạ trị ngoài. Trong quá trình theo dõi, 3/7 TH điều trị hỗ trợ với ADT đơn thuần tiến triển di căn xa và tử vong sau 31-34 tháng.

Trong 10 TH tái phát sinh hóa, 6 TH được điều trị hỗ trợ với ADT, 1 TH điều trị ADT và xạ trị ngoài. Một TH di căn xương sau 48 tháng theo dõi, được hóa trị với Docetaxel và tử vong sau 72 tháng.

Bảng 4. Kết quả xa phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc (N=64)

Hẹp niệu đạo	2 (3,1)
Tiêu kiểm soát (n,%)	42/64 (65,6)
PSA tăng dai dẳng	11/64 (17,2)
Biên phẫu thuật dương tính	15 (22,7)
Tái phát sinh hóa	10/53 (18,9)
Thời gian tái phát sinh hóa (tháng)	14,4 ± 12,2
Di căn (n,%)	7 (10,6)
Thời gian di căn (tháng)	24,1 ± 14,9
Ước lượng sống 5 năm (%)	89%
Ước lượng sống 10 năm (%)	80%

IV. BÀN LUẬN

Ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao là những trường hợp có nguy cơ tái phát sinh hóa, nguy cơ di căn và nguy cơ tử vong cao hơn so với những trường hợp khác. Những phương pháp điều trị vẫn đang được phát triển và hướng tới cách tiếp cận đa mô thức đối với những nhóm bệnh nhân này, đặc biệt là khi có tình trạng tiến triển tại chỗ⁷. Trước đây, phẫu thuật cắt TTL tận gốc không được khuyến khích ở tình huống này bởi những lo ngại như biên phẫu thuật dương tính, kiểm soát ung thư không triệt để và biến chứng của phẫu thuật⁸. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy những kết quả rất tốt về mặt sống còn lâu dài trên nhóm bệnh nhân UT TTL tiến triển tại chỗ với tỉ lệ sống còn không ung thư sau 10 năm là 83-85%, sau 15 năm là 76%^{6,9}, và vượt trội hơn so với nhóm bệnh nhân được xạ trị^{5,10}. Ngoài ra, cắt TTL tận gốc giúp kiểm soát ung thư tại chỗ không những mang lại lợi ích cho những điều trị hỗ trợ sau này như ADT hay xạ trị nhắm vào vùng tái phát tại chỗ, tại vùng hoặc di căn vi

thể mà còn ngăn chặn những biến chứng lâm sàng do ung thư tại chỗ gây ra như tiểu máu hay tắc nghẽn đường tiết niệu dưới^{5,11}.

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn và lượng máu mất cao hơn so với các nghiên cứu khác. Sự khác biệt này có thể do có sự khác nhau về giai đoạn ung thư trong mẫu nghiên cứu, đây là một trong những yếu tố ảnh hưởng nhiều đến kỹ thuật, biến chứng và tiên lượng của bệnh nhân. Thật vậy, tỉ lệ ung thư giai đoạn >pT3 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm hơn 50%. Ngoài ra, với số lượng bệnh nhân không phải quá nhiều nên kinh nghiệm phẫu thuật và trang thiết bị còn hạn chế so với các trung tâm lớn chuyên về ung thư TTL trên thế giới.

Tỉ lệ biên phẫu thuật dương tính chiếm 22,7% trong nghiên cứu của chúng tôi, thấp hơn so với các nghiên cứu khác, dao động từ 35 – 63%^{8,12}. Tỉ lệ PSA tăng dai dẳng sau phẫu thuật và tái phát sinh hóa là 17,2% và 18,9%, không cao hơn so với ung thư TTL giai đoạn khu trú nói chung¹³. Mặc dù một số

nghiên cứu trước đây cho thấy biên phẫu thuật dương tính làm tăng nguy cơ ung thư tái phát và tiên lượng xấu đối với bệnh nhân ung thư TTL nhưng không phải tất cả trường hợp biên phẫu thuật dương tính là chắc chắn tái phát. Nghiên cứu của Xiang và cộng sự cho thấy tỉ lệ sống còn không tái phát sinh hóa sau 5 năm là 50% đối với những trường hợp PSA từ 0,1 – 0,2 ng/ml¹⁴. Vì thế, điều trị hỗ trợ đa mô thức đối với những trường hợp này được đưa ra, tuy nhiên mức độ bằng chứng thì chưa cao¹⁵.

Thời gian sống còn chung sau 5 năm là 89% và 10 năm là 80%. Sống còn không di căn sau 5 năm là 83% và sống còn không tái phát sinh hóa sau 5 năm là 75%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây, cho thấy tỉ lệ tử vong do ung thư sau 5, 10 năm là khoảng 6% và 15%⁹. Tuy nhiên, những nghiên cứu gần đây cho thấy hướng tiếp cận đa mô thức hỗ trợ sau khi phẫu thuật với nhóm nguy cơ cao giúp cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân. Chierigo và cộng sự ghi nhận tỉ lệ tử vong do ung thư sau phẫu thuật tại thời điểm 5 năm là từ 2,5-3,5%¹⁰. Chen và cộng sự cho thấy nhóm bệnh nhân nguy cơ cao được điều trị đa mô thức hỗ trợ có tiên lượng sống không khác biệt với nhóm nguy cơ thấp được phẫu thuật cắt TTL tận gốc¹².

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc đối với bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao, đặc biệt là đã tiến triển tại chỗ vẫn mang lại những lợi ích đáng kể với tính an toàn

cao, tỉ lệ biến chứng thấp và khả năng kiểm soát nước tiểu tương đối cao. Hiệu quả về mặt ung thư học rất khả quan góp phần khẳng định đây là một phương pháp nền tảng trong phương thức tiếp cận đa mô thức để điều trị ung thư tuyến tiền liệt nguy cơ cao và tiến triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*. Nov 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. **Weiner AB, Matulewicz RS, Eggener SE, Schaeffer EM.** Increasing incidence of metastatic prostate cancer in the United States (2004–2013). *Prostate Cancer and Prostatic Diseases*. 2016/12/01 2016;19(4):395-397. doi:10.1038/pcan.2016.30
3. **Ngô Xuân Thái, Nguyễn Ngọc Hà, Châu Quý Thuận, Sâm TM.** Đặc điểm ung thư tuyến tiền liệt điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2016;Phụ bản tập 20(4):22-27.
4. **Punnen S, Cooperberg MR.** The epidemiology of high-risk prostate cancer. *Current opinion in urology*. Jul 2013;23(4):331-6. doi:10.1097/MOU.0b013e328361d48e
5. **Wang Z, Ni Y, Chen J, et al.** The efficacy and safety of radical prostatectomy and radiotherapy in high-risk prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. *World Journal of Surgical Oncology*. 2020/02/24

- 2020;18(1):42. doi:10.1186/s12957-020-01824-9
6. **Wang Y, Song P, Wang J, Shu M, Wang Q, Li Q.** Superior survival benefits of Radical Prostatectomy than External Beam Radiotherapy in aging 75 and older men with high-risk or very high-risk Prostate Cancer: a population-matched study. *J Cancer*. 2020;11(18):5371-5378. doi:10.7150/jca.46069
 7. **McKay RR, Feng FY, Wang AY, Wallis CJD, Moses KA.** Recent Advances in the Management of High-Risk Localized Prostate Cancer: Local Therapy, Systemic Therapy, and Biomarkers to Guide Treatment Decisions. 2020;(40):e241-e252. doi:10.1200/edbk_279459
 8. **Morlacco A, Karnes RJ.** High-risk prostate cancer: the role of surgical management. *Critical reviews in oncology/hematology*. Jun 2016;102:135-43. doi:10.1016/j.critrevonc.2016.04.011
 9. **Carver BS, Bianco FJ, Jr., Scardino PT, Eastham JA.** Long-term outcome following radical prostatectomy in men with clinical stage T3 prostate cancer. *The Journal of urology*. Aug 2006; 176(2):564-8. doi:10.1016/j.juro.2006.03.093
 10. **Chierigo F, Wenzel M, Würnschimmel C, et al.** Survival after Radical Prostatectomy versus Radiation Therapy in High-Risk and Very High-Risk Prostate Cancer. 2022;207(2):375-384. doi:doi:10.1097/JU.0000000000002250
 11. **Karnes RJ, Hatano T, Blute ML, Myers RP.** Radical prostatectomy for high-risk prostate cancer. *Japanese journal of clinical oncology*. Jan 2010; 40(1):3-9. doi:10.1093/jjco/hyp130
 12. **Chen W-H, Lee YK, Kuo H-C, Wang J-H, Jiang Y-H.** Oncological and functional outcomes of high-risk and very high-risk prostate cancer patients after robot-assisted radical prostatectomy. *PLOS ONE*. 2023;18(3):e0282494. doi:10.1371/journal.pone.0282494
 13. **Ploussard G, Fossati N, Wiegel T, et al.** Management of Persistently Elevated Prostate-specific Antigen After Radical Prostatectomy: A Systematic Review of the Literature. *European urology oncology*. Apr 2021;4(2):150-169.doi: 10.1016/j.euo.2021.01.001
 14. **Xiang C, Liu X, Chen S, Wang P.** Prediction of Biochemical Recurrence Following Radiotherapy among Patients with Persistent PSA after Radical Prostatectomy: A Single-Center Experience. *Urologia internationalis*. 2018;101(1):47-55. doi:10.1159/000488536
 15. **European Association of Urology.** EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP - SIOG Guidelines on Prostate cancer. 2022:1-229.

NGHIÊN CỨU CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG CHẢY MÁU TRONG PHẪU THUẬT LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Nguyễn Xuân Mỹ¹, Nguyễn Nhật Minh¹, Lê Đình Đạm¹
Phạm Như Hiếu¹, Lê Đình Khánh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng chảy máu do phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân được điều trị sỏi thận bằng lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên 42 bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2022 tại khoa ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Bệnh nhân được nghiên cứu về các yếu tố liên quan với lượng máu mất trong phẫu thuật như tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý nền (tăng huyết áp, đái tháo đường...), tiền sử phẫu thuật trước đây, vị trí của sỏi trong thận, diện tích sỏi, số lượng sỏi, mức độ ứ nước, chỉ số Guy, vị trí chọc dò, số lần chọc dò, thời gian phẫu thuật, biến chứng, tỷ lệ sạch sỏi. **Kết quả:** Lượng máu mất trung bình $278,9 \pm 169,9$ ml, trung vị là 216ml. Lượng máu mất tính toán được ít nhất là 103ml và trường hợp mất nhiều nhất là 701ml. Nhóm A: Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật >216 ml, có 21 bệnh nhân. Nhóm B: Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật ≤ 216 ml, có 21 bệnh nhân.

Kết quả cho thấy có sự khác biệt về các giá trị giữa 2 nhóm A và B. Kết quả cho thấy tổng lượng máu mất có mối tương quan với các biến số: diện tích bề mặt sỏi ($p=0,001$), thời gian phẫu thuật ($p=0,008$), có hay không biến chứng sau mổ ($p=0,008$) và mức độ sạch sỏi ($p=0,023$). **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến mất máu là thời gian phẫu thuật, biến chứng trong mổ, tỷ lệ sạch sỏi là những yếu tố có thể cải thiện được.

SUMMARY

RESEARCH FOR PREDICTIVE FACTORS OF BLEEDING COMPLICATIONS IN MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN HUE UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the relationship between clinical and laboratory features and bleeding complications in a group of patients treated for kidney stones by mini percutaneous nephrolithotomy. **Methods:** A descriptive study was performed on 42 patients treated by mini percutaneous nephrolithotomy from March 2021 to March 2022 at Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital. Patients were studied for factors related to blood loss during surgery such as age, gender, body mass index (BMI), combined disease (hypertension, diabetes...), previous surgical history, location of stones in the kidney, stone area, number of stones, degree of hydronephrosis, Guy index, puncture location,

¹Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Khánh

ĐT: 0913453945

Email: ldkhanh@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 18/6/2023

number of punctures, surgery time, complications, stone clearance rate. **Results:** The mean blood loss was 278.9 ± 169.9 ml, the median was 216ml. The calculated blood loss is at least 103ml and the maximum loss is 701ml. Group A: Blood loss during surgery >216ml, there are 21 patients. Group B: Blood loss during surgery $\leq$ 216ml, there were 21 patients. The results of the table show that there is a difference in values between groups A and B. The results show that the total blood loss is correlated with the variables: stone surface area ($p = 0.001$), time of surgery ($p = 0.008$), complications after surgery ($p = 0.008$) and rate of stone clearance ($p = 0.023$). **Conclusion:** The factors related to blood loss are surgical time, intraoperative complications, stone clearance rate are factors that can be improved.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi hệ tiết niệu là một bệnh lý phổ biến trên thế giới, bệnh nhân bị sỏi thận chiếm khoảng 2-3% tổng số bệnh nhân nhập viện. Đặc biệt, Việt Nam là một nước nằm trong vành đai sỏi tiết niệu nên tỷ lệ sỏi tiết niệu tương đối cao [16]. Hiện nay việc điều trị sỏi thận ngoài phương pháp phẫu thuật mở kinh điển đã có nhiều phương pháp điều trị ít xâm nhập hơn ra đời đã đem lại lợi ích rất lớn trong điều trị sỏi tiết niệu. Hiện nay, chỉ 5% số bệnh nhân sỏi hệ tiết niệu phải mổ mở, còn lại 95% bệnh nhân được điều trị bằng các phương pháp ít xâm nhập với tỷ lệ thành công chung 90 – 98% [15]. Những năm gần đây, cùng với sự phát triển của trang thiết bị, sự hoàn thiện về kỹ thuật và cải tiến về phương pháp, phẫu thuật lấy sỏi qua da đã được thực hiện rất thường quy tại các bệnh viện của Việt Nam với hiệu quả cao. Phẫu thuật lấy sỏi thận qua da được xem là có nhiều ưu điểm như: ít xâm nhập, bệnh nhân ít

đau, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sức khỏe và trở lại làm việc nhanh đồng thời giảm thiểu sẹo mổ cho bệnh nhân, khắc phục tình trạng sót sỏi. Mặc dù có những ưu điểm so với các phương pháp điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu khác, lấy sỏi thận qua da cũng có nhiều biến chứng đáng lưu ý và nếu không xử trí kịp thời có thể xảy ra các tai biến và biến chứng nguy hiểm đặc biệt là chảy máu cả trong và sau phẫu thuật [3]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã báo cáo về phẫu thuật lấy sỏi qua da cũng như biến chứng chảy máu của phương pháp phẫu thuật này. Kervancioglu và cộng sự (2014) cho rằng chảy máu là một trong những biến chứng “phổ biến và quan trọng nhất” trong phẫu thuật PCNL[34]. Lee Jeong Kuk (2013) và Stoller (1994) nghiên cứu tỷ lệ biến chứng chảy máu trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da là tương đối cao và các yếu tố ảnh hưởng đến chảy máu trong phẫu thuật này như chỉ số BMI, kích thước, vị trí sỏi, thời gian phẫu thuật và mức độ ứ nước thận, số lần chọc dò đài thận, thủng bể thận [7],[13]. Dựa trên thực tế đó chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Nghiên cứu các yếu tố tiên lượng biến chứng chảy máu trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da”**. Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến chứng chảy máu do phẫu thuật trên nhóm bệnh nhân được điều trị sỏi thận bằng lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả được thực hiện từ tháng 3/2021 đến tháng 3/2022 tại khoa ngoại Tiết Niệu, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Đối tượng nghiên cứu là 42 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi thận và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật lấy

sỏi qua da.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không thể theo dõi được lượng máu mất sau mổ
- Phụ nữ mang thai.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được nghiên cứu về các yếu tố liên quan với lượng máu mất trong phẫu thuật như tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý nền (tăng huyết áp, đái tháo đường...), tiền sử phẫu thuật trước đây, vị trí của sỏi trong thận, diện tích sỏi, số lượng sỏi, mức độ ứ nước, chỉ số Guy, vị trí chọc dò, số lần chọc dò, thời gian phẫu thuật, biến chứng, tỷ lệ sạch sỏi. Chúng tôi chia các bệnh nhân trong nghiên cứu này ra làm 2 nhóm dựa trên mức độ mất máu trong phẫu thuật với trung vị là giá trị 216ml: nhóm mất máu nhiều (V máu mất > 216ml) và nhóm

mất máu ít (V máu mất ≤ 216ml). Sử dụng phương pháp thống kê so sánh các đặc điểm kê trên của 2 nhóm bệnh nhân này. Nếu giá trị p của phương pháp thống kê < 0,05 tức là có mối liên quan giữa mức độ mất máu và yếu tố đang được nghiên cứu.

Tính lượng máu đã mất theo công thức máu theo tác giả Syahputra (2016) [14]:

$$BL = EBV \times \frac{Hi - Hf}{Hi + Hf} \times 2$$

BL: lượng máu mất

Hi: hematocrit ban đầu (trước phẫu thuật 24 giờ)

Hf: hematocrit sau (sau phẫu thuật 72 giờ)

EBV: thể tích máu ước tính = trọng lượng*thể tích máu theo tuổi giới

Tính thể tích máu trung bình theo giới:

Đàn ông trưởng thành: 70-75 mL / kg.

Phụ nữ trưởng thành: 65-70 mL / kg.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nam chiếm tỷ lệ 57.1% (24 bệnh nhân), nữ chiếm tỷ lệ 42.9% (18 bệnh nhân)

Tuổi trung bình 48,9 ± 11,2 tuổi lớn nhất 68, nhỏ nhất 17 tuổi.

Bảng 3.1. Tiền sử điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu

Phương pháp	n	Tỷ lệ (%)
ESWL	3	7,1
PCNL	2	4,8
RIRS	6	14,2
Mổ mở	10	23,8
Không	21	50
Tổng	42	100

Bảng 3.2. Chỉ số BMI của bệnh nhân

BMI	n	Tỷ lệ (%)
< 18,5	7	16,7
18,5-24,9	31	73,8
≥ 25	4	9,5
Tổng	21	100

Bảng 3.3. Bệnh lý nền

Bệnh lý nền	n
Tăng huyết áp	4
Đái tháo đường	1
Lao	1

Bảng 3.4. Diện tích sỏi được phẫu thuật

Diện tích sỏi	n	Tỷ lệ (%)
< 200 mm ²	7	16,7
200 – <400 mm ²	13	31
400 – <600 mm ²	13	31
≥600 mm ²	9	21,4
Tổng	42	100

Bảng 3.5. Vị trí sỏi

Vị trí sỏi	n	Tỷ lệ (%)
Sỏi đài thận đơn độc	4	9,5
Sỏi san hô bán phần	9	40,5
Sỏi san hô toàn phần	4	9,5
Sỏi rải rác nhiều đài thận	22	33,3
Sỏi bể thận	3	7,1
Tổng	42	100

Bảng 3.6. Phân loại sỏi theo chỉ số Guy

Phân loại sỏi theo Guy	n	Tỷ lệ (%)
Độ 1	5	11,9
Độ 2	1	2,4
Độ 3	32	76,2
Độ 4	4	9,5
Tổng	42	100

Bảng 3.7. Mức độ ứ nước của thận

Mức độ ứ nước	n	Tỷ lệ (%)
không ứ nước	8	19
độ I	17	40,5
độ II	13	31
độ III	4	9,5
Tổng	42	100

Bảng 3.8. Vị trí chọc dò

Vị trí chọc dò đài thận	n	Tỷ lệ (%)
Đài dưới	16	38,1
Đài giữa	17	40,5
Đài trên	4	9,5
Bể thận	1	2,4
Chọc kim 2 vị trí	4	9,5
Tổng	42	100

Bảng 3.9. Số lần chọc dò

Số lần chọc dò	n	Tỷ lệ (%)
1	35	83,3
2	7	16,7
Tổng	42	100

Bảng 3.10. Thời gian phẫu thuật

Thời gian	Phút
Thời gian phẫu thuật trung bình	134,3 ± 42,1
Thời gian chọc dò trung bình	5,9 ± 5,2
Thời gian tán sỏi trung bình	68 ± 33,9

Bảng 3.11. Phân loại biến chứng

Biến chứng	Số ca	Clavien-Dindo	Xử trí
Sốt > 38 ⁰ C sau mổ	3 (7,1%)	I	Thuốc hạ sốt
Nhiễm khuẩn tiết niệu	3 (7,1%)	I	Kháng sinh tĩnh mạch

Bảng 3.12. Lượng máu mất trong phẫu thuật

	Lượng máu mất (ml)
Lượng máu mất trung bình	278,9 ± 169,9
Thấp nhất	103
Cao nhất	701

Lượng máu mất trung bình 278,9 ± 169,9 ml, trung vị là 216ml. Lượng máu mất tính toán được ít nhất là 103ml và trường hợp mất nhiều nhất là 701ml.

Bảng 3.13. Liên quan giữa các yếu tố với lượng máu mất trong phẫu thuật

Yếu tố		Nhóm A (n = 21)	Nhóm B (n=21)	P
Kích thước sỏi (mm ²)		547	306,3	0,001<0,05
Vị trí sỏi	Đài thận đơn độc	0 (0%)	4(19%)	0,187
	San hô bán phần	4 (19%)	5(23,8%)	
	San hô toàn phần	3 (14,3%)	1 (4,8%)	
	Rải rác nhiều đài	13 (61,9%)	9 (42,9%)	
	Bể thận	1 (4,8%)	2 (9,5%)	
Vị trí chọc dò	Đài dưới	8 (38,1%)	8 (38,1%)	0,473
	Đài giữa	7 (33,3%)	10 (47,6%)	
	Đài trên	3 (14,3%)	1 (4,8%)	
	Bể thận	0 (0%)	1 (4,8%)	
	Hai vị trí	3 (14,3%)	1 (4,8%)	
Số viên sỏi	1 viên	1 (4,8%)	5 (23,8%)	0,183
	≥ 2 viên	20 (94,2%)	16 (76,2%)	
Mức độ ứ nước ở thận (n=27)	Không ứ nước	2 (9,5%)	6 (28,6%)	0,065
	Độ 1	7 (33,3%)	10 (47,6%)	
	Độ 2	8 (38,1%)	5 (23,8%)	

	Độ 3	4 (19%)	0 (13%)	
Chỉ số Guy	Độ 1	1 (4,8%)	4 (19%)	0,27
	Độ 2	0 (0%)	1 (4,8%)	
	Độ 3	17 (81%)	15 (71,4%)	
	Độ 4	3 (14,3%)	1 (4,8%)	
Số lần chọc	1 lần	16 (76,2%)	19 (90,5%)	0,214
	2 lần	5 (23,8%)	2 (9,5%)	
Thời gian phẫu thuật (phút)		151,2	117,4	0,008<0,05
BMI (kg/m ²)		20,7	22,4	0,063
Tiền sử bệnh lý mạn tính (THA, ĐTD...)	Có	2 (9,5%)	3 (14,3%)	0,634
	Không	19 (90,5%)	18 (85,7%)	
Tiền sử phẫu thuật sỏi thận	Có	9 (42,9%)	11 (52,4%)	0,537
	Không	12 (57,1%)	10 (47,6%)	
	Dùng thuốc	16 (76,2%)	18 (85,7%)	
Biến chứng (theo Clavien-Dindo)	Không	15 (71,4%)	21 (100%)	0,008<0,05
	Độ 1	6 (28,6%)	0 (0%)	
Mức độ sạch sỏi	Sạch sỏi hoàn toàn	7 (33,3%)	14 (66,7%)	0,023<0,05
	Sốt sỏi < 4mm	9 (42,9%)	7 (33,3%)	
	Sốt sỏi >4mm	5 (23,8%)	0 (0%)	

Nhóm A: Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật >216ml, có 21 bệnh nhân. Nhóm B: Lượng máu mất trong quá trình phẫu thuật ≤ 216ml, có 21 bệnh nhân. Kết quả bảng trên cho thấy có sự khác biệt về các giá trị giữa 2 nhóm A và B. Kết quả cho thấy tổng lượng máu mất có mối tương quan với các biến số: diện tích bề mặt sỏi ($p=0,001$), thời gian phẫu thuật ($p=0,008$), có hay không biến chứng sau mổ ($p=0,008$) và mức độ sạch sỏi ($p=0,023$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu này có tiền sử điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu trước đây và mổ mở là phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất trong số các bệnh nhân này chiếm 47,6%. Trong số các bệnh nhân đã phẫu thuật (21 trường hợp) thì 76,2% có khoảng cách với lần mổ gần nhất

đã trên 2 năm. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của tác giả Hoàng Hữu Nam trong đó có 29/34 trường hợp có thời gian mổ lần này so với lần trước trên 2 năm chiếm tỷ lệ 85,3%. Điều này có thể giải thích bởi việc sỏi trên đa số các bệnh nhân này là sỏi tái phát sau mổ nên cần thời gian hình thành dài. Về chỉ số khối cơ thể BMI: đa số bệnh nhân có tổng trạng trung bình. Có 16,7% trường hợp BMI <18,5 và chỉ 4 trường hợp phân loại được béo phì chiếm 9,5%. Sự phân bố này là gần giống với nghiên cứu của Trương Văn Cần. Trong đó, có 26,5% trường hợp suy dinh dưỡng và 11,6% bệnh nhân béo phì [1][2].

4.2. Kích thước sỏi

Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước sỏi trung bình là 426,6 mm² với độ lệch chuẩn 236 mm², trung vị là 404,3 mm². Đa số bệnh nhân có diện tích bề mặt của sỏi ở mức trung bình, từ 200 đến 600 mm². Sỏi

lớn nhất có kích thước 1352 mm² và sỏi bé nhất có kích thước 80 mm². So sánh với nghiên cứu của các tác giả khác: nghiên cứu của U Phun Lo và cộng sự (2022) cho kích thước sỏi trung vị là 1155 mm², của tác giả Jeong Kuk Lee và cộng sự (2013) với trung vị là 498,6 mm². Nghiên cứu của các tác giả trong nước như Hoàng Hữu Nam cho thấy con số này là 693 mm² hay của tác giả Trương Văn Cẩn thì diện tích sỏi trung bình đến 960,3 mm², thậm chí có những viên sỏi kích thước rất lớn lên đến 2000-2500 mm². Các kết quả trên cho thấy diện tích sỏi trong nghiên cứu này nhỏ hơn khá nhiều so với các nghiên cứu trước đây. Nguyên nhân khả dĩ nhất có lẽ là các bệnh nhân hiện nay quan tâm và cảnh giác hơn với bệnh lý sỏi thận do đó đến khám sớm hơn khi các triệu chứng chưa thực sự trầm trọng và kích thước sỏi chưa quá lớn.[1][2][7][8]

4.3. Vị trí, hình thái sỏi và chỉ số Guy

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là 2 loại sỏi: sỏi rải rác nhiều đài thận và loại sỏi san hô bán phần, riêng 2 loại này chiếm đến 73,8%. Sỏi san hô toàn phần chiếm 9,5%. Trong nghiên cứu của JK Lee và cộng sự (2013), sỏi san hô chiếm 41,5%, sỏi bể thận 26,5%[7]. Nghiên cứu của Meng và cộng sự (2019), sỏi san hô chiếm tỉ lệ 21% và sỏi bể thận 36,6% [9]. Nghiên cứu của Hoàng Hữu Nam cũng cho thấy tỉ lệ sỏi san hô cao với 29,4%. Tóm lại, tỉ lệ phát hiện sỏi san hô toàn phần trên hình ảnh học trong nghiên cứu này là thấp hơn hẳn so với các nghiên cứu trước. Cũng vì điều này mà phân loại sỏi theo chỉ số Guy trong nghiên cứu này khác biệt so với các nghiên cứu khác với điểm GGS mức 4 chỉ chiếm 9,5% (tương ứng sỏi san hô toàn phần) so với các nghiên cứu trước của Trương Văn Cẩn (25%) và Hoàng Hữu Nam (29,5%). 85,7% thận được phẫu

thuật có số lượng sỏi từ 2 viên trở lên. Số lượng sỏi càng nhiều thì khả năng sót sỏi sau mổ càng cao.[2]

4.4. Đặc điểm của thận được phẫu thuật

Về mức độ ứ nước: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25/42 thận không ứ nước hoặc ứ nước độ 1 chiếm 59,5%, chỉ có 4 thận có mức ứ nước độ 3 chiếm 9,5%. Mức độ ứ nước càng ít thì độ dày nhu mô thận thường dày hơn do đó khi chọc dò thường dễ chảy máu. Ngược lại, nếu mức độ ứ nước càng nhiều thì quá trình chọc dò và nong càng thuận lợi hơn [1]. Về độ dày nhu mô thận trên CT scan: Với giá trị trung bình 21,3 mm và độ lệch chuẩn 3,1 mm; chỉ có 1 số thận có độ dày nhu mô thận biến đổi dày lên hoặc mỏng đi so với giá trị bình thường của độ dày nhu mô thận thông thường. Độ dày nhu mô thận càng tăng thường được xem là yếu tố nguy cơ dễ chảy máu trong phẫu thuật.

4.5. Các yếu tố liên quan đến phẫu thuật

Về bên phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi giá trị này phân bố đều nhau. Có 50% (21/42 bệnh nhân) được phẫu thuật bên phải và 50% còn lại được phẫu thuật thận bên trái. Nghiên cứu của tác giả JK Lee và cộng sự (2013) có 47,8% bệnh nhân được phẫu thuật bên phải và 52,2% bên trái[38]. Nghiên cứu của Syahputra và cộng sự (2016) 59% bên phải và 41% bên trái [14]. Về vị trí chọc dò, số trường hợp chọc dò và đài dưới và đài giữa lần lượt là 16/42 và 17/42 trường hợp chiếm 38,1% và 40,5%. Có 4 trường hợp chọc kim 2 vị trí (tạo 2 đường hầm) chiếm 9,5%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Hoàng Hữu Nam (2016) với chọc dò vào đài dưới và giữa chiếm 38,2% và 47,1%. Trong phẫu thuật PCNL, đường hầm vào thận thích hợp là yếu tố quyết định thành

công của phẫu thuật. Sở dĩ chọc dò vào các vị trí này là vì an toàn và ít gây chảy máu hơn. Cơ sở khoa học của điều này cũng được khẳng định bằng nghiên cứu của Sampiao và cộng sự bằng việc báo cáo tổn thương mạch máu là 67% và 13% khi tiến hành chọc dò lần lượt vào đài thận trên và dưới [12]. Về số lần chọc kim tạo đường hầm, có 35/42 trường hợp chọc 1 lần và 7 trường hợp chọc kim 2 lần chiếm 16,7%.

4.6. Các kết quả của phẫu thuật

Về thời gian chọc dò, thời gian trung bình là 5,9 phút. Thời gian chọc dò ngắn nhất là 2 phút nhưng cá biệt cũng có trường hợp mất đến 20 phút để hoàn thành chọc dò tạo đường hầm. Lý do thời gian chọc kéo dài do xác định vị trí chọc dò đài thận trên siêu âm hoặc siêu âm khó khăn, không rõ ràng dẫn tới việc hướng kim chọc dò đúng hướng với đích cần đến không thuận lợi. Chọc dò lần 2 thường do chọc lần 1 và nông đường hầm xong nhưng gặp trở lại không vào được đài thận hoặc không tiếp cận được sỏi. Về thời gian tán sỏi, trung bình là 68 phút. Có trường

hợp chỉ mất 30 phút để hoàn thành tán sỏi tuy nhiên cũng có những bệnh nhân phải mất 150 phút để tán vụn sỏi. Thời gian tán sỏi dài hơn trong nghiên cứu này thường gặp ở những bệnh nhân có cấu trúc sỏi phức tạp như sỏi san hô, diện tích bề mặt sỏi lớn hay số lượng sỏi rải rác ở các đài thận nhiều. Về thời gian phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi được tính từ lúc bắt đầu đặt ống thông niệu quản cho đến khi đặt dẫn lưu thận sau khi tán vụn sỏi. Thời gian phẫu thuật trung bình là 134,3 phút với thời gian ngắn nhất là 60 phút và dài nhất là 230 phút. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào thời gian tán sỏi, tức là phụ thuộc nhiều vào các yếu tố đã nêu ở trên như độ phức tạp của cấu trúc sỏi, diện tích bề mặt sỏi cũng như số lượng sỏi. Hơn thế nữa, 50% số bệnh nhân trong nghiên cứu này đã có tiền sử điều trị ngoại khoa sỏi tiết niệu trước đây, việc có can thiệp trước đây làm tạo sẹo hay gây xơ dính quanh thận làm thao tác trở nên mất thời gian hơn.

Bảng 4.1. Thời gian phẫu thuật theo các nghiên cứu

Tác giả	Số lượng mẫu	Thời gian phẫu thuật	Năm NC
Siavash Falahatkar [4]	81	98,75 ± 56,31	2011
Yesil S [17]	42	72,2 ± 18,77	2013
Faruk Ozgor [10]	410	68,1 ± 27,3	2015
S. V. Krishna Reddy [11]	232	78,24 ± 19,47	2016
Hoàng Hữu Nam [1]	34	134,6 ± 38,9	2016

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và các yếu tố như kích thước sỏi, số lượng sỏi hay vị trí chọc.

4.7. Lượng máu mất trong phẫu thuật

Chảy máu là một trong những biến chứng đáng chú ý của phẫu thuật lấy sỏi thận qua da PCNL, đặc biệt là mất máu trong quá trình phẫu thuật. Biến chứng chảy máu có thể xảy

ra ở bất kỳ bước nào trong quá trình thực hiện phẫu thuật lấy sỏi thận qua da [1]. Sử dụng công thức máu trước và sau phẫu thuật để tính toán một cách tương đối lượng máu đã mất của bệnh nhân với điều kiện bệnh nhân được làm công thức máu sau phẫu thuật trong khoảng 12-24 giờ. Chúng tôi đưa ra thể tích máu mất trung bình là 278,9 ± 169,9 ml, với giá trị trung vị là 216ml, lượng máu mất

ít nhất là 103 ml và nhiều nhất là 701 ml. So sánh với các nghiên cứu tương tự, JK Lee và cộng sự (2013) cho thấy lượng máu mất dựa theo công thức máu trước và sau phẫu thuật là $511,8 \pm 341,3$ ml, cao hơn khá nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi [7]. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của Syahputra (2016) là $560,92 \pm 428,43$ ml [14]. Trong nghiên cứu của Ketsuwan (2020) thì lượng máu mất trong phẫu thuật PCNL khi tạo 1 đường hầm là $286,70 \pm 317,22$ ml và nhiều đường hầm là $506,25 \pm 236,70$ ml [6]. Nghiên cứu của Adnan Siddiq (2017) so sánh lượng máu mất giữa nhóm có và không dùng Acid tranexamic ngay sau mổ cho thấy lượng máu mất trung bình là 154,55ml đối với nhóm có dùng thuốc và 212,61ml với nhóm không dùng thuốc [12].

Về các yếu tố liên quan với lượng máu mất trong phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi đưa các đặc điểm sau vào phân tích: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý nền (tăng huyết áp, đái tháo đường...), tiền sử phẫu thuật trước đây, vị trí của sỏi trong thận, diện tích sỏi, số lượng sỏi, mức độ ứ nước, chỉ số Guy, vị trí chọc dò, số lần chọc dò, thời gian phẫu thuật, biến chứng, tỷ lệ sạch sỏi. Kết quả được thể hiện trong bảng 3.13, khảo sát sự tương quan của các biến số với tổng lượng máu mất cho thấy các biến số sau: diện tích bề mặt sỏi, thời gian phẫu thuật, biến chứng sau mổ và mức độ sạch sỏi có mối tương quan với số lượng máu mất với kích thước sỏi có mối liên quan nhiều nhất với $p=0,01$. Kết quả này có điểm giống và khác biệt so với các nghiên cứu tương tự trước đây về các yếu tố tiên lượng thể tích máu mất trong phẫu thuật PCNL. Nghiên cứu của Lee và cộng sự (2013) đưa ra các yếu tố sau: BMI, diện tích sỏi, vị trí sỏi, ứ nước trước phẫu thuật, thời gian phẫu thuật

có mối tương quan với lượng máu mất[38]. Trong khi đó, Loo và cộng sự trong một nghiên cứu mới đây cho thấy các yếu tố đó là tiền sử tăng huyết áp, vị trí chọc dò và thời gian phẫu thuật. Tuy nhiên, Syahputra và cộng sự (2016) lại cho thấy không phải thời gian phẫu thuật mà kích thước sỏi là yếu tố tiên lượng chính xác nhất lượng máu mất [14].

Với kết quả là lượng máu mất phụ thuộc vào kích thước sỏi cũng như tính chất sỏi, có thể đưa ra lý giải rằng lượng máu mất trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây do diện tích sỏi bé hơn cũng như những loại sỏi phức tạp như sỏi san hô chiếm tỷ lệ thấp hơn. Hơn thế nữa có một yếu tố góp phần ảnh hưởng đến kết quả của nghiên cứu là thời gian làm công thức máu sau phẫu thuật cho bệnh nhân. Vì bệnh nhân sau khi phẫu thuật vẫn có thể mất máu qua dẫn lưu thận, qua sonde tiểu tiếp diễn nên để đánh giá lượng máu mất chính xác cần phải lấy máu làm công thức máu tại một thời điểm cố định với tất cả các bệnh nhân, khi đó kết quả của nghiên cứu sẽ có độ chính xác cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến mất máu như thời gian phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi, biến chứng sau mổ là những yếu tố hoàn toàn có thể cải thiện được. Những phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm có khả năng rút ngắn thời gian mổ bằng các thao tác linh hoạt, tối ưu hoá việc chọc dò (chọc 1 lần có thể tiếp cận được vị trí sỏi), tăng tỷ lệ tán thành công cũng như súc rửa sạch sỏi trong mổ và theo dõi hậu phẫu sát giúp hạn chế các biến chứng hậu phẫu. Điều này góp phần làm giảm lượng máu mất trong và sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Hữu Nam, Hoàng Hữu Công, Hà Thiện Tân** (2017), “Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba Đồng Hới”, Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. Tr 46-50.
2. **Trương Văn Cẩn, Phan Hữu Quốc Việt, Ngô Quốc Thắng** (2021). “Đánh giá kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thể nằm nghiêng dưới hướng dẫn C-arm”. Tạp chí Y Dược học. Trường Đại học Y Dược Huế. Tr. 375-381
3. **Ding, X., et al.** (2018), "Subcostal artery bleeding after percutaneous nephrolithotomy: a case report and literature review", J Int Med Res. 46(10), pp. 4350-4353.
4. **Falahatkar S, et al.** (2011), "Complete supine percutaneous nephrolithotomy (csPCNL) in patients with and without a history of stone surgery: safety and effectiveness of csPCNL", Urol Res. 39(4), pp. pp. 295-301.
5. **Kervancioglu, S., Gelebek Yilmaz, F., and Erturhan, S.** (2014), "Endovascular management of vascular complications after percutaneous nephrolithotomy", Vasa. 43(6), pp. 459-64.
6. **Ketsuwan, C., et al.** (2020), "Peri-Operative Factors Affecting Blood Transfusion Requirements During PCNL: A Retrospective Non-Randomized Study", Res Rep Urol. 12, pp. 279-285.
7. **Lee, J. K., Kim, B. S., and Park, Y. K.** (2013), "Predictive factors for bleeding during percutaneous nephrolithotomy", Korean J Urol. 54(7), pp. 448-53.
8. **Loo, U Phun, Yong, Chun Hou, and Teh, Guan Chou** (2022), "Predictive factors for percutaneous nephrolithotomy bleeding risks", Asian Journal of Urology
9. **Meng, X., et al.** (2019), "The Analysis of Risk Factors for Hemorrhage Associated with Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy", Biomed Res Int. 2019, p. 8619460.
10. **Ozgor F, et al** (2015), "Does previous open renal surgery or percutaneous nephrolithotomy affect the outcomes and complications of percutaneous nephrolithotomy", Urolithiasis. 43(6), pp. 541-7.
11. **Reddy SV and AB, Shaik** (2016), "Outcome and complications of percutaneous nephrolithotomy as primary versus secondary procedure for renal calculi", Int Braz J Urol. 42(2), pp. 262-9.
12. **Siddiq, Adnan, et al.** (2017), "Preventing excessive blood loss during percutaneous nephrolithotomy by using tranexamic acid: A double blinded prospective randomized controlled trial", Journal of Urological Surgery. 4(4), p. 195
13. **S toller, M. L., Wolf, J. S., Jr., and St Lezin,** (1994), "Estimated blood loss and transfusion rates associated with percutaneous nephrolithotomy", J Urol. 152(6 Pt 1), pp. 1977-81.
14. **Syahputra, F. A., et al.** (2016), "Blood loss predictive factors and transfusion practice during percutaneous nephrolithotomy of kidney stones: a prospective study", F1000Res. 5, p. 1550.
15. **Türk, C., et al.** (2016), "EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis", Eur Urol. 69(3), pp. 475-82.
16. **Taguchi K, Cho SY, Ng AC, et al.** (2019), “The Urological Association of Asia clinical guideline for urinary stone disease.”, Int J Urol, 26(7):688-709. doi:10.1111/iju.13957
17. **Yesil S, et al.** (2013), "Previous open renal surgery increased vascular complications in percutaneous nephrolithotomy (PCNL) compared with primary and secondary PCNL and extracorporeal shock wave lithotripsy patients: a retrospective study", Urol Int. 91(3), pp. 331-4

KẾT QUẢ GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG TỪ 2004 ĐẾN 2023

Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Lê Khánh Minh², Thái Thiên Nam¹,
Nguyễn Thị Ngọc¹, Trương Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Thu Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu trên 56 bệnh nhi suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương, từ 4/2004 đến 4/2023.

Kết quả: Tỷ lệ thành công là 98.2%, tuổi trung vị là 13.3. Trẻ nhỏ tuổi nhất là 5.3 tuổi, cân nặng nhỏ nhất là 12 kg. Tỷ lệ thiếu máu và biến chứng tim mạch giảm từ 81.1% và 78.8% trước ghép xuống 28.3% và 33.3 sau ghép. Tỷ lệ trẻ có chiều cao > -2SD và BMI > -2SD tại thời điểm 5 năm sau ghép là 83.4% và 72.7%. Tỷ lệ biến chứng sau ghép thấp: 1 bệnh nhân tử vong do nhiễm nấm, 1 bệnh nhân thải ghép qua miễn dịch dịch thể, 4 bệnh nhân hoại tử ống thận cấp.

Kết luận: Tỷ lệ thành công của ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 98,2%. Cải thiện rõ rệt về sự phát triển thể chất, tỷ lệ thiếu máu và biến chứng tim mạch Biến chứng sau ghép thấp và thường gặp là hoại tử ống thận cấp với 4 bệnh nhân

Từ khóa: Ghép thận, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, lọc máu.

Viết tắt: HCTH: Hội chứng thận hư; BQTK: Bàng quang thần kinh; CNI: calcineurin inhibitor; MMF: mycophenolate mofetil

SUMMARY

PEDIATRIC RENAL TRANSPLANTATION RESULT IN VIET NAM NATIONAL CHILDREN' HOSPITAL FROM 4/2004 TO 4/2023

Objective: Assessment of the effectiveness of renal transplantation in Viet Nam National Children's Hospital from April 2004 to April 2023.

Patients and methods: We retrospectively analyzed the data of 56 patients who had RT in our hospital between April 2004 and April 2023.

Results: We had 56 pediatric renal transplantation recipients from 4/2004 to 4/2023. The success rate was 98.2%, the median age was 13.3. The youngest was 5.3, weigh 12 kg. Anemia and cardiovascular complications rate have been reduced from 81.1% and 78.8% to 28.3% and 33.3%. Low complication rate: 1 patient died due to post-transplant fungal infection, 1 patient experienced antibody-mediated rejection, and 4 patients had acute tubular necrosis.

Conclusion: The success rate of renal transplant at the Viet Nam National Children's hospital is 98.2%. Significant improvement in physical development, rate of anemia and cardiovascular complications. The post-transplant complication rates were relatively low. Acute tubular necrosis was the most common (4 patients)

Keywords: renal transplantation, end-stage renal disease, renal replacement

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Ngọc

Email: ngocbichntmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 13/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một biện pháp điều trị thay thế thận tốt nhất hiện nay đối với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối do đó luôn được ưu tiên lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhân nhi. Bệnh viện Nhi Trung ương là cơ sở đầu tiên và hiện là 1 trong hai cơ sở duy nhất thực hiện ghép thận nhi tại Việt Nam từ năm 2004. Để nâng cao chất lượng và giảm biến chứng trong và sau ghép thì việc thường xuyên đánh giá lại kết quả ghép thận tại một trung tâm là rất cần thiết. Từ năm 2004 đến nay số đề tài báo cáo về kết quả, biến chứng ghép thận tại bệnh viện nhi Trung ương không nhiều với lượng bệnh nhân ghép thận còn ít (1). Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá kết quả ghép thận tại trẻ em ở Bệnh viện Nhi Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đã được ghép thận tại bệnh viện Nhi Trung ương từ 4/2004 đến 4/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và xử lý theo phương pháp thống kê bằng phần mềm SPSS. Kết quả được trình bày theo bảng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

Nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 4/2004 – 4/2023. Trong đó có 23 bệnh nhân nữ (58.9%) và 33 bệnh nhân nam (41.1 %). 2 bệnh nhân ghép thận trước lọc máu (3.6%). Thời gian lọc máu trước ghép trung vị là 10 tháng (1-48). Tuổi trung vị là 13.3(5.3-22.2). Chiều cao và cân nặng trung vị lần lượt là 133 cm (12-54) và 26.5 kg (12-54).

100% bệnh nhân được ghép thận từ người cho còn sống và sử dụng phác đồ 3 thuốc steroid + CNI + MMF.

Nguyên nhân suy thận gồm có HCTH 12.5% (5.4% đột biến gen: 1.8% NPHS2, 1.8% WT1, 1.8% ACTN4). 14.3% bệnh nhân thiếu sản thận. 3.6% bệnh nhân BQTK và 3.6% bệnh nhân suy thận mạn có đột biến gen PAX2.

3.2. Đánh giá hiệu quả sau ghép thận

Bảng 3.1. Phát triển chiều cao và cân nặng của bệnh nhân sau ghép thận

Tỉ lệ (%)		Trước ghép		6 tháng		1 năm		3 năm		5 năm	
Chiều cao (cm)	< -2SD	< -3SD	35.8	60.3	29	45.1	16.7	14.3	28.6	8.3	16.6
		-3SD → -2 SD	24.5		16.1		20	14.3		8.3	
	-2SD → 2SD	-2SD → -1SD	24.5	39.7	35.5	54.9	36.7	42.9	71.4	50	83.4
		-1SD → 1SD	13.2		16.1		23.3	21.4		25	
		1SD → 2SD	1.9		3.2		3.3	7.1		8.3	
BMI	<-2SD	< -3SD	20.9	48	3.4	27.2	7.1	0	28.6	0	27.3
		-3SD → -2 SD	27.1		13.8		10.7	28.6		27.3	
	-2SD → 2SD	-2SD → -1SD	25	50	20.7	68.9	28.6	21.4	64.3	27.3	72.7
		-1SD → 1SD	20.8		37.9		32.1	28.6		36.4	
		1SD → 2SD	4.2		10.3		10.7	14.3		9.1	
	>2SD	>2SD	2.1		13.8		10.7	7.1		0	

Tăng trưởng cả về chiều cao và cân nặng đều cải thiện đáng kể sau khi trẻ được ghép thận. Tỷ lệ trẻ có chiều cao và BMI trong giới hạn bình thường theo WHO tăng dần sau ghép (2).

Bảng 3.2: Biến chứng tim mạch và trước và sau ghép

Tỷ lệ (%)		Trước ghép	Sau ghép		
			1 năm	3 năm	5 năm
Số lượng thuốc HA	3 loại thuốc	6.1			
	2 loại thuốc	24.2			
	1 loại thuốc	48.5	54.5	42.9	33
	0 loại thuốc	21.2	45.5	57.1	66.7
Chức năng tim (EF%)	Giảm (<50%)	5.9	0		
	> 50%	94.1	100%		

Chức năng tim được cải thiện hoàn toàn sau ghép thận. Số lượng thuốc huyết áp giảm dần sau ghép.

Bảng 3.3. Mức độ thiếu máu trước và sau ghép

Tỷ lệ (%)	Trước ghép	6 tháng	1 năm	3 năm	5 năm
Thiếu máu nặng	22.6	0	0	5	7.1
Thiếu máu vừa	34	17.4	9.1	25	28.6
Thiếu máu nhẹ	24.5	10.9	20.5	25	28.6
Bình thường	18.9	71.7	70.5	45	35.7

Sau ghép 6 tháng không có bệnh nhân thiếu máu nặng. Tỷ lệ bệnh nhân không thiếu máu tăng cao (71.7%). Tỷ lệ thiếu máu nhẹ và vừa tăng dần sau 5 năm.

Bảng 3.4. Nồng độ thuốc Tacrolimus sau ghép

Nồng độ Tacrolimus ($\mu\text{g/L}$)	1 tháng	6 tháng	1 năm	3 năm
≥ 10	42.3	12.5	10	0
5-10	57.7	83.3	75	62.5
<5	0	4.2	15	27.5

Bảng 3.5. Mức lọc cầu thận sau ghép

Tỷ lệ (%)	Trước ghép	6 tháng	1 năm	3 năm	5 năm
MLCT < 15 (gđ V)	100	0	0	0	0
15 $\rightarrow$ 30 (gđ IV)	0	0	0	0	10
30 $\rightarrow$ 60 (gđ III)	0	5.4	8.1	7.7	10
60 $\rightarrow$ 90 (gđ II)	0	32.4	32.4	69.2	70
≤ 90 (gđ I)	0	54.1	59.5	23.1	10

Bảng 3.6. Biến chứng sau ghép thận

Biến chứng	n (%)
Chậm chức năng thận ghép	4 (7.1)
Chảy máu trong mổ	2 (3.6)
Thải ghép cấp do bỏ thuốc	1 (1.8)
Thải ghép do miễn dịch dịch thể	2 (3.6)

Dò bạch huyết sau mổ	1 (1.8)
Nhiễm khuẩn sau mổ	1 (1.8)
Thải ghép mạn	3 (5.4)
Hoại tử ống thận cấp	4 (7.1)

Nghiên cứu của chúng tôi có 9 (16.1%) bệnh nhân biến chứng sau ghép; 2 bệnh nhân tử vong sau ghép, trong đó có 1 bệnh nhân tử vong do nguyên nhân khác. 1 bệnh nhân tử vong sau ghép 3 tuần do nhiễm nấm.

IV. BÀN LUẬN

Từ 4/2004 đến 4/2023 chúng tôi có 56 bệnh nhân được ghép thận, trong đó có 23 bệnh nhân nữ (41.1%) và 33 bệnh nhân nam (58.9%). Tuổi trung vị là 13.3 tuổi. Trẻ nhỏ nhất 5.3 tuổi, nặng 12 kg. Độ tuổi và tỉ lệ giới tính tương tự với báo cáo của Amr A El-Husseini năm 2006 [3], tuy nhiên độ tuổi cao hơn so với báo cáo của Kyle J. Van Arendonk năm 2014 [4] là 11.3 tuổi và báo cáo của Fatima I. Fadel năm 2019 là 10 tuổi [5]. Hiện nay, trên thế giới có một số trung tâm ghép tạng đã tiến hành ghép thận cho trẻ nhỏ từ 0 – 2 tuổi. Tuy nhiên, khuyến cáo nên ghép thận cho trẻ lớn hơn 10kg và ghép thận cho trẻ có cân nặng nhỏ hơn 15 kg vẫn còn nhiều thách thức.[6,7]

Trước đây, chúng tôi có rất nhiều bệnh nhân suy thận không rõ nguyên nhân. Những năm gần đây chúng tôi đã áp dụng công nghệ gen giúp chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều được ghép thận từ người hiến sống. 100% bệnh nhân sử dụng phác đồ 3 thuốc sau ghép steroid + MMF + CNI. [8]

Trong 56 bệnh nhân có 2 bệnh nhân ghép thận trước lọc máu (3.6%) và thời gian lọc máu trước ghép trung vị là 10 tháng. Thời gian lọc máu trước ghép của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu tại Mỹ của Kyle J.

Van Arendonk với trung vị là 1.3 năm. [4] Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân ghép trước lọc máu thấp hơn, Điều này cho thấy, trẻ em mắc bệnh thận mạn giai đoạn cuối được chẩn đoán muộn hơn nhưng được quan tâm và ưu tiên trong quá trình điều trị hơn.

Chậm phát triển thể chất là một biến chứng thường gặp ở trẻ em suy thận giai đoạn cuối. Ghép thận là phương pháp tối ưu để khắc phục tình trạng này. Các bệnh nhân của chúng tôi có sự tăng trưởng đáng kể về cân nặng và chiều cao.

Các biến chứng khác của bệnh thận mạn giai đoạn cuối cũng được cải thiện đáng kể như tình trạng thiếu máu, tăng huyết áp và chức năng tim. Số lượng bệnh nhân thiếu máu giảm từ 81.1% trước ghép xuống còn 28.3% sau ghép thận 6 tháng. Sau ghép thận, số lượng thuốc điều trị huyết áp giảm dần không còn bệnh nhân phải kết hợp thuốc huyết áp. Chức năng tâm thu thất trái cải thiện rõ ràng sau ghép thận. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Maital Kaidar và nghiên cứu của El-Khashab. [9,10]

Sau ghép 6 tháng tất cả các bệnh nhân đều có chức năng từ giai đoạn I – III. Tuy nhiên, sau ghép 1 năm tỉ lệ bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 3 tăng lên 7.7%, điều này cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Jansz Feber. Bệnh thận mạn tính sau ghép là vấn đề đang được quan tâm. Với những trường hợp này, chúng tôi tiến hành sinh thiết thận ghép xác định nguyên nhân và định hướng điều trị. Tỉ lệ biến chứng trong và sau ghép của chúng tôi đều thấp hơn nghiên cứu của Fatima I. Fadel và Amr A El-Husseini. Điều này có thể do bệnh nhân ghép thận của

chúng tôi ở độ tuổi lớn hơn hoặc cỡ mẫu nhỏ hơn. [3,5]

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công của ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 98,2%. Cải thiện rõ rệt về sự phát triển thể chất, tỷ lệ thiếu máu và biến chứng tim mạch Biến chứng sau ghép thấp và thường gặp là hoại tử ống thận cấp với 4 bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thùy Liên, Nguyễn Thu Hương** (2017), “Đánh giá hiệu quả ghép thận tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, Tạp chí y học thực hành, số 1: 74-78.
2. **WHO**, Growth reference data for 5-19 yeas, www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators.
3. **El-Husseini AA, Foda MA, Osman YM** (2006), “Characteristics of long-term live-donor pediatric renal transplant survivors: A single-center experience”, *Pediatric Transplantation*, 10(3): 288–293.
4. **Kyle J. Van Arendonk, MD, PhD, a Brian J. Boyarsky, BA, a Babak J. Orandi** (2014), “National Trends Over 25 Years in Pediatric Kidney Transplant Outcomes”, *Pediatrics*, 133(4): 594–601
5. **Fadel, F. I., Bazaraa, H. M., Badawy, H., Morsi** (2020). “Pediatric kidney transplantation in Egypt: Results of 10-year single-center experience”. *Pediatric Transplantation*. 24(6): e13724
6. **Pamela D. Winterberg, MD and Rouba Garro** (2019), “Long-term Outcomes of Kidney Transplantation in Children”, *Pediatr Clin North Am*, 66(1): 269–280.
7. **Hannu Jalanko, Ilkka Mattila, Christer Holmberg** (2016), “Renal transplantation in infants”, *Pediatr Nephrol*, 31:725–735.
8. **Hui-Kim Yap, Sharon Teo, Kar-Hui Ng** (2021), *Pediatric Nephrology On-The-Go*, 4th: 880 – 902.
9. **Maital Kaid, Michael Berant, Irit Krauze** (2014), “Cardiovascular risk factors in children after kidney transplantation--from short-term to long-term follow-up”, *Pediatric Transplantation*, 18(1):23-8
10. **Sahier Omar El-Khashab, Eman El-Sayed Mohamed, Mahmoud A Soliman** (2016), “Impact of renal transplantation on cardiac morphological and functional characteristics in children and adults”, *World Journal of Nephrology*, 5(6): 517-523.

TÌNH HÌNH VIÊM PHỔI DO CYTOMEGALOVIRUS TRÊN BỆNH NHÂN SAU GHEP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Cao Thị Như¹, Nghiêm Trung Dũng^{1,2}, Nguyễn Thị An Thủy²
Đỗ Gia Tuyển², Đặng Thị Việt Hà²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo 43 trường hợp mắc bệnh CMV phổi sau ghép thận.

Đối tượng và phương pháp: mô tả cắt ngang, hồi cứu 43 trường hợp viêm phổi do CMV trong số 361 ca ghép thận tại BV Bạch Mai tính đến tháng 2 năm 2023.

Kết quả: Tỷ lệ BN sau ghép thận mắc viêm phổi do CMV là 11,9%. Thời điểm khởi phát viêm phổi do CMV trung bình là $21,6 \pm 20,5$ tháng. Các BN điều trị bằng steroid + Tacro + MMF/MPA trước khi nhiễm CMV. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là phổi có ran (74,4%), sốt (65,1%) và ho đờm (53,5%). Hình ảnh tổn thương thường gặp trên phim cắt lớp ngực là tràn dịch màng phổi, giãn phế quản và tổn thương đám mờ hai phổi. Tổn thương thường gặp trên nội soi phế quản là niêm mạc phế quản sung huyết (16,3%) và có dịch đục lòng phế quản (18,6%). Thuốc điều trị CMV được sử dụng phổ biến là Gancyclovir (90,7%). Đa phần các BN đáp ứng điều trị và khỏi, ra viện (86%).

Kết luận: Viêm phổi do CMV là bệnh lý nhiễm trùng thường gặp ở các bệnh nhân sau ghép thận và có nguy cơ diễn biến nặng đe dọa

tính mạng người bệnh do đó cần được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

Từ khóa: ghép thận, viêm phổi, CMV

SUMMARY

CMV PNEUMONIA AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Report 43 cases of CMV pneumonia after a kidney transplant

Methods: Cross-sectional, retrospective description of 43 cases of CMV pneumonia among 361 kidney transplants at Bach Mai Hospital as of February 2023

Results: The rate of patients after kidney transplant with CMV pneumonia was 11,9%. The mean time of onset of CMV pneumonia was $21,6 \pm 20,5$ months. Patients treated with steroids + Tacro + MMF/MPA before CMV infection. The most common clinical symptoms were rales in the lungs (74,4%), fever (65,1%) and cough with sputum (53,5%). Common lesions on chest CT are pleural effusion, bronchiectasis, and bilateral opacities. Common lesions on bronchoscopy are congested bronchial mucosa (16,3%) and cloudy bronchial fluid (18,6%). The commonly used CMV drug is Gancyclovir (90,7%). Most of the patients responded to treatment and were cured and discharged from the hospital (86%).

Conclusion: CMV pneumonia is a common infection in kidney transplant patients and has a high risk of life-threatening complications, so it should be diagnosed early and treated promptly.

Keywords: renal transplantation, pneumonia, CMV

¹Bộ môn Nội tổng hợp Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nghiêm Trung Dũng

ĐT: 0966946555

Email: nghiemitrongdung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/4/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 11/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cytomegalovirus (CMV) là một trong những căn nguyên vi sinh quan trọng nhất gây nhiễm trùng ở bệnh nhân sau ghép và làm gia tăng tỷ lệ tử vong sau ghép tạng đặc¹. Nhiễm CMV thường xuất hiện sớm sau ghép thận và diễn biến phức tạp, nhiều thể không điển hình liên quan đến việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch kéo dài. Các yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng nhiễm CMV sau ghép bao gồm tình trạng nhiễm CMV tiềm ẩn trước đó của người nhận và người hiến, việc sử dụng các thuốc làm suy giảm tế bào lympho, mức độ thuốc ức chế miễn dịch và đặc điểm người hiến (hiển sống hay hiến chết não)². Khi nhiễm CMV làm tăng nguy cơ thải ghép cấp tính, giảm khả năng sống sót mảnh ghép, tỷ lệ mắc bệnh thận mạn tính sau ghép tăng lên và tỷ lệ sống sót của bệnh nhân giảm dần³.

Tại Bệnh viện Bạch Mai tính đến tháng 2 năm 2023 chúng tôi đã ghép thận cho 361 trường hợp. Số lượng bệnh nhân phải nhập viện do nhiễm CMV có xu hướng tăng lên và bệnh diễn biến khó lường. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu: 1/ Mô tả đặc điểm viêm phổi do CMV ở bệnh nhân sau ghép thận tại Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu tại Bệnh viện Bạch Mai, và 2/Nhận xét kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

trong số 361 BN sau ghép thận theo dõi ngoại trú tại Trung tâm Thận – tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 43 trường hợp viêm phổi do CMV nhập viện điều trị nội trú.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu dựa vào hồ sơ bệnh án của tất cả các BN ghép thận được theo dõi định kỳ ngoại trú tại Trung tâm Thận – tiết niệu và lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai tính đến tháng 2 năm 2023

Các bước tiến hành nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được tiến hành nghiên cứu theo các bước thống nhất và thu thập các số liệu về:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, thời điểm khởi phát bệnh
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp ở nhóm BN này
- Triệu chứng cận lâm sàng thường gặp ở nhóm BN này
- Phác đồ điều trị viêm phổi do CMV, kết quả điều trị

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Chẩn đoán nhiễm CMV: CMV-IgG (+), CMV – IgM (-) và không có triệu chứng lâm sàng của bệnh do CMV
- Chẩn đoán bệnh do CMV: CMV – IgG (+) và/hoặc CMV – IgM (+) và có triệu chứng lâm sàng của bệnh do CMV tại phổi và/hoặc PCR-CMV đờm, dịch phế quản (+)

Xử trí số liệu: theo phần mềm thống kê y học SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tính đến tháng 2 năm 2023 chúng tôi ghi nhận có 43/361 (11,9%) trường hợp viêm phổi do CMV sau ghép thận. Tất cả 43 BN này đều được ghép thận tại Bệnh viện Bạch Mai. Trong số đó có 33 BN là nam giới, 10 BN là nữ giới. Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu tại thời điểm được chẩn đoán bị bệnh CMV là $35,79 \pm 9,4$ tuổi, trong đó trẻ nhất là 21 tuổi và cao nhất là 61 tuổi.

Bảng 1: Phác đồ thuốc ức chế miễn dịch ban đầu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phác đồ ức chế miễn dịch		
Steroid + Tacro + MMF (n=43)	38	88,4
Steroid + Tacro + MPA (n=43)	5	11,6
Thời điểm phát hiện bệnh CMV sau ghép	21,6 ± 20,5 tháng (2–101 tháng)	

3.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm BN nghiên cứu**Triệu chứng lâm sàng****Bảng 2: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp**

Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)
Ho khan (n=43)	18	41,9
Ho có đờm (n=43)	23	53,5
Sốt (n=43)	28	65,1
Đau ngực (n=43)	12	27,9
Khó thở (n=43)	12	27,9
Phổi có ran (ran nổ, ran ẩm (n=43)	32	74,4

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là phổi có ran (74,4%), sốt (65,1%) và ho đờm.

Triệu chứng cận lâm sàng

Các xét nghiệm cận lâm sàng chẩn đoán CMV

Bảng 3: Tổn thương trên phim chụp cắt ngực

Đặc điểm tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
CMV IgG: dương tính	43/43	100
CMV IgM: âm tính	25/43	58,2
PCR – CMV đờm, dịch phế quản: dương tính	43/43	100
Hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp lồng ngực		
Đám mờ hai phổi (n=43)	31	72,1
Tổn thương dạng lưới (n=43)	34	79,1
Tổn thương kính mờ (n=43)	14	32,6
Tràn dịch màng phổi (n=43)	40	93,0
Tổn thương dày vách (n=43)	19	44,2
Giãn phế quản (n=43)	39	90,7

Hình ảnh tổn thương thường gặp trên phim cắt lớp ngực là tràn dịch màng phổi, giãn phế quản và tổn thương đám mờ hai phổi.

Hình ảnh tổn thương trên nội soi phế quản

Bảng 4: Tổn thương trên nội soi phế quản

Đặc điểm tổn thương	n	Tỷ lệ (%)
Bình thường	13	30,2
Niêm mạc sung huyết	7	16,3
Dịch đục lòng phế quản	8	18,6
Mủ trong lòng phế quản	3	7,0

Niêm mạc sung huyết, dịch đục lòng PQ	3	7,0
Niêm mạc sung huyết, mũ trong lòng PQ	2	4,7
Mảng sắc tố đen	1	2,3
Không soi phế quản	6	13,9
Tổng	43	100

Tổn thương thường gặp trên nội soi phế quản là niêm mạc phế quản sung huyết và có dịch đục lòng phế quản.

3.3. Phác đồ điều trị CMV và kết quả điều trị

Thuốc điều trị CMV

Bảng 5: Thuốc điều trị CMV ở nhóm BN nghiên cứu

Thuốc điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Gancyclovir	39	90,7
Valgancyclovir	4	9,3
Tổng	43	100

Thuốc điều trị CMV được sử dụng phổ biến là Gancyclovir (90,7%)

Phương pháp điều trị hỗ trợ

Bảng 6: Phương pháp điều trị hỗ trợ ở nhóm BN nghiên cứu

Điều trị hỗ trợ	n	Tỷ lệ (%)
Thở oxy kính	17	39,5
Thở oxy mask	5	11,6
Thở máy không xâm nhập	5	11,6
Thở máy xâm nhập	6	14,0
Không thở oxy	10	23,3
Tổng	43	100

Đa phần các bệnh nhân đều cần hỗ trợ thở oxy trong thời gian điều trị. Trong đó có 14% BN phải can thiệp thở máy xâm nhập.

Kết quả điều trị

Bảng 7: Kết quả điều trị ở nhóm BN nghiên cứu

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Khỏi, ra viện	37	86,0
Chuyển tuyến	5	11,8
Tử vong	1	2,2
Tổng	43	100

Đa phần các BN đáp ứng điều trị và khỏi, ra viện (86%). Có 1 BN tử vong do tình trạng sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa đi kèm.

IV. BÀN LUẬN

Viêm phổi do CMV được phát hiện ở 11,9% BN sau ghép thận trong nhóm BN

nghiên cứu của chúng tôi. Trước đây tỷ lệ nhiễm CMV thay đổi từ 10-70% tại các trung tâm ghép thận khác nhau. Nhiễm trùng được phân loại là sớm (trong vòng 100 ngày sau ghép) và muộn (sau 100 ngày sau ghép). Ở trong nghiên cứu của chúng tôi thời điểm phát hiện bệnh CMV sau ghép là sớm ($21,6 \pm$

20,5 tháng). Điều này cũng dễ hiểu do ở giai đoạn sớm sau ghép các BN được sử dụng các thuốc UCMD liều cao, dẫn đến nguy cơ bùng phát các bệnh lý nhiễm trùng tăng lên một cách đáng kể. CMV có thể gây nhiễm trùng không triệu chứng hoặc có triệu chứng, thậm chí có thể phát triển thành nhiễm trùng cơ quan xâm lấn⁴. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là phổi có ran (74,4%), sốt (65,1%) và ho đờm (53,5%). Cordero và cộng sự, đã xác nhận quan sát rằng sốt là biểu hiện lâm sàng chính liên quan đến nhiễm CMV, tiếp theo là khó chịu, ho, giảm bạch cầu và tiêu chảy, theo thứ tự tần suất⁵.

Trên phim chụp CT ngực ở nhóm BN này đều có tổn thương tràn dịch màng phổi, giãn phế quản và tổn thương đám mờ hai phổi. 100 % các bệnh nhân trong nghiên cứu có xét nghiệm CMV- IgG dương tính và PCR – CMV dương hoặc dịch phế quản dương tính mặc dù có đến 30,2 % bệnh nhân có hình ảnh nội soi phế quản bình thường và đến 58,2% các trường hợp CMV – IgM âm tính. Một vấn đề đặt ra ở đây là phân biệt giữa bệnh CMV hoạt động và nhiễm trùng tiềm ẩn. Trước khi ghép, các xét nghiệm CMV huyết thanh là cơ sở và có thể được sử dụng để theo dõi nguy cơ mắc bệnh CMV. Tuy nhiên, sau khi ghép chúng chỉ có giá trị hạn chế. Các nghiên cứu được thực hiện bởi Flechner và Prieser đã báo cáo rằng các xét nghiệm huyết thanh học thiếu tính hữu ích trong chẩn đoán tái kích hoạt CMV ở bệnh nhân cấy ghép⁶. Trong một số trường hợp, kháng thể có thể không phát triển do việc sử dụng thuốc ức chế miễn dịch, hoặc phát triển sau khi bệnh đã được chữa khỏi, hoặc có thể tồn tại trong nhiều năm. Vì vậy, lý giải cho việc 100% các bệnh nhân trong nghiên cứu này có PCR – CMV dương hoặc dịch phế quản

dương tính song có đến 58,2% trường hợp CMV – IgM âm tính có thể là do ức chế miễn dịch sau khi cấy ghép và hiệu giá IgM có thể không được nâng lên mức phát hiện được.

Hiện tại, liệu pháp điều trị nhiễm CMV khác nhau giữa các trung tâm khác nhau; tuy nhiên, hai chiến lược được chấp nhận theo hướng dẫn quốc tế: điều trị dự phòng toàn cầu và điều trị trước⁷. Dự phòng toàn cầu liên quan đến việc sử dụng thuốc kháng virus cho tất cả bệnh nhân hoặc một nhóm nhỏ bệnh nhân có nguy cơ. Thuốc kháng virus thường được bắt đầu ngay sau khi ghép thận và tiếp tục trong 3 đến 6 tháng⁷. Đối với liệu pháp phòng ngừa trước, bệnh nhân được theo dõi thường xuyên để phát hiện nhiễm CMV và liệu pháp được bắt đầu khi có bằng chứng rõ ràng về sự nhân lên của virus đang hoạt động. Theo hướng dẫn điều trị trước, việc điều trị được tiếp tục cho đến khi thu được hai kết quả xét nghiệm kháng nguyên máu âm tính liên tiếp. Bệnh nhân bị nhiễm CMV nên dùng ganciclovir truyền tĩnh mạch hoặc valganciclovir uống trong tối thiểu 14 ngày cho đến khi hết triệu chứng. Trong điều trị viêm phổi do CMV, Ganciclovir được chỉ định cùng với CMV-specific immune globulin. Trong số 43 BN trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp bệnh nhân có diễn biến nặng và cần can thiệp thở máy. Trong nhóm BN nghiên cứu có 39 bệnh nhân được điều trị bằng ganciclovir đường tĩnh mạch trong vòng ít nhất 21 ngày. Về kết quả điều trị, tỷ lệ BN trong nghiên cứu này được điều trị khỏi, ra viện cao (86%) và có 11,8% trường hợp được chuyển tuyến cơ sở. Trong 5 bệnh nhân chuyển tuyến có 3 BN chuyển BV Việt Đức để chuyển đổi liệu pháp ức chế miễn dịch bổ sung nhóm ức chế m-TOR. Nghiên cứu cũng cho thấy các BN sau đó đã

hồi phục hoàn toàn tình trạng viêm phổi, ngoại trừ 1 BN tử vong do sốc mất máu do xuất huyết tiêu hóa – viêm phổi bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN viêm phổi do CMV sau ghép thận tại Trung tâm Thận – tiết niệu và lọc máu - Bệnh viện Bạch Mai là 11,9%. Bệnh thường có biểu hiện rầm rộ, diễn biến nặng và có nguy cơ đe dọa tính mạng. Các BN đều có đáp ứng tốt với Gancyclovir đường tĩnh mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ramanan P, Razonable RR.** Cytomegalovirus infections in solid organ transplantation: a review. *Infect Chemother.* 2013;45:260–271. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
2. **Selvey LA, Lim WH, Boan P, Swaminathan R, Slimings C, Harrison AE, Chakera A.** Cytomegalovirus viremia and mortality in renal transplant recipients in the era of antiviral prophylaxis. Lessons from the Western Australian experience. *BMC Infect Dis.* 2017;17:501. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. **Andrews PA, Emery VC, Newstead C.** Summary of the British transplantation society guidelines for the prevention and management of CMV disease after solid organ transplantation. *Transplant.* 2011;92:1181–1187. [PubMed] [Google Scholar]
4. **De Keyzer K, Van Laecke S, Peeters P, Vanholder R.** Human cytomegalovirus and kidney transplantation: a clinician's update. *Am J Kidney Dis.* 2011;58:118–126. [PubMed] [Google Scholar]
5. **Cordero E, Casasola C, Ecarma R, Danguilan R.** Cytomegalovirus disease in kidney transplant recipients: incidence, clinical profile, and risk factors. *Transplant Proc.* 2012;44:694–700. [PubMed] [Google Scholar]
6. **Zhivka Stoykova¹, Liliya Ivanova¹, Valentin Ikononov, Iliana Teodorova** (2017), “Monitoring of CMV infection in kidney transplant recipients”, *Journal of IMAB - Annual Proceeding (Scientific Papers)*; 23(4).
7. **Kotton CN, Kumar D, Caliendo AM, Asberg A, Chou S, Snydman DR, Allen U, Humar A,** Transplantation Society International CMV Consensus Group International consensus guidelines on the management of cytomegalovirus in solid organ transplantation. *Transplant.* 2010;89:779–795. [PubMed] [Google Scholar]

TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI

Lương Thị Phụng^{1,2}, Lưu Thị Hằng³
Nguyễn Ngọc Huy^{1,2}, Nguyễn Thu Hương²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Bệnh thận mạn tính (CKD) là một yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng ở trẻ. Suy dinh dưỡng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ CKD.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 52 trẻ bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD) với 53,8% trẻ nam nhằm mô tả tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) và một số yếu tố liên quan ở trẻ ESRD.

Kết quả: 23,1% trẻ ESRD có SDD thể nhẹ cân mức độ vừa, 30,8% nhẹ cân mức độ nặng, SDD thể thấp còi mức độ vừa là 36,5% và 44,2% trẻ thấp còi mức độ nặng (phân loại WHO). Giảm albumin máu có liên quan đến SDD thấp còi ở trẻ ESRD ($p < 0,05$), nhưng tình trạng thiếu máu thì không. Không tìm thấy mối liên quan giữa tỷ lệ trẻ ESRD thấp còi và tỷ lệ giảm canxi hay tăng phospho máu. Nhưng tỷ lệ trẻ có PTH $> 300\text{pg/ml}$ có tương quan với tỷ lệ SDD thấp còi ($p < 0,015$).

Kết luận: Trong 52 trẻ ESRD có trên 50% trẻ SDD thể nhẹ cân và trên 80% SDD thấp còi. Giảm albumin máu và PTH $> 300\text{pg/ml}$ có liên quan đến chậm phát triển chiều cao ở trẻ ESRD.

Từ khóa: Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD), suy dinh dưỡng, trẻ em

SUMMARY

MALNUTRITION AND RELATED FACTORS IN CHILDREN WITH END-STAGE RENAL DISEASE

Introduction: Chronic kidney disease is a risk factor for childhood malnutrition. Malnutrition increases morbidity and mortality in children with chronic kidney disease.

Patients and Methods: A descriptive study on 52 children with end-stage renal disease (ESRD) with 53.8% boys in order to describe malnutrition (SDD) and some related factors in ESRD children.

Results: According to WHO classification, 23.1% of children with ESRD were moderately underweight malnutrition, 30.8% were severely underweight, moderate stunting at 36.5%, and 44.2% were severely stunting. Hypoalbuminemia was associated with stunting malnutrition in ESRD children ($p < 0.05$), but anemia was not. There was no association between the rate of stunting in children with ESRD and the rate of hypocalcemia or hyperphosphataemia. But the percentage of children with PTH $> 300\text{pg/ml}$ correlated with the rate of patients with stunting ($p < 0.015$).

Conclusion: among 52 ESRD children, over 50% of children were underweight malnutrition, and over 80% were stunting. Hypoalbuminemia and PTH $> 300\text{pg/ml}$ were associated with growth retardation in children with ESRD.

Keywords: end-stage renal disease (ESRD), Malnutrition, children.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Phụng

Email: luongphuong2233@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính ở trẻ đang ngày càng được quan tâm trên thế giới. Bệnh thận mạn là một yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ. Suy dinh dưỡng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ mắc bệnh thận mạn, đặc biệt là ESRD.^{1,2} Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia Việt Nam cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em (cho các lứa tuổi) dựa vào Z-Score của các chỉ số: Cân nặng theo tuổi (Suy dinh dưỡng thể nhẹ cân); chiều cao theo tuổi hoặc chiều dài nằm theo tuổi, nếu là trẻ em dưới 2 tuổi (suy dinh dưỡng thể thấp còi); Cân nặng theo chiều cao và BMI theo tuổi (suy dinh dưỡng thể gầy còm).³ Các nghiên cứu trước đây đã cho chứng minh các bệnh cấp tính chủ yếu ảnh hưởng đến cân nặng còn bệnh mạn tính thì ảnh hưởng nhiều đến phát triển chiều cao.⁴ Trẻ em mắc bệnh thận mạn tính (CKD) thường bị suy dinh dưỡng thể thấp còi và SDD đã được chứng minh là yếu tố chính dẫn đến tình trạng chậm phát triển chiều cao ở nhóm trẻ này.⁵ Tùy thuộc vào các chỉ số lâm sàng được sử dụng để xác định tình trạng suy dinh dưỡng ở các nghiên cứu khác nhau thì tỷ lệ hiện mắc SDD ở trẻ CKD là 20–45%.⁵ Suy dinh dưỡng ở trẻ CKD là sự phối hợp của nhiều yếu tố bao gồm bao gồm mất cân bằng nội tiết, giảm cảm giác thèm ăn và lượng thức ăn đưa vào, tình trạng viêm, tăng dị hóa, mất chất dinh dưỡng trong quá trình lọc máu, thiếu máu, rối loạn chuyển hóa chất khoáng và xương, điều trị corticoid (6–8).^{5,6}

Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả tình trạng suy dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở trẻ ESRD tại khoa Thận – Lọc máu, Bệnh viện Nhi Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:**

- + Bệnh nhân dưới 16 tuổi
- + Bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh thận mạn giai đoạn cuối
- + Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối:**

Chẩn đoán xác định bệnh thận mạn có bất thường về chức năng thận kéo dài trên 3 tháng thỏa mãn tiêu chuẩn MLCT < 15 ml/phút/1,73m² diện tích da hoặc cần điều trị thay thế thận⁷.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- + Đợt cấp của suy thận mạn
- + Có kèm theo một trong các bệnh lý tim mạch bẩm sinh
- + Có kèm theo một trong các bệnh lý ảnh hưởng đến dinh dưỡng: nhiễm trùng cấp tính, viêm khớp, bệnh lý ác tính, chấn thương, phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả một loạt ca bệnh
- Chọn mẫu thuận tiện
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/09/2020 đến 30/9/2021.
- Địa điểm nghiên cứu: khoa Thận – Lọc máu Bệnh viện Nhi Trung ương.

Các biến số và chỉ số nghiên cứu

- Kỹ thuật cân: sử dụng cân điện tử SECA độ chính xác 0,1kg. Kết quả của cân nặng được bằng kg với một số thập phân.
- Kỹ thuật đo chiều cao: Xác định chiều cao của trẻ ≥ 25 tháng tuổi sử dụng phương pháp đo chiều cao đứng (thước dây dán sát vào tường) và đo chiều dài nằm đối với trẻ < 25 tháng tuổi (thước đo chiều dài nằm).
- Tình trạng suy dinh dưỡng được xác định dựa vào chiều cao theo tuổi, cân nặng

theo tuổi với Z-score theo phân loại WHO và viện dinh dưỡng Quốc Gia Việt Nam.³

- Các chỉ số máu: Hemoglobin (g/l), Albumin (g/l), Canxi toàn phần (mmol/l), Phospho (mmol/l), PTH (pg/ml). Các mẫu xét nghiệm được lấy tại bệnh viện, sau đó được đưa đến khoa huyết học và sinh hóa, bệnh viện Nhi Trung ương.

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0

Đạo đức nghiên cứu

Đề tài đã được thông qua hội đồng khoa học của Bệnh viện Nhi Trung Ương số 837/BVNTW-VNCSKTE. Nghiên cứu chỉ

nhằm phục vụ nâng cao hiệu quả khám chữa bệnh cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 52 trẻ ESRD tham gia vào nghiên cứu với 53,8% là nam. 50% trẻ không tìm thấy nguyên nhân gây suy thận mạn. Trong số tìm được nguyên nhân thì nguyên nhân gặp cao nhất chiếm 23% là các bệnh lý cầu thận, tiếp đến là thận đa nang với 15,3% trẻ. Tuổi phát hiện ESRD trong nhóm nghiên cứu nhỏ nhất 5 tháng tuổi, lớn nhất là 16 tuổi. Trong đó, gặp nhiều nhất là nhóm trẻ từ 5 đến 10 tuổi (40,4%), tiếp đến là nhóm trẻ trên 10 tuổi (30,8%), nhóm trẻ ≤ 5 tuổi 28,8%.

Bảng 1. Mức độ suy dinh dưỡng ở trẻ ESRD dựa vào Z-score

Mức độ suy dinh dưỡng		0-5 tuổi	Tuổi	>10 tuổi	Tổng
Cân nặng theo tuổi (SDD thể nhẹ cân)	Từ -2SD -> + 2SD	8 (53,3%)	10 (47,7%)	6 (37,5%)	24 (46,2%)
	Từ -3SD -> -2SD	6 (40%)	2 (9,5%)	4 (25%)	12 (23,1%)
	Dưới -3SD	1 (6,7%)	9 (42,93%)	6 (37,5%)	16 (30,8%)
Chiều cao theo tuổi (SDD thể thấp còi)	Từ -2SD -> + 2SD	5 (33,3%)	4 (19,0%)	1 (6,3%)	10 (19,2%)
	Từ -3SD -> -2SD	5 (33,3%)	7 (33,3%)	7 (43,7%)	19 (36,5%)
	Dưới -3SD	5 (33,3%)	10 (47,7%)	8 (50%)	23 (44,3%)

SDD thể nhẹ cân gặp ở trên 50% trẻ ESRD và chủ yếu là trẻ trên 5 tuổi, với 30,8% là nhẹ cân mức độ nặng. Trong đó, trẻ dưới 5 tuổi chỉ có 6,7% nhẹ cân mức độ nặng. SDD thể gầy còm gặp ở trên 80% trẻ

ESRD trong nhóm nghiên cứu với 44,3% thấp còi mức độ nặng, cũng gặp nhiều ở nhóm trẻ từ 5 tuổi trở lên. Trong đó 93,7% trẻ trong nhóm tuổi > 10 tuổi là bị SDD thể thấp còi.

Bảng 2. Mối liên quan giữa nồng độ albumin máu, thiếu máu, và sử dụng corticoid với tỷ lệ SDD thể thấp còi ở trẻ ESRD

Các yếu tố		Không thấp còi		SDD thấp còi		P
		n	%	n	%	
Albumin máu	Bình thường	7	36,8	12	63,2	0,024
	Giảm (< 30 g/l)	2	7,7	24	92,3	
Thiếu máu (hemoglobin-Hb)	Không	4	20	16	80	1,0
	Có (Hb < 90g/l)	6	18,8	26	81,2	
Dùng corticoid	Không	8	20	32	80	1,0
	Có	2	16,7	10	83,3	

Tình trạng thiếu máu và sử dụng corticoid không liên quan đến tỷ lệ thấp còi. Tỷ lệ SDD thấp còi tăng cao ở nhóm có Albumin máu giảm so với nhóm albumin máu bình thường ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa nồng độ canxi, phospho và PTH máu với tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ ESRD

Nồng độ các chất trong máu		Không thấp còi		SDD thấp còi		p
		n	%	n	%	
Canxi máu toàn phần (mmol/l)	Bình thường	2	11,8	15	88,2	0,467
	Giảm	8	22,9	27	77,1	
Phospho máu (mmol/l)	Bình thường	0	0	9	100	0,324
	Tăng	8	21,6	29	78,4	
PTH (pg/ml)	< 300 pg/ml	5	50	5	50	0,015
	≥ 300 pg/ml	5	11,9	37	88,1	

Trong số trẻ bệnh thận mạn giai đoạn cuối thì tỷ lệ trẻ tăng PTH máu >300pg/ml ở nhóm SDD thấp còi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không thấp còi ($p < 0,05$), nhưng tỷ lệ trẻ giảm canxi máu toàn phần và tăng phospho máu không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh thận mạn tính là một yếu tố nguy cơ gây suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ. Chậm tăng trưởng vẫn là một vấn đề thách thức trong việc quản lý điều trị trẻ CKD. Mức độ suy thận và phương thức điều trị có ảnh hưởng đáng kể đến mức độ suy dinh dưỡng của trẻ CKD mà không phụ thuộc vào tuổi. Mặc dù, tình trạng CKD tiến triển tốt khi điều trị bảo tồn và thay thế thận, thì 30% đến 60% trẻ ESRD vẫn chậm phát triển chiều cao so tuổi khi trưởng thành.⁸ Suy dinh dưỡng làm tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ mắc bệnh thận mạn, đặc biệt là ESRD.^{1,2} 52 trẻ ESRD tham gia vào nghiên cứu có 53,8% là nam, tuổi phát hiện ESRD nhỏ nhất 5 tháng tuổi, lớn nhất là 16 tuổi. Trong đó, gặp nhiều nhất là nhóm trẻ từ 5 đến 10 tuổi (40,4%),

tiếp đến là nhóm trẻ trên 10 tuổi (30,8%), nhóm trẻ ≤ 5 tuổi 28,8%. Hơn 50% trẻ ESRD này có SDD thể nhẹ cân, với 30,8% là nhẹ cân mức độ nặng, nhưng SDD thể gầy còm gặp ở trên 80% trẻ ESRD trong nhóm nghiên cứu với 44,3% thấp còi mức độ nặng. Các nghiên cứu trước đây đã cho chứng minh các bệnh cấp tính chủ yếu ảnh hưởng đến cân nặng còn bệnh mạn tính thì ảnh hưởng nhiều đến phát triển chiều cao.⁴ Trẻ em mắc bệnh thận mạn tính (CKD) thường bị suy dinh dưỡng thể thấp còi và SDD đã được chứng minh là yếu tố chính dẫn đến tình trạng chậm phát triển chiều cao ở nhóm trẻ này.⁵ Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ SDD thấp còi hay nhẹ cân gặp nhiều ở nhóm trẻ từ 5 tuổi trở lên trong đó 93,7% trẻ trong nhóm tuổi > 10 tuổi là bị SDD thể thấp còi. Ở nhóm trẻ dưới 5 tuổi, 53,3% trẻ đạt được cân nặng bình thường theo tuổi và 1/3 trẻ có chiều cao bình thường theo tuổi. Điều này có thể giải thích là, trong nhóm nghiên cứu này có 26/52 trẻ không tìm thấy nguyên nhân gây suy thận mạn và hầu hết các trẻ ESRD không rõ nguyên nhân này nằm trong nhóm trẻ trên 5 tuổi. Đa số các trẻ không được kiểm tra sức khỏe định kỳ chỉ

đến khi có biểu hiện lâm sàng như phù, mệt mỏi, thiếu máu mới đi kiểm tra thì phát hiện ESRD nên tại thời điểm chẩn đoán hầu hết các trẻ đều chậm tăng trưởng chiều cao ở mức độ nặng ($< -3SD$).

Các nguyên nhân gây chậm tăng trưởng ở trẻ CKD bao gồm rối chuyển hóa hormone tăng trưởng (GH) và yếu tố tăng trưởng giống insulin-I (IGF-I), bất thường điện giải, thiếu hụt dinh dưỡng, nhiễm toan chuyển hóa, rối loạn xương và khoáng, urê máu cao, thiếu máu, nhiễm trùng và sử dụng corticoid. Nhóm nghiên cứu bước đầu muốn tìm hiểu mối liên quan của một số yếu tố với tỷ lệ SDD ở trẻ ESRD thì nhận thấy mặc dù có 32/52 trẻ có thiếu máu ($Hb < 90g/l$) nhưng không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD thấp còi ở hai nhóm ESRD có thiếu máu và không thiếu máu. 12/52 trẻ (23%) ESRD do các bệnh lý cầu thận nên tiền sử có điều trị corticoid. Tuy nhiên, do số lượng bệnh nhân còn ít nên chúng tôi không thấy sự khác biệt về tỷ lệ trẻ ESRD chậm tăng trưởng chiều cao ở nhóm có dùng corticoid trong tiền sử so với nhóm không dùng corticoid. Tỷ lệ SDD thấp còi tăng cao ở nhóm có Albumin máu giảm so với nhóm albumin máu bình thường ($p < 0,05$). Albumin máu là dấu hiệu sinh học thay thế cho tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em ESRD, và là một dấu ấn sinh học độc lập gây tăng tỷ lệ tử vong và mắc bệnh. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra giảm albumin máu có liên quan đến tình trạng viêm.⁸ David Seres và cộng sự đã báo cáo có mối liên quan đáng kể giữa tình trạng viêm và chứng chán ăn ở bệnh nhân ESRD.

Trẻ CKD có những thay đổi nghiêm trọng trong quá trình chuyển hóa PTH-canxi-phospho, có thể dẫn đến chậm phát triển chiều cao cho trẻ. Cường cận giáp thứ phát với nồng độ PTH quá mức cản trở sự phát triển xương, vì nó thúc đẩy sự phá hủy cấu trúc của tủy xương. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân CKD, nồng độ PTH rất thấp gây ra tái tạo xương thấp và còi cọc nghiêm trọng. Theo hướng dẫn của K/DOQI cho thấy nồng độ PTH mục tiêu cần đạt được tương ứng với các giai đoạn bệnh thận là 35 – 70 pg/ml ở giai đoạn 2 – 3; 70 – 110 pg/ml ở giai đoạn 4 và 200 – 300 pg/ml ở giai đoạn 5.⁹ Khi so sánh trẻ ESRD ở hai nhóm thấp còi và nhóm trẻ đạt được chiều cao ở mức bình thường theo tuổi giới thì chúng tôi nhận thấy tỷ lệ trẻ giảm canxi máu toàn phần và tăng phospho máu không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nhưng tỷ lệ trẻ tăng PTH máu $> 300pg/ml$ ở nhóm thấp còi cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trẻ đạt chiều cao bình thường theo lứa tuổi ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Trẻ bệnh thận mạn giai đoạn cuối thường suy dinh dưỡng thể thấp còi (trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ này là trên 80%). Giảm albumin $< 30g/l$ và tăng PTH máu $> 300 pg/ml$ có liên quan với tỷ lệ trẻ ESRD suy dinh dưỡng thấp còi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Resty Varia Tutupoho, Ninik Asmaningsih, Risky Vitria Prasetyo. Association of malnutrition with renal

- function in children with kidney disease. *GSC Biol and Pharm Sci*. 2021;17(3):100-106. doi:10.30574/gscbps.2021.17.3.0354
2. **Furth SL, Hwang W, Yang C, Neu AM, Fivush BA, Powe NR.** Growth failure, risk of hospitalization and death for children with end-stage renal disease. *Pediatr Nephrol*. 2002;17(6):450-455. doi:10.1007/s00467-002-0838-x
 3. **Cách phân loại và đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào Z-Score.** Accessed March 22, 2023. <http://viendinhduong.vn/vi/suy-dinh-duong-tre-em/cach-phan-loai-va-danh-gia-tinh-trang-dinh-duong-dua-vao-z-score-603.html>
 4. **Becker PJ, Nieman Carney L, Corkins MR, et al.** Consensus Statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: Indicators Recommended for the Identification and Documentation of Pediatric Malnutrition (Undernutrition). *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*. 2014;114(12):1988-2000. doi:10.1016/j.jand.2014.08.026
 5. **Iorember FM.** Malnutrition in Chronic Kidney Disease. *Front Pediatr*. 2018;6:161. doi:10.3389/fped.2018.00161
 6. **Salas P, Pinto V, Rodriguez J, Zambrano MJ, Mericq V.** Growth Retardation in Children with Kidney Disease. *International Journal of Endocrinology*. 2013;2013:e970946. doi:10.1155/2013/970946
 7. **KDIGO** 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney inter, Suppl*. 2013;(3):1-150.
 8. **Sozeri B, Mir S, Kara OD, Dincel N.** Growth Impairment and Nutritional Status in Children with Chronic Kidney Disease. *Iran J Pediatr*. 2011;21(3):271-277.
 9. **Hogg RJ, Furth S, Lemley KV, et al.** National Kidney Foundation's Kidney Disease Outcomes Quality Initiative clinical practice guidelines for chronic kidney disease in children and adolescents: evaluation, classification, and stratification. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 1):1416-1421. doi:10.1542/peds.111.6.1416

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ VIÊM THẬN TRONG SCHONLEIN-HENOCH Ở TRẺ EM

Nguyễn Ngọc Sáng¹, Nguyễn Thị Hằng², Trần Thị Ngọc Hòa³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ viêm thận trong Schönlein - Henoch ở trẻ em.

Đối tượng và phương pháp: 222 trẻ bị Schönlein - Henoch điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Việt Nam. Phương pháp: Mô tả một loạt ca bệnh.

Kết quả: tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1, tuổi trung bình $7,41 \pm 3,32$ tuổi, bệnh nhi sống ở nông thôn 120 (54,1%) nhiều hơn thành thị 102 (45,9%), bệnh chủ yếu gặp vào mùa đông xuân, tiền sử liên quan đến khởi phát bệnh chủ yếu là viêm đường hô hấp 38 (17,1%) và cơ địa dị ứng 32 (14,4%), nhiễm khuẩn tiết niệu 3 (1,4%) và sau tiêm vaccin 2 (0,9%). 100% bệnh nhi có ban xuất huyết dưới da, thời gian xuất huyết trung bình $11,8 \pm 3,9$ ngày, đau bụng và xuất huyết tiêu hóa 104 (46,8%), sưng đau khớp 85 (38,3%). Có 59 (26,6%) bệnh nhi có viêm thận. Hồng cầu niệu 44 (19,8%), protein niệu 38 (17,1%), IgA tăng 62 (63,3%). Các yếu tố nguy cơ viêm thận gồm tuổi trên 10 (OR=3,37, CI = 1,72 – 6,58); thời gian xuất hiện ban xuất huyết trên 28 ngày (OR=9,11, CI = 2,77 – 29,91), đau bụng kèm xuất huyết tiêu

hóa (OR=9,2, CI = 3,76 – 22,55), CRP huyết thanh >10mg/l (OR=2,43, CI = 1,44 – 7,11).

Kết luận: Schönlein - Henoch thường khởi phát sau viêm đường hô hấp, cơ địa dị ứng. Các triệu chứng lâm sàng đa dạng: ban xuất huyết, triệu chứng tiêu hóa, sưng đau khớp và tổn thương thận. Các yếu tố nguy cơ viêm thận là tuổi trên 10, thời gian tồn tại ban xuất huyết trên 28 ngày, đau bụng kèm xuất huyết tiêu hóa, CRP huyết thanh >10mg/l.

Từ khóa: Schönlein - Henoch, viêm thận, trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS FOR NEPHRITIS IN CHILDHOOD WITH HENOCH-SCHÖNLEIN PURPURA

Objective: To describe the clinical epidemiological characteristics and some risk factors of nephritis in childhood Henoch-Schönlein purpura.

Subjects: 222 children with Henoch-Schönlein treated at Haiphong Children's Hospital, Vietnam. Methods: case-series study.

Results: the male / female ratio was 1.2 / 1, the average age was 7.41 ± 3.32 years old, and the figure for patients living in rural areas 120 (54.1%) was higher than that in urban areas 102 (45.9%).), the onset of Henoch-Schönlein purpura was in winter and spring, history related to disease onset were mainly respiratory tract infection 38 (17.1%) and atopic allergy 32 (14.4%), urinary tract infection 3 (1.4%) and

¹Đại học Y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Sản Nhi Quảng Ninh

³Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Sáng

ĐT: 0913087202

Email: nnsang@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/5/2023

Ngày phản biện: 30/5/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

after vaccination 2 (0.9%). 100% of pediatric patients had purpura, average purpura time 11.8 ± 3.9 days, abdominal pain with gastrointestinal bleeding 104 (46.8%); swelling and pain joints 85 (38.3%). There were 59 (26.6%) patients with nephritis. Hematuria 44 (19.8%), proteinuria 38 (17.1%), serum IgA increase 62 (63.3%). The risk factors for nephritis included age over 10 (OR = 3.37, CI = 1.72 - 6.58), time to appear purpura more than 28 days (OR = 9.11, CI = 2.77 - 29.91), abdominal pain with gastrointestinal bleeding (OR = 9.2, CI = 3.76-22, 55), serum CRP > 10mg/l (OR = 2.43, CI = 1.44 - 7.11).

Conclusion: The onset of Henoch-Schönlein purpura was after respiratory tract infection, atopic allergy. The clinical symptoms were diverse including purpura, abdominal pain with gastrointestinal bleeding, pain swelling joint and kidney damage. Risk factors for nephritis were the age of 10 years, persistence of purpura more than 28 days, abdominal pain with gastrointestinal bleeding, serum CRP > 10mg/l.

Keywords: Henoch-Schönlein purpura, nephritis, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Schönlein - Henoch (SH) là bệnh viêm mao mạch hệ thống qua trung gian phức hợp miễn dịch, có tổn thương lan tỏa vi mạch ở nhiều cơ quan, chủ yếu liên quan đến da, thận, ruột và khớp [1],[2],[3]. Tỷ lệ mắc mới của SH hàng năm từ 10 đến 20 trẻ em trên 100.000 dân. Đây là loại viêm mạch phổ biến nhất của tuổi thơ. Trẻ em da trắng và châu Á thường bị ảnh hưởng nhất, trong khi trẻ em người Mỹ gốc Phi ít bị ảnh hưởng. Mặc dù SH là bệnh có tổn thương lan tỏa hệ thống vi mạch ở nhiều cơ quan, biểu hiện với nhiều thể lâm sàng khác nhau, nhưng tiến triển và tiên lượng bệnh phụ thuộc nhiều vào tính chất và mức độ tổn thương ở thận. Tổn

thương thận trong SH nếu không được chẩn đoán điều trị, theo dõi và quản lý tốt sẽ gây ra bệnh thận mạn tính, có thể tiến triển đến suy thận mạn giai đoạn cuối, ảnh hưởng đến sức khỏe, sức lao động, kinh tế của bệnh nhân và tạo gánh nặng cho xã hội sau này. Ở Việt Nam đã có một số đề tài nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh SH. Tuy nhiên, việc nghiên cứu về tổn thương thận trong SH ít được đề cập đến. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhân SH như thế nào và yếu tố nguy cơ viêm thận ở những bệnh nhân này ra sao? Là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hai mục tiêu sau:

- Mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của bệnh nhi mắc Schönlein-Henoch tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng, Việt Nam từ tháng 01/10/2018 đến 30/09/2020.

- Mô tả một số yếu tố nguy cơ viêm thận ở những bệnh nhân trên.

Hy vọng rằng với kết quả thu được sẽ góp phần nào chẩn đoán và tiên lượng SH, một bệnh thường gặp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 222 bệnh nhi được chẩn đoán SH vào điều trị tại Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng từ 01/10/2018 đến 30/09/2020.

Tiêu chuẩn chẩn đoán: theo Hội thảo Châu Âu năm 2010 gồm 1 tiêu chuẩn chính và ít nhất 1 trong 4 tiêu chuẩn phụ. Tiêu chuẩn chính: ban xuất huyết cùng lứa tuổi, không do giảm tiểu cầu. Tiêu chuẩn phụ: Đau bụng, mô bệnh học: viêm mạch leukocytoclastic với lắng đọng IgA chiếm ưu thế hoặc tăng sinh mao mạch cầu thận kèm lắng đọng IgA hoặc không, viêm khớp hoặc đau khớp, tổn thương thận: Protein niệu trên

0,3g/24h hoặc albumin niệu trên 30 mmol/mg và/hoặc đái máu hoặc hồng cầu niệu dương tính trên 2+.

Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận: xét nghiệm nước tiểu có hồng cầu niệu và/hoặc có protein niệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: mô tả một loạt ca bệnh.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán SH trong 2 năm từ 01/10/2018 - 30/09/2020.

Mỗi bệnh nhi có một bệnh án riêng, trong đó có ghi đầy đủ thông tin: hành chính, tiền sử, bệnh sử, lâm sàng, xét nghiệm, diễn biến và biến chứng suốt quá trình điều trị.

Các xét nghiệm làm tại khoa huyết học, hóa sinh Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng:

- Tổng phân tích nước tiểu, đánh giá chủ yếu các thông số hồng cầu, protein lúc vào viện và trong quá trình theo dõi điều trị.

- Xét nghiệm máu: tổng phân tích tế bào máu, đông máu cơ bản, CRP, ure, creatinin, albumin, protein, các Immunoglobulin miễn dịch huyết thanh.

Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0. Tính tỷ lệ phần trăm (%), so sánh 2 tỷ lệ phần trăm bằng test “ χ^2 ”. Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh 2 giá trị trung bình bằng test “t” tự đối chiếu (so sánh từng cặp), tính tỷ suất chênh OR, khoảng tin cậy CI, xác suất p.

Đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng Đạo đức y sinh học trường Đại học Y Dược Hải Phòng và Bệnh viện Trẻ em Hải Phòng. Tất cả bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu. Toàn bộ thông tin bệnh nhân được bảo mật và chỉ sử dụng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khỏe bệnh nhi, ngoài ra không có mục đích nào khác

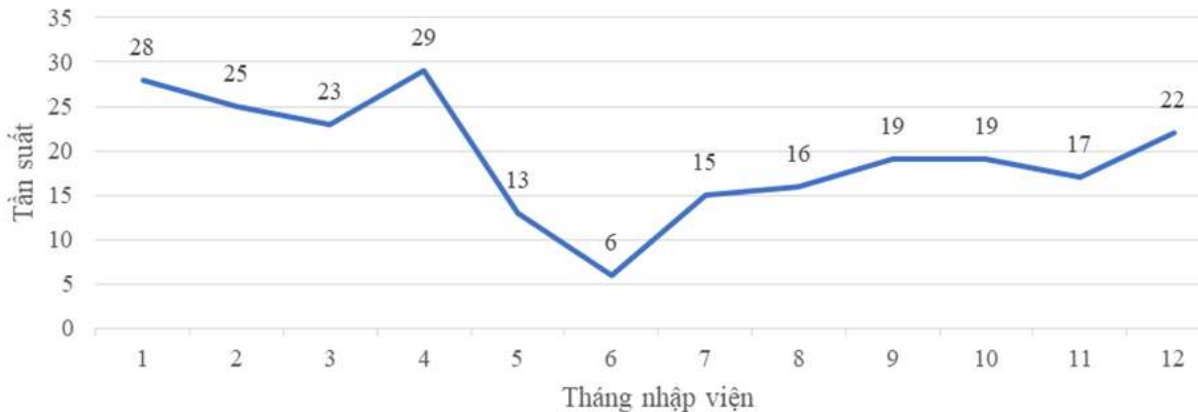
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Bảng 1. Dịch tễ học lâm sàng của Schönlein - Henoch (n=222)

Dịch tễ học lâm sàng	Số bệnh nhân (n=222)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (trung bình: 7,41 ± 3,32)		
≤ 10	173	78,3
>10	49	21,7
Nam	120	54,1
Nữ	102	45,9
Thành thị	102	45,9
Nông thôn	120	54,1
Yếu tố khởi phát		
Cơ địa dị ứng	32	14,4
Viêm đường hô hấp	38	17,1
Nhiễm trùng tiết niệu	3	1,4
Sau tiêm vaccin sởi-thủy đậu-rubella	2	0,9

Bảng 1 cho thấy tuổi mắc bệnh thường là tuổi học đường. Nhóm tuổi từ 5-10 gặp nhiều hơn. Giới: nam nhiều hơn nữ tuy nhiên sự khác nhau về giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Địa dư: trẻ sống ở nông thôn nhiều hơn thành thị.



Hình 1. Phân bố bệnh nhi Schönlein - Henoch theo tháng trong năm

Hình 1 cho thấy bệnh xuất hiện quanh năm nhưng gặp nhiều vào mùa đông xuân, từ tháng 10,11,12 đến tháng 1,2,3 là các tháng có thời tiết lạnh, ít gặp nhất vào tháng 6.

Đặc điểm lâm sàng:

Tiền sử dị ứng và một số bệnh liên quan gặp ở 75 bệnh nhi (33,78%), trong đó tiền sử viêm đường hô hấp trước một tuần khởi phát bệnh thường gặp nhất 38 (17,1%), cơ địa dị ứng 32 (14,4%), sau tiêm vaccin 2 (0,9%) và sau nhiễm khuẩn tiết niệu 3 (1,4%).

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng của Schönlein - Henoch (n=222)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Xuất huyết dưới da đối xứng 2 chi	222	100
Triệu chứng tiêu hoá (đau bụng, xuất huyết tiêu hoá)	110	59,5
Sưng đau khớp	85	38,3
Tổn thương thận	59	26,6

Bảng 2 cho thấy biểu hiện xuất huyết dưới da gặp ở 100% bệnh nhi, trường hợp tổn thương thận ít gặp hơn.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân Schönlein - Henoch

Đặc điểm cận lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Công thức máu		
Hemoglobin giảm <110g/l	28	12,6
Bạch cầu tăng > 10x10 ⁹ /l	95	42,8
Bạch cầu trung tính tăng >70%	45	20,3
Số lượng tiểu cầu > 100x10 ⁹ /l	222	100
CRP huyết thanh > 10mg/l	69	31,1
Ure huyết thanh > 50mg/dl	3	1,4
Ure huyết thanh < 50mg/dl	219	98,6
Creatinin huyết thanh > 1,5mg/dl	2	0,9
Creatinin huyết thanh < 1,5mg/dl	220	99,1
Protein huyết thanh < 56g/l	4	1,8
Protein huyết thanh > 56g/l	218	98,2

Albumin huyết thanh < 25g/l	2	0,9
Albumin huyết thanh > 25g/l	220	99,1
Hồng cầu niệu +	24	10,8
Hồng cầu niệu ++	13	3,7
Hồng cầu niệu +++	7	3,2
Protein niệu (+)	38	17,1
Protein/Creatinin niệu		
< 100mg/mmol	33/38	86,8
100-250mg/mmol	2/38	5,3
> 250mg/mmol	3/38	7,9
IgA huyết thanh tăng	62/98	63,3
IgG huyết thanh tăng	40/71	55,3
IgM huyết thanh tăng	17/64	26,5
IgE huyết thanh tăng	16/58	27,6

Bảng 3 cho thấy các xét nghiệm máu và nước tiểu ở bệnh nhi SH không có biến đổi đặc hiệu, ở các bệnh nhân có viêm thận thì xét nghiệm có hồng cầu niệu và protein niệu dương tính.

3.2. Các yếu tố nguy cơ viêm thận:

Có 59 bệnh nhi (26,6%) có tổn thương thận.

Bảng 4. Các yếu tố nguy cơ viêm thận

Yếu tố nguy cơ	Có viêm thận (n=59)	Không viêm thận (n=163)	OR (95%CI)	p
Tuổi trung bình	9,02 ± 3,22	6,83 ± 3,17		
>10	23	26	3,37 (1,72-6,58)	<0,001
≤ 10	36	137		
Nữ	31	71	1,43 (0,79-2,61)	0,235
Nam	28	92		
Tiền sử bệnh trước vào viện				
Có	23	49	1,206 (0,88-3,84)	0,21
Không	36	114		
Xuất huyết ≥ 28 ngày	11	4	9,11 (2,77-29,91)	< 0,001
Xuất huyết < 28 ngày	48	159		
Đau bụng, xuất huyết tiêu hoá				
Có	16	8	9,20 (3,76-22,55)	< 0,001
Không	40	155		
CRP huyết thanh > 10mg/l	27	42	2,43 (1,44-7,11)	0,04
CRP huyết thanh< 10mg/l	32	121		
IgA huyết thanh Tăng	18	44	0,64 (0,37-1,00)	0,316
IgA huyết thanh Bình thường	14	22		

Bảng 4 cho thấy bệnh nhi trên 10 tuổi có nguy cơ tổn thương thận gấp 3,37 lần so với bệnh nhi dưới 10 tuổi. Bệnh nhi có thời gian xuất hiện ban xuất huyết trên 28 ngày có nguy cơ tổn thương thận cao gấp 9,11 lần so với bệnh nhi có thời gian xuất hiện ban xuất huyết dưới 28 ngày. Bệnh nhi có đau bụng và xuất huyết tiêu hoá có nguy cơ tổn thương thận gấp 9,2 lần bệnh nhi không có đau bụng và xuất huyết tiêu hoá. Nhóm bệnh nhi có CRP huyết thanh tăng $> 10\text{mg/l}$ có liên quan tổn thương thận gấp 2,43 nhóm có CRP huyết thanh $< 10\text{mg/l}$. Giới tính, tiền sử bệnh trước vào viện và nồng độ IgA huyết thanh không có mối liên quan với tổn thương thận ở các đối tượng nghiên cứu ($p>0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về dịch tễ học lâm sàng

Tuổi bệnh nhi nhỏ nhất là 3 tháng, cao nhất là 15 tuổi, tuổi trung bình là $7,41 \pm 3,32$. Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 5 đến 10 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả của các tác giả như Chen và cộng sự [2], Lee và cộng sự [3]. Giới tính: Nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1, chúng tôi cũng chưa thấy tác giả nào giải thích sự khác nhau về giới trong bệnh SH. Địa dư: bệnh nhi sống ngoại thành nhiều hơn nội thành, kết quả này tương tự Chen và cộng sự [2] tại Trung Quốc. Thời gian mắc bệnh xảy ra rải rác quanh năm nhưng nhiều nhất vào mùa đông xuân, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như Ekinci và cộng sự [4], Chen và cộng sự [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi có tiền sử bệnh liên quan chiếm 33,78%, trong đó tiền sử viêm đường hô hấp trước một tuần khởi phát bệnh thường gặp nhất 38 (17,1%), cơ địa dị ứng 32 (14,4%), sau tiêm vaccin 2 (0,9%). Chúng tôi thấy có mối liên

quan giữa thay đổi thời tiết và sự khởi phát bệnh SH, đặc biệt ở các bệnh nhân có các bệnh dị ứng như viêm mũi dị ứng, viêm da dị ứng... Bệnh thường khởi phát khi có thời tiết lạnh hoặc giao mùa. Kết quả nghiên cứu của Chen và cộng sự [2] chỉ ra bệnh nhi SH khởi phát sau nhiễm khuẩn bao gồm nhiễm khuẩn đường hô hấp, viêm đường ruột (60,8%) và 2 bệnh nhi SH khởi phát bệnh sau tiêm vaccin sởi-thủy đậu-rubella trước đó 2 tuần. Ekinci và cộng sự [4] cũng cho nhận xét tương tự. Triệu chứng lâm sàng: ban xuất huyết gặp ở 100% trường hợp, chủ yếu là ban dạng chấm, nốt, tập trung thành từng đám ở cẳng chân hai bên, ở tay, mông đùi, thân mình ít gặp hơn, thời gian tổn thương da trung bình là $11,8 \pm 5,94$ ngày, các nghiên cứu trên thế giới như của Chen và cộng sự [2] cũng cho kết quả tương tự như trên. 59,5% bệnh nhi có triệu chứng về tiêu hoá (đau bụng, xuất huyết tiêu hoá). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Chen và cộng sự [2], Ekinci và cộng sự [4]. Có 38,3% bệnh nhân có biểu hiện sưng đau khớp. Kết quả này thấp hơn so với Chen và cộng sự [2]: đau khớp chiếm 65,8%, chủ yếu là đau khớp gối, cổ chân, cổ tay và số ít đau khớp khuỷu, khớp bàn ngón tay, đốt sống thắt lưng và khớp háng. Theo Lee và cộng sự [3] đau khớp chiếm 69,8%, theo Ekinci và cộng sự [4] tỷ lệ bệnh nhi có đau khớp là 58,1%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tổn thương thận trong SH 26,6%, hồng cầu niệu 19,8%, protein niệu 17,1%. Theo Chen và cộng sự [2], tổn thương thận chiếm 54,2% với protein niệu 26,7%. Điều này là một lưu ý quan trọng cho các bác sỹ lâm sàng, cần khám xét cẩn thận và làm xét nghiệm nước tiểu thường quy cho tất cả các bệnh nhân SH, đặc biệt trong lần đầu tiên vào viện để phát hiện sớm những tổn thương thận và có kế hoạch điều trị, theo dõi lâu dài.

Đặc điểm cận lâm sàng: 12,6% bệnh nhân thiếu máu nhẹ, số lượng bạch cầu tăng 42,8%; nồng độ CRP huyết thanh tăng 31,1%. Nồng độ ure và creatinin huyết thanh đa số bình thường, chỉ có 3 bệnh nhi ở ngưỡng suy thận. 98,2% bệnh nhi có protein toàn phần và albumin huyết thanh bình thường, chỉ có 3 bệnh nhi giảm ở ngưỡng thận hư. Theo Chen và cộng sự [2], Lee và cộng sự [3], IgA huyết thanh tăng 63,3% trường hợp. Chỉ có 3 bệnh nhi viêm thận trong SH được sinh thiết thận, kết quả cho thấy tăng sinh gian mạch đơn thuần (nhóm I) và tăng sinh gian mạch với dưới 50% tổn thương hình niêm cục bộ (nhóm IIIa), sinh thiết thận được tiến hành ở 46% số bệnh nhi và cho kết quả chủ yếu tổn thương nhóm IIIb.

4.2. Tỷ lệ viêm thận và các yếu tố nguy cơ

Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ viêm thận trong Schonlein-Henoch là 26,6%. Chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giới tính với tổn thương thận $p = 0,235$ ($p > 0,05$), giới tính không ảnh hưởng tới sự xuất hiện của tổn thương thận mặc dù tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ trong Schonlein-Henoch. Kết quả này phù hợp với Elmas và cộng sự [5] tại Thổ Nhĩ Kỳ. Tuy nhiên Kilic và cộng sự [6] có nhận xét rằng tổn thương thận gặp nhiều hơn ở nữ, sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê ($p = 0,047$ và $OR = 2,7$). Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa tuổi với tổn thương thận: Bệnh nhi trên 10 tuổi có nguy cơ tổn thương thận gấp 3,37 lần so với bệnh nhi dưới 10 tuổi ($OR = 3,37$; $95\%CI = 1,722; 6,582$; $p < 0,05$). Nghiên cứu của Kilic và cộng sự [6] cũng đưa ra kết quả: tuổi trên 10 là yếu tố ảnh hưởng đến tổn thương thận ($p = 0,001$ và $OR = 1,4$). Chúng tôi thấy có mối liên quan giữa thời gian xuất

hiện ban xuất huyết và tổn thương thận: thời gian ban xuất huyết kéo dài trên 28 ngày là yếu tố ảnh hưởng tới tổn thương thận ($p = 0,009$, $OR = 3.44$ (1.37–8.63)), Shin và cộng sự (9) cũng cho kết quả tương tự với $p = 0,009$, $OR = 3.44$ (1.37–8.63). Chúng tôi cũng tìm thấy có mối liên quan giữa đau bụng và xuất huyết tiêu hoá với tổn thương thận trong SH: Đau bụng dữ dội trên 3 ngày, nôn chướng bụng, nôn máu, đại tiện phân đen, dấu hiệu tắc ruột. Kết quả này tương tự như với thống kê của Shin và cộng sự [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa nồng độ CRP huyết thanh tăng với tổn thương thận trong SH. CRP tăng có nguy cơ tổn thương thận gấp 5,58 lần nhóm CRP huyết thanh bình thường. Theo nghiên cứu của Kilic và cộng sự [6], tăng CRP huyết thanh là một trong ba yếu tố liên quan tới tổn thương thận ($p = 0,007$ và $OR = 6,57$, $95\% CI$ (1,679; 25,782)). Tuy nhiên theo tác giả Lee và cộng sự [3], tăng CRP không có mối tương quan với tổn thương thận ($p = 0,238$). Nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa nồng độ IgA huyết thanh và tổn thương thận. Kết quả này phù hợp với Shin và cộng sự [7]. Tuy nhiên nghiên cứu của Tabel và cộng sự [8] chỉ ra rằng nồng độ IgA huyết thanh tăng trong SH và có liên quan tới tổn thương thận với $p = 0,04$.

V. KẾT LUẬN

5.1. Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

- Tuổi gặp từ 3 tháng -15 tuổi, chủ yếu gặp nhóm 5-10 tuổi, tỷ lệ nam:nữ 1,2:1, bệnh nhi sống ở ngoại thành nhiều hơn nội thành, bệnh xảy ra vào mùa đông xuân là chủ yếu, yếu tố tiền sử liên quan khởi phát bệnh là viêm đường hô hấp, cơ địa dị ứng.

- Biểu hiện lâm sàng: xuất huyết da điển hình (100%), đau bụng và xuất huyết tiêu hóa (46,8%), mức độ nặng (11,3%), sưng đau khớp (8,3%), viêm thận (26,6%)

- Các xét nghiệm thường không đặc hiệu: thiếu máu nhẹ (12,6%), bạch cầu tăng (42,8%), bạch cầu trung tính tăng (20,3%), CRP huyết thanh tăng (31,1%), IgA huyết thanh tăng (63,3%), IgG huyết thanh tăng (55,3%), IgE huyết thanh tăng (27,6%), hồng cầu niệu (19,8%), protein niệu (17,1%).

5.2. Về tỷ lệ tổn thương thận và các yếu tố nguy cơ

Có 59 (26,6%) bệnh nhân có biểu hiện tổn thương thận. Yếu tố nguy cơ tổn thương thận gồm: Tuổi ≥ 10 , ban xuất huyết kéo dài ≥ 28 ngày, đau bụng và xuất huyết tiêu hóa, tăng CRP huyết thanh.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Tất cả các bệnh nhân SH nên được theo dõi lâu dài và xét nghiệm nước tiểu để chẩn đoán sớm biến chứng viêm thận. Những nghiên cứu hơn nữa là cần thiết để đánh giá và tiên lượng lâu dài ở bệnh nhi mắc viêm thận trong SH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen JY, Mao JH.** Henoch-Schonlein purpura nephritis in children: incidence, pathogenesis and management. *World J Pediatr.* 2015;11(1):29-34.
2. **Chen O ZX, Ren P, Wang YB.** Henoch Schonlein Purpura in children: clinical analysis of 120 cases. 2013;13(1):94-9.
3. **Lee YH KY, Koo JW, Chung JY.** Henoch-Schonlein Purpura in Children Hospitalized at a Tertiary Hospital during 2004-2015 in Korea: Epidemiology and Clinical Management. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr.* 2016;19(3):175-85.
4. **Ekinci RMK BS, Melek E, Karabay Bayazit A,** Clinical manifestations and outcomes of 420 children with Henoch Schönlein Purpura from a single referral center from Turkey. *Mod Rheumatol.* 2019;14:1-8.
5. **Elmas AT TY.** Platelet Counts in Children With Henoch-Schonlein Purpura--Relationship to Renal Involvement. *Clin Lab Anal.* 2016;30(1):71-4.
6. **Demircioğlu KB, Kasap Demir B.** Determination of Risk Factors in Children Diagnosed With Henoch-Schönlein Purpura. *Division of Pediatric Nephrology, Medicine Faculty of Gaziantep University, Gaziantep, Turkey.* 2018;33(4):395-401.
7. **Shin JI, Park, J. M., Shin, Y. H., Hwang, D. H., Kim, J. H., & Lee, J. S.** Predictive factors for nephritis, relapse, and significant proteinuria in childhood Henoch-Schönlein purpura. *Scandinavian Journal of Rheumatology.* 2006;35(1):56-60.
8. **Tabel Y IF, Dogan DG, Elmas AT.** Clinical features of children with Henoch-Schonlein purpura: risk factors associated with renal involvement. *Iran J Kidney Dis.* 2012;6(4):269-74.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU Ở BỆNH NHÂN CÓ SỎI TIẾT NIỆU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Sơn¹, Phạm Ngọc Dũng², Đàm Sơn Tùng²
Phạm Tuấn Đạt¹, Đỗ Văn Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân có sỏi tiết niệu; (2) Đánh giá tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn phân lập được.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 78 TH có sỏi tiết niệu và NKTN.

Kết quả: Tỷ lệ NKTN ở bệnh nhân có sỏi tiết niệu là 29,4%. Nhiễm khuẩn Gram âm ở nữ giới (50,0%) cao hơn nam giới (26,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nhóm vi khuẩn Gram âm thì Escherichia Coli chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%). Trong nhóm vi khuẩn Gram dương thì Enterococcus Faecalis chiếm tỷ lệ cao nhất (12,8%). Tỷ lệ vi khuẩn Escherichia Coli nhạy cảm trên 80% với kháng sinh: Imipemen; Cefepime. Tỷ lệ vi khuẩn Enterococcus Faecalis nhạy cảm trên 80% đối với kháng sinh: Imipemen; Amocillin + A.Clavulanic.

Kết luận: Nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 29,4%. Tỷ lệ vi khuẩn Escherichia Coli nhạy cảm với 8 loại KS được thử, dao động 43% - 100%. Tỷ lệ vi khuẩn Enterococcus Faecalis nhạy cảm với kháng sinh Imipemen; Amocillin+A.Clavulanic là 100%, kháng thuốc với 6 KS còn lại dao động từ 44% - 88%.

Từ khóa: Sỏi tiết niệu; Nhiễm khuẩn tiết niệu

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS WITH URINARY STONES AT THAI BINH PROVINCIAL HOSPITAL

Objectives: (1) Comment on clinical and subclinical characteristics of urinary tract infections in patients with urinary stones. (2) Evaluation of antibiotic sensitivity rate of isolated bacteria.

Patients and methods: A cross-sectional descriptive study of 78 patients with urinary stones and urinary tract infections

Result: The rate of UTI in patients with urolithiasis was 29.4%. Gram negative infection in women (50.0%) was higher than in men (26.9%), the difference was statistically significant with $p < 0.05$. In the group of Gram-negative bacteria, Escherichia Coli accounted for the highest rate (44.9%). Among Gram-positive bacteria, Enterococcus Faecalis accounted for the highest rate (12.8%). The rate of Escherichia Coli bacteria sensitive to more than 80% to antibiotics: Imipemen; Cefepime. The rate of Enterococcus Faecalis bacteria sensitive to more than 80% to antibiotics: Imipemen; Amocillin + A. Clavulanic.

Conclusion: Urinary tract infections in people with urinary stones accounted for 29.4%. The percentage of Escherichia Coli bacteria sensitive to 8 tested antibiotics ranged from 43% to 100%. The rate of Enterococcus Faecalis bacteria

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

ĐT: 0912131080

Email: vusonytb@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 28/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

sensitive to the antibiotic Imipemen; Amocillin + A. Clavulanic is 100%, resistance to the remaining 6 antibiotics ranges from 44% - 88%.

Keywords: Urinary stone; Urinary tract infections.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là sự tích tụ cứng của khoáng chất, axit và muối kết tụ lại với nhau trong nước tiểu. Nó được phát hiện qua siêu âm, chụp cắt lớp vi tính có hoặc không có thuốc cản quang, hoặc chụp niệu đồ tĩnh mạch [1].

Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu chủ yếu dựa trên sự hiện diện của các triệu chứng đường tiết niệu dưới (ví dụ: khó tiểu, tiểu gấp ...) và bằng chứng của vi khuẩn niệu (bằng nuôi cấy nước tiểu). Chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu không phải lúc nào cũng dễ dàng vì các triệu chứng có thể mơ hồ hoặc tình trạng lây nhiễm trong khi lấy nước tiểu để làm xét nghiệm.

Mối liên quan giữa sỏi tiết niệu và nhiễm khuẩn tiết niệu rất phức tạp và khó phân tích cả hai trên quan điểm sinh lý bệnh và lâm sàng. Bệnh sỏi tiết niệu gây ra nhiễm khuẩn tiết niệu hay ngược lại, nhiễm khuẩn tiết niệu thúc đẩy hình thành sỏi tiết niệu. Nếu không được điều trị đúng cách, có thể dẫn đến viêm bể thận – thận, suy thận.

Để giúp cho việc điều trị sỏi tiết niệu hiệu quả hơn, chúng tôi thực hiện đề tài: “Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn tiết niệu ở người bệnh có sỏi tiết niệu tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình” nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn tiết niệu ở người bệnh có sỏi tiết niệu.

2. Đánh giá tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn phân lập được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian, địa điểm nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng là người bệnh bị sỏi tiết niệu có nhiễm khuẩn tiết niệu

* Tiêu chuẩn lựa chọn: Không sử dụng kháng sinh trước khi vào viện ít nhất 01 tháng.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hình ảnh sỏi tiết niệu không rõ ràng trên phim chụp XQ.

- Kết quả xét nghiệm vi sinh nước tiểu không đầy đủ thông tin: Tên vi khuẩn; Kháng sinh đồ.

2.1.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ 01/01/2022 đến 30/04/2023.

- Tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Ước tính cỡ mẫu theo công thức trên là 246. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã thu thập được 265 trường hợp đủ điều kiện theo tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.3. Xử lý số liệu

- Quản lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Đánh giá mức độ tương quan với 3 mức: Lỏng lẻo; Chặt chẽ; Rất chặt chẽ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu.****Bảng 1: Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu**

Vị trí sỏi	Không vi khuẩn		Có vi khuẩn		Tổng	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Thận	27	10,2	23	8,7	50	18,9
N.quản	95	35,8	32	12,1	127	47,9
B.quang	9	3,4	5	1,9	14	5,3
Thận và N.quản	53	20,0	15	5,7	68	25,7
Thận và B.quang	1	0,4	1	0,4	2	0,8
N.quản và B.quang	2	0,8	1	0,4	3	1,1
Vị trí khác	0	-	1	0,4	1	0,4
Tổng	187	70,6	78	29,4	265	100,0

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân có sỏi tiết niệu là 29,4%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân sỏi niệu quản chiếm tỷ lệ 12,1%.

Bảng 2: Tỷ lệ mắc vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn Gram dương

Vi khuẩn	Nhóm n	Nam giới		Nữ giới		p
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	
Gram âm	60	21	26,9	39	50,0	0,028
Gram dương	18	12	15,4	6	7,7	
Tổng	78	33	42,3	45	57,7	

Nhiễm khuẩn Gram âm ở nữ giới (50,0%) cao hơn nam giới (26,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Liên quan giữa Tuổi, Giới, Cân nặng, Chiều cao và Nhiễm khuẩn tiết niệu

Các biến độc lập	Kết quả xét nghiệm vi khuẩn		
	p*	OR	[95% C.I]
Tuổi	0,012	1,030	1,006 – 1,053
Giới	0,008	3,046	1,340 – 6,926
Cân nặng	0,891	1,004	0,943 – 1,070
Chiều cao	0,771	2,936	0,002 – 4,202

* Kiểm định so sánh đa biến

Các biến Tuổi, Giới, Cân nặng, Chiều cao đều có ảnh hưởng tới tỷ lệ Nhiễm khuẩn tiết niệu. Tuy nhiên chỉ có yếu tố Tuổi và Giới có ảnh hưởng thực sự rõ ràng đến tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu với $p < 0,05$.

Bảng 4: Liên quan Huyết sắc tố, Hematocrit, Protein toàn phần, Glucose, Kali và Nhiễm khuẩn tiết niệu

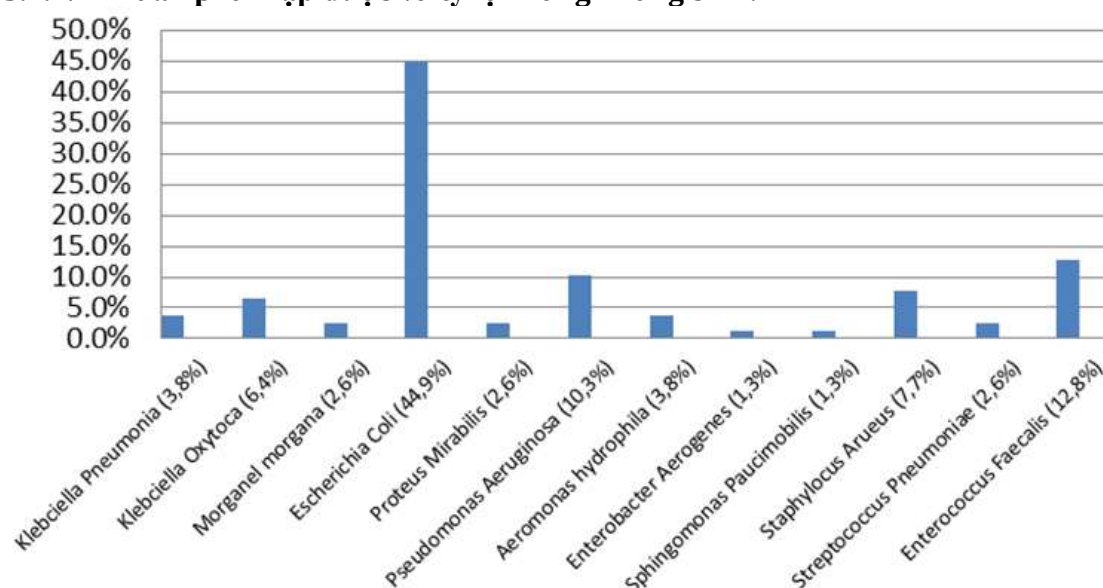
Các biến độc lập	Kết quả xét nghiệm vi khuẩn		
	p*	OR	[95% C.I]
Huyết sắc tố	< 0,001	0,92	0,88 – 0,96
Hematocrit	0,055	1,15	0,72 – 1,82

Protein toàn phần	0,021	1,06	1,01 – 1,12
Glucose	0,151	1,12	0,95 – 1,31
Kali	0,001	4,14	1,84 – 9,31

* Kiểm định so sánh đa biến

Các yếu tố: Huyết sắc tố, Hematocrit, Protein toàn phần, Glucose, Kali đều có mối liên quan đến nhiễm khuẩn niệu. Tuy nhiên chỉ có Huyết sắc tố, Protein toàn phần, Kali có mối liên quan thực sự rõ ràng với nhiễm khuẩn tiết niệu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Vi khuẩn phân lập được và tỷ lệ kháng kháng sinh.



Biểu đồ 1: Vi khuẩn phân lập được

- Trong nhóm vi khuẩn Gram âm thì Escherichia Coli chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%).
- Trong nhóm vi khuẩn Gram dương thì Enterococcus Faecalis chiếm tỷ lệ cao nhất (12,8%).

Bảng 5: Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn Escherichia Coli

Kháng sinh	n	Vi khuẩn Escherichia Coli					
		Nhạy Cảm		Trung Gian		Kháng Thuốc	
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Imipemen	35	35	100,0	0	-	0	-
Ceftazidime	34	26	76,5	0	-	8	23,5
Ceftriaxone	31	15	48,4	1	3,2	15	48,4
Cefotaxime	31	15	48,4	1	3,2	15	48,4
Cefepime	33	31	93,9	0	-	2	6,1
Amocillin+A.Clavulanic	32	14	43,8	4	12,5	14	43,8
Gentamycin	33	19	57,6	1	3,0	13	39,4
Ciprofloxacin	35	13	37,1	1	2,9	21	60,0

Tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia Coli* nhạy cảm trên 80% với kháng sinh: Imipemen; Cefepime. Tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia Coli* kháng thuốc dao động từ 23% đến 60% với một số kháng sinh được thử.

Bảng 6: Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca*

Kháng sinh	n	Vi khuẩn <i>Klebsiella Oxytoca</i>					
		Nhạy Cảm		Trung Gian		Kháng Thuốc	
		SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Imipemen	4	4	100,0	0	-	0	-
Ceftazidime	4	3	75,0	0	-	1	25,0
Ceftriaxone	2	2	100,0	0	-	0	-
Cefotaxime	2	2	100,0	0	-	0	-
Cefepime	5	5	100,0	0	-	0	-
Ticarcillin+A.Clavulanic	4	2	50,0	1	25,0	1	25,0
Gentamycin	4	4	100,0	0	-	0	-
Ciprofloxacin	5	3	60,0	0	-	2	40,0

Tỷ lệ vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca* nhạy cảm trên 80% với kháng sinh: Imipemen; Ceftriaxone; Cefotaxime; Cefepime; Gentamycin. Tỷ lệ vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca* kháng thuốc dao động từ 25% đến 40% với một số kháng sinh được thử.

Bảng 7: Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa*

Kháng sinh	n	Vi khuẩn <i>Pseudomonas Aeruginosa</i>					
		Nhạy Cảm		Trung Gian		Kháng Thuốc	
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
Imipemen	8	5	62,5	1	12,5	2	25,0
Ceftazidime	6	2	33,3	1	16,7	3	50,0
Ceftriaxone	4	0	-	0	-	4	100,0
Cefotaxime	8	0	-	0	-	8	100,0
Cefepime	7	4	57,1	1	14,3	2	28,6
Amocillin+A.Clavulanic	3	0	-	0	-	3	100,0
Gentamycin	7	5	71,4	0	-	2	28,6
Ciprofloxacin	8	3	37,5	1	12,5	4	50,0

Tỷ lệ vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa* nhạy cảm dao động từ 33% đến 71% với một số kháng sinh được thử. Tỷ lệ vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Ceftriaxone; Cefotaxime; Amocillin+A.Clavulanic.

Bảng 8: Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *Staphylococcus Arueus*

Kháng sinh	n	Vi khuẩn <i>Staphylococcus Arueus</i>					
		Nhạy cảm		Trung Gian		Kháng Thuốc	
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
Imipemen	6	1	16,7	0	-	5	83,3
Ceftazidime	6	1	16,7	0	-	5	83,3
Ceftriaxone	5	1	20,0	0	-	4	80,0

Cefotaxime	6	1	16,7	0	-	5	83,3
Cefepime	6	1	16,7	0	-	5	83,3
Amocillin+A.Clavulanic	6	1	16,7	0	-	5	83,3
Gentamycin	6	1	16,7	3	50,0	2	33,3
Ciprofloxacin	6	3	50,0	0	-	3	50,0

Tỷ lệ vi khuẩn *Staphylococcus Arueus* nhạy cảm dao động từ 16% đến 50% với một số kháng sinh được thử. Tỷ lệ vi khuẩn *Staphylococcus Arueus* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Imipemen; Ceftazidime; Cefotaxime; Cefepime; Amocillin+A.Clavulanic.

Bảng 9: Tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn *Enterococcus Faecalis*

Kháng sinh	n	Vi khuẩn <i>Enterococcus Faecalis</i>					
		Nhạy Cảm		Trung Gian		Kháng Thuốc	
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
Imipemen	10	10	100,0	0	-	0	-
Ceftazidime	9	1	11,1			8	88,9
Ceftriaxone	9	1	11,1			8	88,9
Cefotaxime	9	1	11,1			8	88,9
Cefepime	9	1	11,1	0	-	8	88,9
Amocillin+A.Clavulanic	9	9	100,0	0	-	0	-
Gentamycin	7	0	-	0	-	7	100,0
Ciprofloxacin	9	5	55,6	0	-	4	44,4

Tỷ lệ vi khuẩn *Enterococcus Faecalis* nhạy cảm trên 80% đối với kháng sinh: Imipemen; Amocillin+A.Clavulanic. Tỷ lệ vi khuẩn *Enterococcus Faecalis* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Ceftazidime; Ceftriaxone; Cefotaxime; Cefepime; Gentamycin.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu

Kết quả tại bảng 1, Tỷ lệ NKTN ở người có sỏi tiết niệu là 29,4%. Tỷ lệ NKTN ở người có sỏi tiết niệu của các nghiên cứu dao động từ 14% đến 40% [2]; [3].

Kết quả tại bảng 2, tỷ lệ nhiễm khuẩn Gram âm ở nữ giới (50,0%) cao hơn nam giới (26,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác. Tỷ

lệ NKTN do vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ cao hơn tỷ lệ NKTN do vi khuẩn Gram dương [1], [2], [3], [4]. Tỷ lệ NKTN ở nhóm bệnh nhân nữ cao hơn nhóm bệnh nhân nam [2].

Khi phân tích độc lập giữa tình trạng NKTN ở nhóm người có sỏi tiết niệu với các yếu tố Tuổi, Giới, Cân nặng, Chiều cao, kết quả cho thấy các biến số này đều có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKTN ($p < 0,05$). Khi phân tích đa biến cho thấy chỉ có yếu tố Tuổi và Giới có ảnh hưởng thực sự rõ ràng đến tỷ lệ NKTN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 3).

Khi phân tích độc lập giữa tình trạng NKTN ở nhóm người có sỏi tiết niệu với các yếu tố Huyết sắc tố, Hematocrit, Protein toàn phần huyết thanh, Glucose huyết thanh, Kali huyết thanh, kết quả cho thấy các biến số này đều có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKTN ($p < 0,05$).

Khi phân tích đa biến cho thấy chỉ có Huyết sắc tố, Protein toàn phần, Kali có mối liên quan thực sự rõ ràng với NKTN, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (bảng 4).

4.2. Vi khuẩn thường gặp và tỷ lệ kháng kháng sinh

Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy: Trong nhóm vi khuẩn Gram âm thì *Escherichia Coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%). Trong nhóm vi khuẩn Gram dương thì *Enterococcus Faecalis* chiếm tỷ lệ cao nhất (12,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu khác, vi khuẩn phân lập được thường gặp nhất là *Escherichia Coli* [1], [3], [4].

Vi khuẩn *Escherichia Coli*:

Kết quả tại bảng 5, tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia Coli* nhạy cảm trên 80% với kháng sinh: Imipemen; Cefepime. Tỷ lệ vi khuẩn *Escherichia Coli* kháng thuốc dao động từ 23% đến 60% với một số kháng sinh được thử. Theo İlknur Albayrak et al [5], vi khuẩn *E. coli* nhạy cảm nhất với Gentamicin (72,3%), Piperacillin+Tazobactam (57,4%) và Meropenem (48,9%).

Vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca*:

Kết quả tại bảng 6, tỷ lệ vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca* nhạy cảm trên 80% với kháng sinh: Imipemen; Ceftriaxone; Cefotaxime; Cefepime; Gentamycin. Tỷ lệ vi khuẩn *Klebsiella Oxytoca* kháng thuốc dao động từ 25% đến 40% với một số kháng sinh được thử. Theo İlknur Albayrak et al [5], vi khuẩn *Klebsiella pneumoniae* nhạy cảm nhất là Gentamicin (72,3%), Piperacillin / Tazobactam (57,4%) và Meropenem (48,9%).

Vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa*:

Kết quả tại bảng 7, tỷ lệ vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa* nhạy cảm dao động từ 33% đến 71% với một số kháng sinh

được thử. Tỷ lệ vi khuẩn *Pseudomonas Aeruginosa* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Ceftriaxone; Cefotaxime; Amocillin+A.Clavulanic. Theo İlknur Albayrak et al [5], vi khuẩn *P. aeruginosa* nhạy cảm nhất là Gentamicin (72,3%), Piperacillin + Tazobactam (57,4%) và Meropenem (48,9%).

Vi khuẩn *Staphylococcus Aureus*:

Kết quả tại bảng 8, tỷ lệ vi khuẩn *Staphylococcus Arueus* nhạy cảm dao động từ 16% đến 50% với một số kháng sinh được thử. Tỷ lệ vi khuẩn *Staphylococcus Arueus* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Imipemen; Ceftazidime; Cefotaxime; Cefepime; Amocillin+A.Clavulanic. Theo Desie Kasew et al [4], hai loài *S. saprophyticus* và *S. aureus* nhạy cảm với Gentamycin.

Vi khuẩn *Enterococcus Faecalis*:

Kết quả tại bảng 9, tỷ lệ vi khuẩn *Enterococcus Faecalis* nhạy cảm trên 80% đối với kháng sinh: Imipemen; Amocillin+A.Clavulanic. Tỷ lệ vi khuẩn *Enterococcus Faecalis* kháng thuốc trên 80% đối với kháng sinh: Ceftazidime; Ceftriaxone; Cefotaxime; Cefepime; Gentamycin. Theo Quế Anh Trâm [6], vi khuẩn *Enterococcus sp.* đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu từ 78 trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu trong số 265 trường hợp có sỏi tiết niệu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

5.1. Đặc điểm nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu:

- Nhiễm khuẩn tiết niệu ở người có sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 29,4%.

- Có 12 vi khuẩn phân lập được trong đó: Vi khuẩn Gram âm chiếm tỷ lệ 76,9%, trong số này vi khuẩn *Escherichia Coli* chiếm tỷ lệ cao nhất (44,9%). Vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ 23,1%, trong số này vi khuẩn *Enterococcus Faecalis* chiếm tỷ lệ cao nhất (12,8%).

- Các yếu tố: Tuổi; Giới; Huyết sắc tố; Protein toàn phần; Kali có mối liên quan thực sự rõ ràng với nhiễm khuẩn tiết niệu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

5.2. Tỷ lệ vi khuẩn nhạy cảm với kháng sinh

- Tỷ lệ *Escherichia Coli* nhạy cảm với 8 loại KS được thử, dao động 43% - 100%

- Tỷ lệ *Klebsiella Oxytoca* nhạy cảm với 8 loại KS được thử, dao động từ 50% đến 100%

- Tỷ lệ *Pseudomonas Aeruginosa* kháng thuốc với 8 loại KS được thử, dao động 25% - 100%

- Tỷ lệ *Staphylococcus Arueus* kháng thuốc với 8 loại KS được thử, dao động từ 33% đến 80%

- Tỷ lệ *Enterococcus Faecalis* nhạy cảm với kháng sinh Imipemen; Amocillin+A.Clavulanic là 100%, kháng thuốc với 6 KS còn lại dao động từ 44% - 88%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chih-Yen Hsiao, Tsung-Hsien Chen, Yi-Chien Lee, Meng-Chang Hsiao, Peir-Haur Hung, Yih-Yuan Chen, Ming-Cheng Wang;** (2019); Urolithiasis Is a Risk Factor for Uroseptic Shock and Acute Kidney Injury in Patients With Urinary Tract Infection; *Frontiers in Medicine*; www.

frontiersin. org; December 2019; Volume 6; Article 288

2. **Li Yongzhi, Yan Shi, Liu Jia, Liu Yili, Zhu Xingwang, Gong Xue;** (2018); Risk factors for urinary tract infection in patients with urolithiasis - primary report of a single center cohort; *BMC Urology* (2018) <https://doi.org/10.1186/s12894-018-0359-y>.
3. **Srijana Ranjit, Amit Kumar Singh;** (2020); Bacteriological Profile of Urine in Patients with Different Types of Kidney Stones in a Tertiary Care Hospital: A Descriptive Cross-sectional Study; *J Nepal Med Assoc* 2020;58(231):871-4.
4. **Desie Kasew, Setegn Eshetie, Abeje Diress2, Zerubabiel Tegegne, Feleke Moges;** (2021); Multiple drug resistance bacterial isolates and associated factors among urinary stone patients at the University of Gondar Comprehensive Specialized Hospital, Northwest Ethiopia; *BMC Urol*, 2021, <https://doi.org/10.1186/s12894-021-00794-8>.
5. **İlknur Albayrak, Ahmet Çalışkan, Funda Levendoğlu, Önder Murat Özerbil, Hatice Türk Dağ;** (2016); Characteristics of Urinary Tract Infections in Patients with Spinal Cord Injuries Hospitalized at a Rehabilitation Centre; *Cyprus Journal of Medical Sciences* 2016; 1: 17-21.
6. **Quế Anh Trâm, Lê Nguyễn Minh Hoa, Trần Anh Đào;** (2021); Nghiên cứu sự kháng kháng sinh của chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An; *Tạp Chí Y Học Lâm Sàng - Số 71/2021*: 109-115.

ĐÁNH GIÁ CÁC BIẾN CHỨNG SAU ĐIỀU TRỊ LỖ TIỂU THẤP BẰNG KỸ THUẬT TIP

Phạm Ngọc Thạch¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các biến chứng sau điều trị lỗ tiểu thấp theo kỹ thuật cuộn ống tại chỗ có rạch sàn niệu đạo (Tubularised incised plate-TIP) tại Khoa Niệu bệnh viện Nhi Đồng 2.

Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhi bị dị tật lỗ tiểu thấp được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo kỹ thuật TIP và được theo dõi tại khoa Niệu bệnh viện Nhi Đồng 2. Nghiên cứu tiền cứu mô tả loạt trường hợp, thời gian từ tháng 3/2012 đến tháng 3/2018.

Kết quả: Tổng số có 586 bệnh nhân nhận vào lô nghiên cứu tuy nhiên 30 bệnh nhân sau mổ từ chối tham gia tái khám nên có 556 bệnh nhân đáp ứng, được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo kỹ thuật TIP trong đó thể giữa chiếm 338 trường hợp và thể sau chiếm 218 trường hợp. Biến chứng xảy ra ở 162 trường hợp cần phải phẫu thuật lại chiếm tỉ lệ biến chứng chung 29% (162/556), trong đó rò niệu đạo 57 trường hợp (20,5%), tụt lỗ sáo 36 trường hợp (6,4%) và hẹp miệng sáo 12 trường hợp (2,1%). Thời gian theo dõi từ 12 tháng đến 36 tháng.

Kết luận: Biến chứng của kỹ thuật TIP điều trị lỗ tiểu thấp so với các kỹ thuật khác là chấp nhận được. Trong nhóm biến chứng của kỹ thuật

TIP không có những biến chứng phức tạp như hẹp niệu đạo hay bung toàn bộ niệu đạo.

Từ khóa: lỗ tiểu thấp, tạo hình niệu đạo, TIP

SUMMARY

COMPLICATIONS OF TUBULARISED INCISED PLATE TECHNIQUE FOR SEVERE HYPOSPADIAS REPAIR

Objective: To describe the complications of TIP technique for hypospadias repair at the Children's Hospital 2.

Methods: Prospective descriptive study, from March 2012 to March 2018, primary repairs were carried out on 556 boys with midshaft and proximal hypospadias. The method of urethroplasty was adapted from that of described by Snodgrass. The key step of the TIP repair is a midline incision of the urethral plate; a preputial dartos flap or a tunica vaginalis flap are used to cover the neourethra. An 8Fr Foley was used as a urethral tent and removed from 10 to 14 days after surgery. The follow-up time was 12-36 months.

Results: The overall complication rates was 29% composed of 114 urethrocuteaneous fistulas (20.5%), 36 meatal regressions (6.4%) and 12 meatal stenosis (2.1%). The meatal stenosis was managed by meatoplasty.

Conclusions: TIP technique was feasible for midshaft and proximal hypospadias. Postoperative complication rate was acceptable in comparison with other techniques. The advantage of this technique is simple and a cosmetic meatus.

Keywords: Hypospadias, urethroplasty, TIP

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2, Tp Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Thạch
ĐT 0902187095

Email: dr.thachpham@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 16/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật cuộn ống tại chỗ có rạch sàn niệu đạo (Tubularised incised plate- TIP) được tác giả Snodgrass giới thiệu vào năm 1994 [1] nhanh chóng trở nên phổ biến và chiếm dần ưu thế so với các kỹ thuật khác. Đây là cải tiến từ kỹ thuật Duplay với điểm mấu chốt là đường rạch giữa sàn niệu đạo làm rộng thêm sàn niệu đạo. Ban đầu kỹ thuật này chỉ sử dụng cho lỗ tiểu thấp thể trước sau áp dụng cho các thể giữa và sau. Kỹ thuật TIP chiếm được sự ưa chuộng ở các phẫu thuật viên do tính đơn giản của kỹ thuật [1], việc sử dụng sàn niệu đạo dồi dào mạch máu mà không phải sử dụng mô từ nơi khác đến giúp giảm tỉ lệ biến chứng và bảo đảm một kết quả lâu dài [2]. Bên cạnh đó tính thẩm mỹ với hình thái quy đầu và dương vật cân đối, miệng sáo hình khe tự nhiên; đây chính là những ưu thế thực sự của kỹ thuật [3].

Tại Việt Nam hiện không có nhiều các bài báo cáo có số lượng lớn cũng như thời gian theo dõi lâu dài khi triển khai kỹ thuật TIP cho lỗ tiểu thấp.

Mục tiêu nghiên cứu: **Đánh giá các biến chứng trong điều trị lỗ tiểu thấp theo kỹ thuật TIP.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

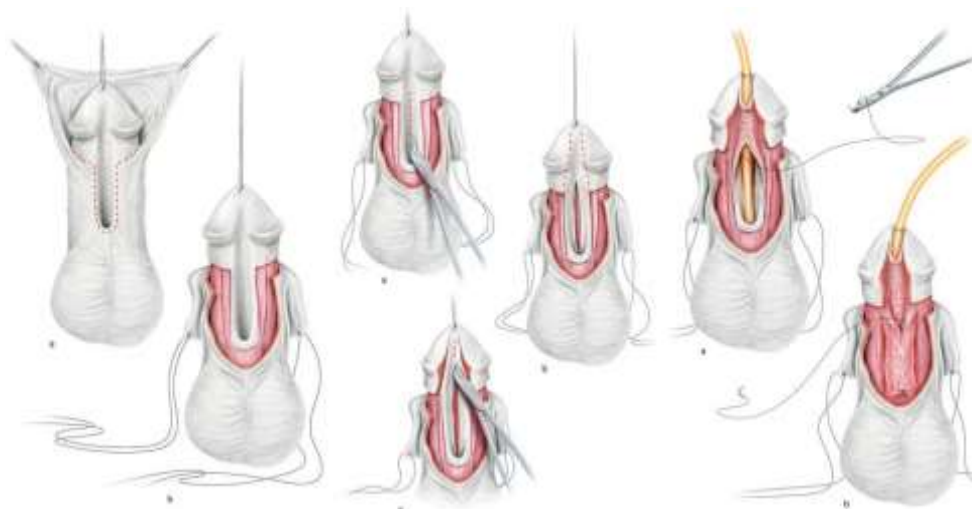
Bệnh nhân lỗ tiểu thấp thể giữa và thể sau được phẫu thuật theo kỹ thuật TIP và được theo dõi tại khoa Niệu bệnh viện Nhi Đồng 2 trong thời gian từ tháng 3/2012 đến tháng 3/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

Mô tả kỹ thuật:

Rạch da hình chữ U từ quy đầu song song sàn niệu đạo và vòng xuống lỗ sáo đóng thấp; điểm mấu chốt của kỹ thuật là rạch một đường rạch sâu vào sàn niệu đạo giúp sàn niệu đạo trở nên rộng hơn. Khâu khếp cuộn ống lại hai cánh niệu đạo, khâu phủ niệu đạo mới bằng hai cánh của vật xóp bên cạnh đó để giảm xì rò, lấy mảnh mô dưới da bao quy đầu có cuốn mạch khâu phủ tăng cường niệu đạo mới hoặc trong trường hợp niệu đạo tân tạo dài có thể lấy mảnh tinh mạc có cuốn từ bao tinh hoàn. Cuối cùng là khép hai cánh quy đầu và khâu da (Hình 1).



Hình 1: Kỹ thuật TIP (Tubularised incised plate)

Các biến số cần thu thập

Trước mổ: Tuổi, thể giải phẫu.

Sau mổ: Rò niệu đạo, hẹp miệng sáo, tụt miệng sáo, hẹp niệu đạo.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 556 bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo kỹ thuật Snodgrass trong đó:

Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và thể giải phẫu (Bảng 1)**Bảng 1: Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và thể giải phẫu**

Nhóm tuổi	Thể giải phẫu		P
	Thể giữa	Thể sau	
1-3	117 (69,2%)	168 (77,1%)	0,362*
4-6	66 (19,5%)	32 (14,7%)	
7-15	38 (11,3%)	18 (8,2%)	
Tuổi (năm) [¥]	2,6 (1,7 – 4,4)	2,4 (1,6 – 3,8)	0,256**

[¥]: Báo cáo trung vị và khoảng tứ vị vì số liệu bị lệch

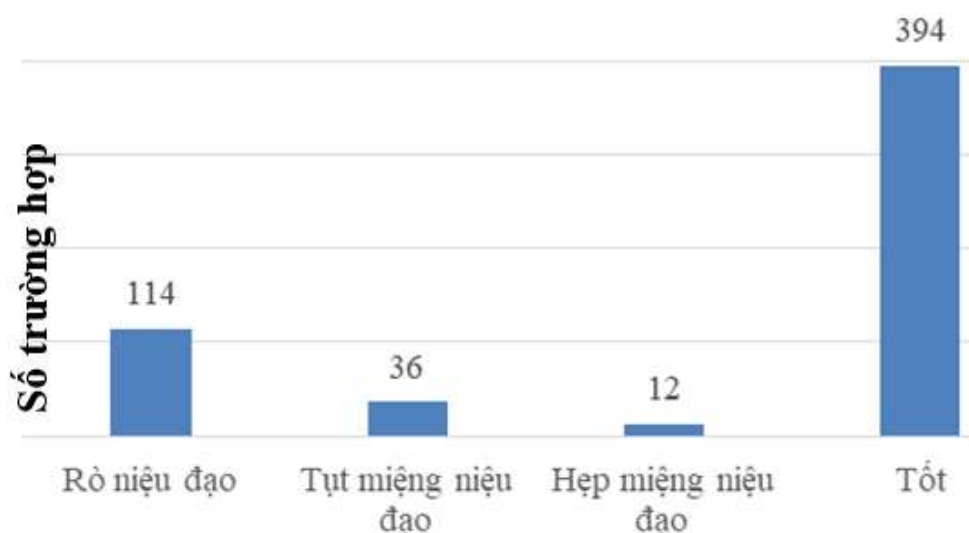
*: phép kiểm Chi bình phương, **: phép kiểm Wilcoxon Ranksum

Nhóm 1-3 tuổi chiếm đa số cả ở thể giữa và thể sau không có sự khác biệt với $p=0,362 > 0,05$ (phép kiểm Chi bình phương).

Tuổi trung vị ở thể giữa là 2,6 tuổi (1,7 - 4,4) và thể sau là 2,4 tuổi (1,6 – 3,8) không có sự khác biệt với $p = 0,256 > 0,05$ (phép kiểm Wilcoxon Ranksum).

Các biến chứng muộn sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo

Biến chứng xảy ra ở 162 trường hợp cần phải phẫu thuật lại chiếm tỉ lệ biến chứng chung 29% (162/556) trong đó rò niệu đạo 114 trường hợp (20,5%), tụt miệng sáo 36 trường hợp (6,4%) và hẹp miệng sáo phải chỉnh hình miệng sáo 12 trường hợp (2,1%) (Biểu đồ 1)

**Biểu đồ 1: Các biến chứng muộn sau phẫu thuật tạo hình niệu đạo**

Các yếu tố liên quan đến biến chứng phẫu thuật**Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến biến chứng phẫu thuật**

Đặc điểm	Biến chứng		P
	Có (n=162)	Không (n=394)	
Nhóm tuổi			
1 - 3	84 (20,8%)	318 (79,2%)	<0,001*
4 - 6	36 (36,7%)	62 (63,3%)	
7 - 15	42 (75%)	14 (25%)	
Thể			
Thể giữa	62 (18,3%)	276 (81,7%)	<0,001*
Thể sau	100 (45,8%)	118 (54,2%)	
Cong dương vật			
Có	130 (38,9%)	204 (61,1%)	<0,001*
Vật liệu bao phủ niệu đạo mới			
Mảnh tinh mạc	18 (28%)	46 (72%)	0,893*
Cân Dartos bao quy đầu	144 (29%)	348 (71%)	
Chiều dài niệu đạo mới (cm) [‡]	5,2 (1,4)	4,4 (1,2)	<0,001**
Thời gian mổ (phút) [‡]	130 (24,7)	112,6 (21,8)	<0,001**

[‡]Báo cáo trung bình và độ lệch chuẩn;

*phép kiểm Chi bình phương; **phép kiểm t

Biến chứng xảy ra ở nhóm khâu phủ niệu đạo bằng mảnh tinh mạc là 18/64 (28%) so với nhóm khâu phủ bằng dartos bao quy đầu là 144/492 (29%), khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p=0,893 (Bảng 2).

Kết quả điều trị tạo hình niệu đạo theo phương pháp TIP**Bảng 3: Kết quả điều trị**

Kết quả điều trị	Tần số	Tỷ lệ %
Tốt	394	70,8
Trung bình	0	0
Xấu	162	29,2

Không có trường hợp nào có kết quả trung bình với tiêu chuẩn sẹo xấu, điều này nói lên ưu điểm của kỹ thuật về thẩm mỹ. Tỷ lệ thành công phẫu thuật tạo hình niệu đạo là 70,8% (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật chỉnh sửa tật lỗ tiểu thấp thấp vẫn luôn là một thách thức cho phẫu thuật

viên niệu nhi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ biến chứng chung là 29% trong đó rò niệu đạo chiếm 20,5%. Năm 1998 tác giả Snodgrass [4] công bố nghiên cứu đầu tiên ứng dụng kỹ thuật TIP cho 27 trẻ có lỗ tiểu thấp thể giữa và thể sau. Đây là nghiên cứu đa trung tâm, trong nghiên cứu của tác giả chỉ có 3 trên 27 trẻ có biến chứng (11%). Theo Alan JW (2012) [1] thống kê 7 nghiên

cứu trên thế giới thực hiện kỹ thuật TIP thể giữa và sau lỗ tiểu thấp trên 237 bệnh nhân có tỉ lệ biến chứng chung giao động từ 4% đến 60% trung bình là 22%.

So với các nghiên cứu khác sử dụng các kỹ thuật thường dùng cho lỗ tiểu thấp thể sau như Onlay flap, Onlay tube thì tỉ lệ biến chứng chung là 31-42% với tỉ lệ rò từ 14-23[1]. So với kỹ thuật khác, kỹ thuật TIP luôn có mảnh mô có cuống mạch lấy từ các nguồn khác nhau để tăng cường niệu đạo tân tạo trước khi khâu phủ da thân dương vật. Chính động tác này đã làm giảm tỉ lệ xì rò được chứng minh qua các nghiên cứu [1].

Chúng tôi có 190 trường hợp tia tiểu yếu, miệng sáo co nhỏ sau rút thông tiểu được hướng dẫn nong niệu đạo 1-2 lần/ngày liên tục trong nhiều tháng; chỉ có 12 trường hợp (2,1%) trở nên hẹp thực sự cần được phẫu thuật chỉnh hình miệng sáo. Sau biến chứng rò niệu đạo, hẹp miệng sáo có lẽ là biến chứng thường gặp trong kỹ thuật TIP; chính biến chứng này cũng làm tăng thêm biến chứng rò niệu đạo. Để làm giảm biến chứng này về mặt kỹ thuật có một điểm quan trọng được các tác giả lưu ý là thủ thuật rạch sàn niệu đạo không được quá xa ở quy đầu [5] vì điều này có thể gây hẹp miệng sáo về sau. Khoảng cách các tác giả thống nhất là khoảng 3 mm so với đường ngang của điểm kết thúc hai đường rạch sàn niệu đạo trước đó.

Vấn đề nong niệu đạo sau mổ được một số tác giả đề cập với tác dụng phòng ngừa và làm giảm tỉ lệ hẹp miệng niệu đạo và làm giảm các biến chứng khác [6]. Tác giả Elbakry năm 1999 [6] nhấn mạnh có 4 trường hợp hẹp miệng niệu đạo kèm theo rò

nhỏ niệu đạo đã được nong niệu đạo hàng ngày liên tục trong 3 tháng và hoàn toàn hết. Trong nghiên cứu tiếp theo năm 2002 [5], tác giả phân nhóm ngẫu nhiên giữa nong niệu đạo thường qui sau rút thông tiểu trong 3 tháng và nhóm không nong niệu đạo; tác giả nhận thấy biến chứng rò và hẹp miệng sáo ở nhóm không nong cao hơn cao hơn hẳn ở nhóm có nong niệu đạo và có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên cũng có những tác giả không ủng hộ ý kiến này, chỉ nong niệu đạo khi có triệu chứng như tia tiểu nhỏ, miệng sáo hẹp [1]. Snodgrass trong nghiên cứu năm 1999 [7] đã cho nong niệu đạo thường qui sau năm đầu tiên sau mổ nhưng đến năm 2002 [3] tác giả chỉ cho nong những trường hợp chọn lọc như miệng sáo hẹp hay rò. Tác giả cho rằng không cần thiết phải nong tất cả và kết quả không có gì thay đổi [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc lựa chọn khâu phủ niệu đạo mới bằng cân Dartos bao quy đầu hay mảnh tinh mạc là do phẫu thuật viên quyết định trong lúc mổ. Thông thường nếu niệu đạo hình ngắn, việc dùng cân Dartos bao quy đầu sẽ giúp phẫu thuật viên nhanh chóng và thuận lợi hơn, trong trường hợp niệu đạo mới dài hoặc mảnh mô cân Dartos bao quy đầu nghèo nàn mạch máu thì mảnh tinh mạc sẽ được sử dụng. Chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp lỗ tiểu thấp thể giữa đều dùng cân Dartos bao quy đầu che phủ niệu đạo mới, còn các trường hợp dùng mảnh tinh mạc đều ở thể sau.

Trong nghiên cứu của Snodgrass đối với lỗ tiểu thấp thể giữa và thể sau, khi so sánh vai trò giảm xì rò giữa cân Dartos bao quy đầu và mảnh tinh mạc, tác giả nhận thấy tỷ lệ

rò với cân Dartos bao quy đầu là 6/32 (18,8%) so với tỷ lệ rò với mảnh tinh mạc là 1/27 (3,7%) tuy nhiên không có sự khác biệt thống kê với $p=0,2$ [3]. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung giữa nhóm dùng cân Dartos bao quy đầu là 29% và nhóm dùng mảnh tinh mạc là 28% không có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng của kỹ thuật TIP điều trị lỗ tiểu thấp so với các kỹ thuật khác là chấp nhận được. Trong nhóm biến chứng của kỹ thuật TIP không có những biến chứng phức tạp như hẹp niệu đạo hay bung toàn bộ niệu đạo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alan JW (2012). "Campbell-Walsh Urology". Hypospadias, Chapter 130, pp.3503-3527.
2. Erol A, Baskin LS (2000). "Anatomical studies of the urethral plate: why preservation of the urethral plate is important in hypospadias repair". BJU Int; 85:728-34.
3. Snodgrass W, Lorenzo A (2002). "Tubularized incised plate urethroplasty for proximal hypospadias". BJU International 89:90-93.
4. Snodgrass W, Koyle M, Manzoni G, Hurwitz R, Caldamone A, Ehrlich (1998). "Tubularized incised urethral plate hypospadias repair for proximal hypospadias". J Urol, 159:2129-2131.
5. Elbakry A (2002). "Further experience with the tubularized incised urethral plate technique for hypospadias repair". BJU Int; 89:291-294.
6. Elbakry A (1999). "Tubularized incised urethral plate urethroplasty: is regular dilatation necessary for success?" BJU International, 84:89-94.
7. Snodgrass W (1999). "Does tubularized incised urethral plate hypospadias repair create neourethral strictures?". J Urol, 162:1159.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM SIÊU NHỎ HAY KẾT HỢP ĐƯỜNG HẦM SIÊU NHỎ VỚI ĐƯỜNG HẦM NHỎ TƯ THẾ NẪM NGỪA CÁI BIÊN

Trần Văn Thành¹, Lê Văn Thúc²
Nguyễn Quốc Việt², Trần Lê Pháp², Nguyễn Tiến²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ đơn thuần hay kết hợp đường hầm siêu nhỏ.

Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 1 năm 2023, có 73 bệnh nhân được thực hiện tại BVĐK Quảng Nam: 34 trường hợp đường hầm siêu nhỏ (nhóm A), 39 trường hợp kết hợp đường hầm siêu nhỏ và nhỏ (nhóm B). Các chỉ số thời gian phẫu thuật, tỉ lệ sạch sỏi, ngày nằm viện, biến chứng được đưa vào nghiên cứu. Biến chứng phẫu thuật phân loại theo Clavien cải biên. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật.

Kết quả: Không có trường hợp nào thất bại. Nhóm A: thời gian mổ trung bình: $36,35 \pm 9,93$ phút, tỉ lệ sạch sỏi 100%, thời gian nằm viện $1,79 \pm 0,79$ ngày, không có biến chứng xảy ra. Nhóm B: thời gian mổ trung bình: $102,23 \pm 40,65$ phút, tỉ lệ sạch sỏi 89,8%, thời gian nằm viện $3,79 \pm 1,0$ ngày, biến chứng ghi nhận sốt sau mổ 2/39 TH (5,1%) Clavien I.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ đơn thuần hay kết hợp đường hầm siêu nhỏ và nhỏ tư thế nằm ngửa cải biên là an toàn

và hiệu quả cao, kết hợp hai kỹ thuật giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi ngay thì đầu, tiết kiệm chi phí điều trị và giảm điều trị hỗ trợ lại thì hai.

Từ khóa: lấy sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ, tư thế nằm ngửa cải biên, lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULT OF SINGLE SUPINE SUPER MINI PERCUTANEOUS OR COMBINATION WITH MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY

Objectives: The primary goal of this report is to evaluate the safety and efficiency of supine super mini percutaneous nephrolithotomy or combined with super mini percutaneous nephrolithotomy.

Materials and methods: From January 2020 to February 2023, 65 consecutive patients were prospectively evaluated in Quang Nam hospital: 34 patients underwent single super-tract PCNL (group A), and 39 patients received super-tract combined with mini-tract PCNL (group B). Operation time, stone-free rate, hospital stay, and complications were analysed. Success was defined as patients free of stones or with residual stone fragments < 4 mm on CTscan. Complications were graded according to the modified Clavien classification. Evaluation of early results after surgery.

Results: There was no failure of access. Group A: the median operative time was $36.35 \pm$

¹Bệnh viện Đa khoa Thái Bình Dương

²Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Nam

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Thành

Email: tranthanh1175@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 19/6/2023

9.93 minutes, stone-free rate was 100%, the median hospital stay was 1.79 ± 0.79 days. There is no complication; Group B: the median operative time was 102.23 ± 40.65 minutes, stone-free rate was 89.8%), the median hospital stay was 3.79 ± 1.0 days, the complication rate was 2/39 (5.1%) Clavien I.

Conclusion: According to our research and some changes of the patient's position to overcome the limitations of complete supine position, supine super mini percutaneous nephrolithotomy or combined with super mini percutaneous nephrolithotomy safety and efficiency.

Keywords: modified supine position, super mini-PCNL, mini – PCNL

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi thận qua da (PCNL) được Fernström và Johansson mô tả lần đầu tiên vào năm 1976 trong tư thế nằm sấp. Năm 1987, Valdivia Uría đã chứng minh các kết quả và biến chứng tương tự đối với PCNL thực hiện ở tư thế nằm ngửa với những lợi thế nhân lực y tế, tư thế ít sang chấn cho bệnh nhân và ưu điểm trong gây mê [4,5].

Lấy sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ được các tác giả đánh giá hiệu quả trong điều trị sỏi thận nhỏ hơn 3cm cũng như kết hợp đường hầm tiêu chuẩn với đường hầm nhỏ được đánh giá có nhiều lợi trong điều trị sỏi thận phức tạp [7,8,10]. Tại Việt nam, thực hiện lấy sỏi thận đường hầm siêu nhỏ điều trị sỏi thận đơn giản hay việc kết hợp đường hầm siêu nhỏ và đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận phức tạp chưa được đánh giá đầy đủ do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá tính an toàn và hiệu quả, đi cùng là khảo sát một số yếu kỹ thuật nhằm nâng cao hiệu quả và sự thành công của phương pháp này trong điều trị sỏi thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Quảng Nam từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 01 năm 2023. Nghiên cứu tiền cứu.

Bệnh nhân: sỏi thận có chỉ định điều trị lấy sỏi, sỏi niệu quản kích thước $\geq 1,5$ cm đoạn gần khúc nối bể thận niệu quản, các trường hợp thất bại với các phương pháp ưu tiên khác và không có chống chỉ định. Khảo sát đặc điểm chung: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể. Khảo sát tiền sử bệnh sử nội khoa ngoại khoa, đặc biệt tiền sử đã mổ sỏi đường tiết niệu cùng bên. Bệnh nhân được làm các xét nghiệm tiền phẫu, xét nghiệm chuyên biệt: urea, creatinine máu, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu, chức năng đông máu toàn bộ. Chụp CT-scan hệ niệu có thuốc cản quang, phim KUB. Phân loại mức độ khó của sỏi theo Guy's [2]. Ghi nhận chỉ số khối cơ thể (BMI), kích thước sỏi, độ cứng sỏi trên CTscan (HU). Loại trừ các trường hợp có chống chỉ định. Tư vấn phương pháp điều trị, biến chứng cũng như chuyển đổi phương pháp điều trị. Kháng sinh dự phòng trước mổ. Chúng tôi phân ra hai nhóm: sỏi thận kích thước ≤ 2 cm, điểm Guy 1 và 2 ứ nước độ II trở lại chúng tôi sử dụng đường hầm siêu nhỏ 14fr (nhóm A), sỏi san hô bán phần hay toàn phần, sỏi nhiều đài, sỏi có điểm Guy 3 và 4 chúng tôi kết hợp đường hầm nhỏ với đường hầm siêu nhỏ: các trường hợp sỏi phát hiện sỏi còn sau khi tiếp cận đường hầm nhỏ thất bại kích thước trong khoảng 5- 15mm (nhóm B). Đặc điểm bệnh nhân và các chỉ số đưa vào nghiên cứu trình bày cụ thể bảng 1 và 2. Đánh giá nguy cơ phẫu thuật theo hiệp hội gây mê phẫu thuật Hoa Kỳ (ASA).

Trang thiết bị: máy tán sỏi Laser 90W hãng Accutech, Ống soi niệu quản bán cứng

Karl-storz 9,5fr, ống soi thận Hawk 7,5 fr. Máy bơm nước tưới rửa hăng Accutech. Bộ dụng cụ tạo đường hầm nhỏ dùng một lần Seplou 18fr và bộ dụng cụ tạo đường hầm hai kênh tưới và hút Hawk 14 fr. Máy siêu âm đầu dò convex 3.5MHz. Bệnh nhân được kiểm tra phim CTscan sau mổ, tiêu chuẩn thành công khi sạch sỏi hay còn sỏi kích thước < 4mm. Biến chứng đánh giá theo Clavien cải biên [1].

Kỹ thuật: bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa sát mép bàn mổ cùng bên sỏi cần phẫu thuật. Tất cả được gây mê nội khí quản. Kê dưới vai gối vải để giữ tư thế xoắn nghiêng mình bệnh nhân chữ S và nghiêng mình tạo một góc so mặt bàn khoảng 20-50° tùy vào từng bệnh nhân, đặt gối vải tròn ở hông vị trí nâng eo hông của bàn mổ. Tay cùng bên để vòng ra trước ngực. Hai chân: chân phía bên sỏi hơi gấp đùi và dẹt nhẹ hoặc để thẳng khi có bệnh lý cơ khớp, chân đối diện dẹt rộng và gấp gối đùi đủ để đảm bảo phẫu thuật viên đứng giữa hai chân bệnh nhân thực hiện nội soi ngược dòng. Nội soi bàng quang để đặt sonde niệu quản, ngược dòng tán sỏi niệu quản khi có sỏi niệu quản đi kèm, các trường hợp đài trên (sỏi phức tạp). Kiểm tra sỏi tại bàn mổ bằng siêu âm. Kết thúc phẫu thuật bệnh nhân được đặt

sonde JJ niệu quản, dẫn lưu thận số 16Fr cho đường hầm 18 fr, số 10 fr cho đường hầm 14fr, nếu có chảy máu chúng tôi đặt ống dẫn lưu và kẹp 2-4 giờ để giúp cầm máu, không chảy máu không đặt dẫn lưu. Thông tiểu theo dõi và rút sau 4-6 giờ nếu không có chảy máu hay máu đông gây tắc. Chăm sóc hậu phẫu nuôi dưỡng đường tĩnh mạch ngày đầu, kiểm tra urea, creatinine, công thức máu sau phẫu thuật. Kiểm tra phim CTscan giờ thứ 8-12 sau mổ, bệnh nhân có sốt thì cấy nước tiểu, cấy máu, công thức bạch cầu và các xét nghiệm chuyên biệt. Bệnh nhân còn sỏi cần can thiệp chúng tôi tư vấn và thực hiện lại sau hai tuần (PCLN, nội soi ngược dòng hay tán ngoài cơ thể) và lưu lại dẫn lưu thận nếu cần thiết. Nếu thành công và không có chảy máu chúng tôi rút dẫn lưu thận sớm nhất có thể, sonde JJ rút sau 1 đến 4 tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01 năm 20120 đến tháng 01 năm 2023, có 34 trường hợp lấy sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ và 39 trường hợp kết hợp đường hầm nhỏ với siêu nhỏ. Tất cả đều thực hiện thành công với tư thế nằm ngửa cải biên hoàn toàn dưới hướng dẫn siêu âm; không có trường hợp nào phải chuyển sang mổ mở.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm A

Đặc điểm nghiên cứu (nhóm A)	Kết quả
Số lượng bệnh nhân	34
Nam/nữ	23/11
Tuổi TB (SD)	56,38 +11,42 (33-78)
ASA: I & II	18 (52,9%) & 16 (47,1%)
BMI Trung bình, nhỏ nhất, lớn nhất,	21,73 (18,10 - 26,34)
Bệnh kèm	
Tiểu đường	6 (17,64%)
Tăng huyết áp	10 (29,41%)
Tiền sử mổ hở sỏi cùng bên	8/34 (23,5%)

Vị trí thận Phải 14 Trái 21	14 (41,17%) 21 (58,82%)
CKích thước sỏi mm Độ HU Thang điểm GUY I II Độ ứ nước thận Không ứ nước ứ nước độ I Ứ nước độ II	15(9-20) 1118,70 ± 160,71 (710,0 - 1397,0) 29 (85,3%) 5 (14,7%) 9 (26,5%) 20 (58,8%) 5 (14,7%)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật nhóm A

Kết quả phẫu thuật (nhóm A)	Kết quả
Số lượng bệnh nhân	34
Thời gian PT Số lượng 1 đường hầm 2 đường hầm Dẫn lưu thận Không dẫn lưu thận Thay đổi Hemoglobin(hgb)TPT-SPT (g/dl) Hay đổi bạch cầu máu SPT-TPT (10³/ul)	36,35 ± 9,93 (28- 63) 31 (91,17%) 3 (8,82%) 11 (32,4%) 23 (67,6%) 12,80 - 12,26 (p = 0,000) 11,93- 7,38 (p = 0,155)
Sạch sỏi sau PT - Sạch hoàn toàn - Còn sỏi < 4mm - Còn sỏi ≥ 4mm	31 (91,2%) 3 (8,8%) 0
Sốt sau PT Ngày rút dẫn lưu thận Thời gian nằm viện hậu phẫu(ngày)	0 1 1,79+ 0,79 (1-3)

Bảng 3: Đặc điểm nghiên cứu nhóm B

Đặc điểm nghiên cứu (nhóm B)	Kết quả
Số lượng bệnh nhân Nam/nữ	39 24 /15
Tuổi TB (SD) BMI ASA I, II	51,87 + 12,079 (26 - 71) 21,62 ± 2,82 (16,23-27,68) 24 (61,54%) 15 (38,46%)
Bệnh kèm Tiểu đường Tăng huyết áp Hen phế quản Tiền sử mổ hở sỏi cùng bên Vị trí thận	9 (23,07%) 16 (41,02%) 3 (7,69%) 6 (15,4%)

Phải	21 (53,84%)
Trái	18 (46,16%)
Kích thước sỏi	50,2821 ± 11,01183 (39-75)
Độ HU	1206,66 ± 200,18 (710 - 1660)
Thang điểm GUY III	22 (56,4%)
IV	17 (43,6%)
Độ ứ nước thận	
Không ứ nước	13 (33,33%)
Độ I	10 (25,64%)
Độ II	11 (28,20%)
Độ III	5 (12,82%)

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật nhóm B

Kết quả phẫu thuật (nhóm B)	Kết quả
Số lượng bệnh nhân	39
Thời gian PT phút	102,23 + 40,65 (70 - 243)
1 đường hầm nhỏ + 1 siêu nhỏ	14 (35,9%)
2 đường hầm nhỏ + 1 siêu nhỏ	16 (41,0%)
1 đường hầm nhỏ + 2 siêu nhỏ	9 (23,1%)
Dẫn lưu thận	
Dẫn lưu đường hầm nhỏ/ không đường hầm siêu nhỏ	8 (20,5%)
Dẫn lưu đường hầm nhỏ + siêu nhỏ	31 (79,5%)
Thay đổi Hemoglobin(Hgb)TPT-SPT (g/dl)	13,25 ± 1,48 - 12,92 ± 1,46 (p =,000)
Thay đổi bạch cầu máu SPT-TPT(10³/ul)	13,80 ± 4,52 - 7,92 ± 2,06 (p=,000)
Sạch sỏi sau mổ	
Sạch hoàn toàn	29 (74,4%)
Còn sỏi < 4mm	6 (15,4%)
Còn sỏi ≥ 4mm	4 (10,3%)
Sốt sau PT	2/39 (5,1%) Claivien I
Ngày rút dẫn lưu thận	2,94+ 0,60
Thời gian nằm (viện ngày)	3,79+1,0 (2-5)

Kết quả ghi nhận trong và sau phẫu thuật bảng 2 và 4. Thời gian mổ trung bình nhóm A 36,35 ± 9,93 phút và nhóm B 102,23 + 40,65 phút. Sạch sỏi ngay sau mổ 100% nhóm A và 89,8 % nhóm B. Thời gian nằm viện hậu phẫu TB 1,79 ± 0,79 ngày nhóm A và nhóm B là 3,79+1,0 ngày. Dẫn lưu thận nhóm A chỉ có 11TH (32,4%). Biến chứng theo Clavien cải biên: 2/39 (5,1%) Clavien I cho nhóm B không có thay đổi kháng sinh và cấy nước tiểu, cấy máu âm tính. Nhóm A có

sự khác biệt bạch cầu sau phẫu thuật tăng có ý nghĩa thống kê. Nhóm B sau phẫu thuật bạch cầu tăng và Hgb giảm có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Lấy sỏi qua da được xem như tiêu chuẩn vàng điều trị sỏi thận lớn, ban đầu thực hiện tư thế nằm sấp, cho đến khi Valdivia-Uria báo cáo có khả năng thực hiện nằm ngửa với

kết quả như kiểu truyền thống, nhiều ưu điểm: tiếp cận tốt với đường thở và hệ thống tim mạch đặc biệt bệnh nhân bị bệnh tim mạch, béo phì, bệnh phổi mạn tính, xử trí tai biến trong mổ, giảm nguy cơ chấn thương đại tràng và đặc biệt: kết hợp được nội soi ngược dòng, tư thế đường hầm chéch xuống giúp sỏi trôi ra nhanh hơn, áp lực trong thận thấp giảm nguy cơ nhiễm trùng sau mổ, tiết kiệm nhân lực lao động, rút ngắn thời gian mổ 30 phút [4,5]. Tư thế nằm ngửa hoàn toàn bị hạn chế vị trí tạo đường hầm, tư thế bệnh nhân chúng tôi nghiêng vai qua đối diện giúp tạo khoảng không gian thao tác thoải mái và có thể điều chỉnh tư thế bệnh nhân tông qua điều chỉnh bàn mổ do đó không bị cản trở trong quá trình phẫu thuật như các báo cáo đã ghi nhận ở bệnh nhân nằm ngửa hoàn toàn.

Tỉ lệ sạch sỏi ngay sau phẫu thuật nhóm A100%; nhóm B là 89,8%. Sạch sỏi ngay sau mổ nhóm A kết quả cao vì sỏi nhỏ và sỏi đơn giản (Guy's I và II) không có bệnh nhân béo phì, thận ứ nước độ I và II, chúng tôi nhận thấy với đường hầm siêu nhỏ thận ứ nước tán lấy sỏi ra không thuận lợi bằng thận ứ nước

nhẹ. Với nhóm B mặc dù sỏi kích thước lớn và phức tạp Guy's III và IV nhưng tỉ lệ sạch sỏi cao, sở dĩ có kết quả này chúng tôi nhận thấy bệnh nhân của chúng tôi có chỉ số BMI mức bình thường, trước phẫu thuật chúng tôi khảo sát kỹ và ưu tiên chọn đường vào theo thứ tự đã được nghiên cứu kỹ và khảo sát trên phim CTscan 3D tính toán góc vào đài - bể - đài ưu tiên đường vào đầu tiên có biên độ thao tác lớn nhất đến các vị trí sỏi, theo Mishra [9] ứng dụng CTscan dựng hình 3D tính toán chọn đường vào thận rất có giá trị trong PCLN. Áp dụng đường hầm siêu nhỏ cho các viên sỏi nhỏ mà nếu với đường hầm nhỏ có thể gây nguy cơ chảy máu như đài trước hay các viên sỏi kích thước 5-1,5 cm mà thêm đường hầm nhỏ gây ra tổn thương thận không đáng có và để dùng nội soi mềm thì người bệnh không có điều kiện giúp tỉ lệ sạch sỏi cao tiết kiệm chi phí và người bệnh không phải can thiệp phương pháp phụ trợ khác. Các nghiên cứu việc kết hợp đường hầm nhỏ và đường hầm tiêu chuẩn cũng như đường hầm siêu nhỏ và đường hầm tiêu chuẩn điều trị sỏi thận phức tạp cho kết quả cao sạch sỏi 89,7% và 78,2% [6,7]



Hình 1: Bệnh nhân với đường hầm siêu nhỏ



Hình 2: Lấy sỏi qua da đường hầm siêu nhỏ và lấy sỏi qua da kết hợp hai đường hầm siêu nhỏ và nhỏ kết hợp

Đau sau phẫu thuật: chúng tôi chỉ đánh giá nhóm sử dụng đường hầm siêu nhỏ, thang điểm VAS chỉ gặp đau nhẹ, ngày thứ hai không dùng thuốc giảm đau, đặc biệt theo dõi hậu phẫu các trường hợp không đặt dẫn lưu thận bệnh nhân chỉ cảm giác tức nhẹ. Đây là ưu điểm mà các báo cáo ghi nhận việc sử dụng đường hầm siêu nhỏ sẽ giảm được việc đặt dẫn lưu thận sau mổ và xuất viện sớm [8,10].

Ưu điểm của chọc dò dưới hướng dẫn siêu âm được ghi nhận với độ chính xác cao, tránh tổn thương tổ chức quanh thận, giảm phơi nhiễm tia xạ cho phẫu thuật viên [4,5]. Để hạn chế yếu tố nhiễu khi siêu âm bị máu đông làm khó nhận định sỏi chúng tôi không dùng thuốc cầm máu, tán sỏi vị trí dễ tiếp cận trước, vị trí khó tiếp cận cuối. Trường hợp sỏi đài trước nếu khảo sát trên phim CTscan không bị che lấp bởi các tạng và tiên lượng không thể tiếp cận bởi các đường vào được ưu tiên chúng tôi chọc và đặt dây dẫn trước mà không nong. Chúng tôi nhận thấy khảo sát CTscan hệ niệu trước mổ rất quan trọng, phẫu thuật viên trực tiếp khảo sát trên máy, chọn lựa đường vào tối ưu nhất với biên độ thao tác các hướng của ống soi lớn nhất, đặc

biệt trong sỏi phức tạp, giúp giảm số đường hầm, hạn chế tai biến, chảy máu, tổn thương thận, điều này cũng được nhiều báo cáo ghi nhận[9].

Thời gian mổ được ghi nhận ở tư thế nằm ngửa là ngắn hơn nằm sấp, việc đặt tư thế bệnh nhân một lần rút ngắn được nhiều thời gian. Thời gian mổ nhóm đường hầm siêu nhỏ chúng tôi là: $36,35 \pm 9,93$; kết hợp: $102,23 \pm 40,65$ phút. Với đường hầm siêu nhỏ, tác giả Guohua[8] báo cáo là 32,9 phút sử dụng amplazt hai kênh tưới rửa. Thời gian mổ đường hầm siêu nhỏ được cho sẽ dài hơn, tuy nhiên với thiết kế amplazt hai kênh cùng tư thế bệnh nhân nằm ngửa chúng tôi thấy thời gian phẫu thuật là tương tự các tác giả khác. Ở nhóm B thời gian mổ trung bình là 102,23 phút, theo Yanbo kết hợp một đường hầm chuẩn và một đường hầm nhỏ cho sỏi san hô toàn hân hay bán phần thời gian mổ trung bình 78,8 phút[7], Ibrahim báo cáo khi kết hợp một đường hầm chuẩn và một đường hầm micro thời gian mổ $88,2 \pm 29,5$ phút [6]. Nếu hai bác sĩ phẫu thuật viên thực hiện cùng lúc ở hai vị trí chúng tôi thấy thời gian mổ sẽ rút ngắn hơn nữa.

Thời gian nằm viện trung bình của nghiên cứu 1,79 (1-3) ngày ở nhóm A, tác giả Guohua [29] ghi nhận 1,8 ngày; Nhóm B là 3,79 (2-5) ngày, dài hơn các tác giả khác do đặc thù bệnh nhân chúng tôi đa số nông thôn, xa bệnh viện, điều kiện đi lại khó khăn kèm tâm lý nằm viện cho thật ổn định. Ngày nằm viện theo Yanbo [7] là 8,3 ngày với trường hợp một đường hầm chuẩn (30fr) và một đường hầm nhỏ, Ibrahim khi kết hợp đường hầm chuẩn (30fr) với một đường hầm micro (4,8 fr) thời gian nằm viện trung bình 2,8 ngày [27]. Lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ, không dẫn lưu thận giúp bệnh nhân xuất viện sớm [8,10].

Biến chứng trong PCNL hay gặp là chảy máu và sốt, vấn đề chảy máu được cải thiện bởi giảm kích thước đường hầm [3,7,8,10]. Sốt được đề cập nhiều nhất do áp lực trong đài bể thận cao, trong mini-PCNL ghi nhận cao hơn PCNL chuẩn. Nghiên cứu chúng tôi sốt sau phẫu thuật gặp 2 (5,1%) trường hợp kéo dài hai ngày ở nhóm kết hợp không cần thay đổi kháng sinh hay điều trị tích cực, cấy máu và nước tiểu âm tính. Ưu điểm của nằm ngửa là hướng Amplatz chúc xuống dưới, nước tưới rửa dễ thoát ra làm áp lực trong đài bể thận. Các nghiên cứu ghi nhận nằm ngửa sốt ít gặp hơn nằm sấp, biến chứng chảy máu hay tổn thương thận ít hơn ở mini-PCNL [3,4,5]. Đường hầm nhỏ (18fr) được ghi nhận với nhiều ưu điểm ít tổn thương thận, ít chảy máu, ít dò nước tiểu sau mổ. Riêng nhóm đường hầm siêu nhỏ thì các vấn đề nêu trên càng hiếm gặp, hơn một nửa bệnh nhân (23 TH 67,6%) chúng tôi không phải đặt dẫn lưu thận, các trường hợp này rất hài lòng khi sau 8 h đã vận động đi lại tự sinh hoạt, Hgb sau PT giảm nhẹ ($P=0,15$). Kết hợp tư thế nằm ngửa cùng kích thước đường hầm nhỏ, ống soi khẩu kính nhỏ rút ngắn thời gian phẫu

thuật, thời gian nằm viện, hạn chế biến chứng [3,4,5,7,10], đặc biệt sử dụng đường hầm siêu nhỏ hay kết hợp với đường hầm nhỏ làm giảm tổn thương thận, chảy máu. Ở nhóm đài giữa trước nguy cơ chảy máu cao do đó sử dụng đường hầm siêu nhỏ ở nhóm bệnh nhân này giảm được nguy cơ đó. Trong điều kiện kinh tế hiện tại việc sử dụng ống soi mềm khá tốn kém chúng tôi nhận thấy việc kết hợp đường hầm siêu nhỏ và đường hầm nhỏ giúp tiết kiệm chi phí điều trị cho người bệnh, hạn chế tổn thương thận và giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm siêu nhỏ trong điều trị sỏi thận nhỏ dưới 2cm hay kết hợp đường hầm siêu nhỏ với đường hầm nhỏ cùng với tư thế nằm ngửa cải thiện điều trị sỏi thận phức tạp qua nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy tính an toàn và hiệu quả cao, làm nổi bật được ưu điểm cũng như khắc phục được một số hạn chế gặp phải, tiết kiệm chi phí điều trị cũng như tránh điều trị phụ trợ lại lần hai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmet Tefekli, Mert Ali Karadag, Kadir Tepeler, Erhan Sari, Yalcin Berberoglu, Murat Baykal, Omer Sarilar, Ahmet Yaser Muslumanoglu.** Classification of Percutaneous Nephrolithotomy Complications Using the Modified Clavien Grading System: Looking for a Standard. *European urology* 53(2008) 184 – 190. doi:10.1016/j.eururo.2007.06.049.
2. **Thomas K, Smith NC, Hegarty N, Glass GM.** The Guy's stone score—the complexity of percutaneous nephrolithotomy procedures. *Urology* 2011;78:277–281.

3. **Ali Güler · Akif Erbin · Burak Ucpinar · Metin Savun · Omer Sarilar · Mehmet Fatih Akbulut.** Comparison of miniaturized percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy for the treatment of large kidney stones: a randomized prospective study. *Urolithiasis* 2018. <https://doi.org/10.1007/s00240-018-1061-y>.
4. **Silvia Proietti, Moises Elias Rodríguez-Socarrás, Brian Eisner, Vincent De Coninck, Mario Sofer, Giuseppe Saitta, Maria Rodríguez-Monsalve, Carlo D’Orta, Piera Bellinzoni, Franco Gaboardi, Guido Giusti.** Supine percutaneous nephrolithotomy: tips and tricks. *Transl Androl Urol.* 2019 Sep; 8(Suppl 4): S381–S388. doi: 10.21037/tau.2019.07.09
5. **Valdivia Uría JG, Lachares Santamaría E, Villarroja Rodríguez S, et al.** Percutaneous nephrolithectomy: simplified technic (preliminary report). *Arch Esp Urol* 1987;40:177-80. [PubMed]
6. **İbrahim B, Abdulkadir T, Tuna, Ramazan İ.** Combined micro-and standard percutaneous nephrolithotomy for complex renal calculi. *Turk J Urol* 2016; 42(3): 150-4. DOI: 10.5152/tud.2016.45381
7. **Yanbo Wang, Yuchuan Hou, Fengming Jiang, Yan Wang, Qihui Chen, Zhihua Lu.** Standard-Tract Combined with Mini-Tract in Percutaneous Nephrolithotomy for Renal Staghorn Calculi. *Urol Int* 2014;92:422–426. DOI: 10.1159/000354427.
8. **Guohua Zeng, Wei Zhu, Yang Liu, Junhong Fan.** The new generation super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) system: a step-by-step guide. *BJU Int* 2017; 120: 735–738.
9. **Mishra S, Sabnis RB, Desai M (2012).** Staghorn morphometry: a new tool for clinical classification and prediction model for percutaneous nephrolithotomy monotherapy. *J Endourol.* Jan;26(1): pp. 6-14.
10. **Sunil Bhaskara Pillai, Arun Chawla, Jean de la Rosette.** Super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) vs retrograde intrarenal surgery (RIRS) in the management of renal calculi ≤ 2 cm: a propensity matched study. *World Journal of Urology* (2022) 40:553–562.

KẾT QUẢ BÓC NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO BẰNG HOLMIUM-LASER TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đỗ Trường Thành^{1,2}, Ngô Đậu Quyền^{1,2},
Nguyễn Đạo Uyên², Đỗ Ngọc Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng kỹ thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua đường niệu đạo theo phương pháp 1 khối cải tiến và đánh giá tính an toàn, kết quả sớm của phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt theo phương pháp bóc nhân một khối.

Đối tượng và phương pháp: chúng tôi nghiên cứu tiền cứu trên 258 bệnh nhân rối loạn tiểu tiện do u phì đại lành tính tuyến tiền liệt, được phẫu thuật bóc nhân phì đại bằng laser Holmium từ tháng 1/2020 đến tháng 1/2022. Kỹ thuật phẫu thuật bóc nhân phì đại 1 khối cải tiến được thực hiện bằng 2 đường rạch ở vị trí 12h và 6h. Trong mổ chúng tôi đánh giá thời gian bóc nhân phì đại, thời gian say nhỏ và lấy bệnh phẩm ra ngoài. Lượng máu mất, các tai biến trong mổ. Các thông số sau mổ bao gồm: thời gian đặt ống thông niệu đạo, thời gian nằm viện. Tình trạng tiểu tiện sau mổ. Các biến chứng sau mổ được đánh giá theo phân độ của Clavien–Dindo. Bệnh

nhân được đánh giá theo dõi ở thời điểm 3 tháng sau mổ.

Kết quả: tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 74,51. Trọng lượng trung bình tuyến tiền liệt là 77,54g. Lượng PSA trung bình là 8,23ng/ml. Điểm IPSS trước mổ trung bình là 25,27. Thời gian mổ trung bình là 72,55 phút, trong đó thời gian bóc nhân phì đại là 50,76 phút, thời gian say bệnh phẩm là 18,55 phút. Lượng máu mất trong mổ trung bình là 7,26g/l. Trong mổ có 8 bệnh nhân chảy máu nặng phải truyền máu. Thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình là 4,55 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 5,31 ngày. Sau mổ có 18 (6,97%) bệnh nhân bí đái phải đặt lại ống thông niệu đạo. 32 bệnh nhân đái không tự chủ khi thay đổi tư thế (12,40%). Sau 3 tháng 229 (88,75%) bệnh nhân tiểu tiện bình thường, tự chủ. Không có biến chứng nặng sau mổ. 29 bệnh nhân còn đái rị gắng sức (11,24%). Điểm IPSS sau mổ trung bình là $4,27 \pm 3,7$. Trọng lượng TTL xác định trên siêu âm sau mổ là $22,50 \pm 2,5$ g.

Kết luận: qui trình bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt một khối, thực hiện bằng hai đường rạch ngang ở vị trí 6h và đường dọc ở 12h bằng laser Holmium là phẫu thuật an toàn để thực hiện và có hiệu quả với mọi kích thước của u phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Từ khóa: Bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt, holmium laser, HoLEP

¹Bộ môn Ngoại, Đại học Y Hà Nội

²Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đậu Quyền

ĐT: 0986772327

Email: quyen0710@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 19/6/2023

SUMMARY**EVALUATING THE RESULT OF ENUCLEATION OF BENIGN PROSTATE HYPERPLASIA BY HOLMIUM-LASER AT VIET DUC FRIENDSHIP HOSPITAL**

Objective: In this study, we apply the technique of enucleation modified en block of benign prostate hyperplasia by Holmium laser and evaluate the early results of this surgery.

Materials and Methods: We evaluated on 258 patients with urinary disorders due to benign prostatic hyperplasia, undergoing surgery to remove hypertrophic benign prostate by Holmium laser from January 2020 to January 2022. The en bloc method enucleation modified was performed by 2 incisions at 12 o'clock and 6 o'clock. Perioperative we assessed the time of enucleation, the time of morcellation to take the specimens out. The amount of blood lost during surgery, bleeding complications. Postoperative parameters include: time of urethral catheterization, length of hospital stay. Functional outcomes: Qmax and IPSS at 3 months postoperative. Short term complications including clot retention (blood clot retention in the bladder), blood transfusion, urinary tract infection, recatheterisation, and incontinence. Clavien–Dindo classification complications, and continence status were assessed. Patients were assessed for follow-up after surgery for 3 months.

Results: The average age of the study group is 74.51. The average weight of prostate is 77.54g (30-230g). The average PSA is 8.23ng/ml. The mean preoperative IPSS is 25.27. The average operation time is 72.55 minutes, of which the time of enucleation is 50.76 minutes and the time of morcellation is 18.55 minutes. The average blood lost during surgery is 7.26g/l. During surgery, there were 8 patients with severe

bleeding requiring blood transfusion. The average time of urethral catheterization is 4.55 days, the average length of hospital stay is 5.31 days. After surgery, 18 patients (6.97%) had urinary retention to have their recatheterization and 32 patients had stress incontinence when changing their posture (12.40%). After 3 months, 229 (88.75%) patients urinated normally. There were no serious complications after surgery. 29 patients still had stress urinary incontinence (11.24%). The average postoperative IPSS is 5.14 ± 3.7 . The postoperative weight of prostate determined by ultrasound is 22.50 ± 2.5 g.

Conclusion: The procedure of enucleation of benign prostatic hyperplasia by two incisions at 6 and 12 o'clock with Holmium laser is safe and effective surgery for all sizes of benign prostatic hyperplasia.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, holmium laser, HoLEP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) lần đầu tiên được giới thiệu từ khoảng 20 năm trước bởi Fraundorfer và Gilling. Kể từ đó, đã có nhiều nghiên cứu chứng minh rằng HoLEP mang lại kết quả thuận lợi hơn so với phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt qua niệu đạo truyền thống (TUR-P) cho nam giới với các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) và tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH), cả về thời gian đặt ống thông sau phẫu thuật, thời gian nằm viện và chảy máu trong mổ. Tuy nhiên phương pháp bóc nhân phì đại lại được thực hiện theo nhiều cách khác nhau. Trên thực hành lâm sàng chúng tôi thực hiện bóc nhân phì đại 1 khối cải tiến bằng hai đường rạch ở vị trí 6h và 12h và chúng tôi đánh giá kết quả sớm trên những bệnh nhân đã được thực hiện phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

- Bệnh nhân trên 50 tuổi, có rối loạn tiểu tiện do u phì đại lành tính TTL với điểm IPSS ≥ 20 . Bệnh nhân bí tiểu do u phì đại lành tính TTL. PSA $\leq 10\text{ng/ml}$.

- Khối lượng TTL xác định qua siêu âm từ 30g trở lên, mật độ u đồng nhất.

- Lượng nước tiểu tồn dư sau đi tiểu $\geq 100\text{ml}$

- Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ khẳng định u phì đại lành tính TTL, hoặc sinh thiết trước mổ khẳng định u phì đại lành tính tuyến tiền liệt

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Nghiên cứu được thông qua hội đồng khoa học bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, các thông tin phục vụ cho nghiên cứu khoa học, mang lại lợi ích cho người bệnh.

2.3. Phương tiện dụng cụ phẫu thuật: đèn máy nội soi Karl Storz. Bộ dụng cụ cắt nội soi u phì đại lành tính tuyến tiền liệt qua niệu đạo cỡ 26F, thêm một tay cắt có đường vào của dây laser của CT Accutech. Nguồn laser công suất lớn 80-120W. Dụng cụ xay bệnh phẩm (CT Accutech).

2.4. Tiêu chí đánh giá kết quả:

Đánh giá kết quả trong mổ: Thời gian mổ: tính từ khi nong niệu đạo, tới khi đặt ống thông 3 chạc niệu đạo. Kể cả thời gian bóc u và thời gian say nhỏ lấy bệnh phẩm ra ngoài. Mất máu trong mổ: kết quả xét nghiệm khí máu lại ngay sau mổ, so với kết quả xét nghiệm trước mổ.

Đánh giá kết quả sớm sau mổ bằng các thông số: Thời gian đặt ống thông niệu đạo. Biến chứng chảy máu trong và sau mổ được xác định dựa vào: Nước tiểu đỏ đậm, Huyết áp thấp $<90\text{mmHg}$, XN hồng cầu $<2,5$ triệu, Hematocrite $<25\%$. Đòi hỏi phải truyền máu. Biến chứng nhiễm khuẩn sau mổ: bệnh nhân

sốt rét run 38-39⁰, dùng kháng sinh mạnh, cấy nước tiểu có vi khuẩn gây bệnh. Điểm IPSS, tình trạng bí tiểu sau mổ. Tiểu tiện tự chủ được xác định khi bệnh nhân không phải đóng bím sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh. Thời gian nằm viện. Khám lại bệnh nhân sau 1-3 tháng đánh giá: tình trạng tiểu tiện tự chủ, điểm IPSS, lưu lượng dòng tiểu tối đa. Siêu âm tuyến tiền liệt, hệ tiết niệu, đánh giá kích thước tuyến tiền liệt sau mổ. Soi bàng quang đánh giá sẹo mô vùng tuyến tiền liệt.

2.5. Quy trình kỹ thuật:

Tư thế bệnh nhân: BN nằm theo tư thế sản phụ khoa trên bàn mổ tiết niệu có thể điều chỉnh.

* Vô cảm; Gây tê tủy sống, hoặc gây mê toàn thân.

* Kỹ thuật bóc u TTL bằng laser theo phương pháp 1 khối cải tiến

- Bước 1: Đặt ống nội soi niệu đạo, bàng quang quan sát hai lỗ niệu quản. Quan sát u phì đại tuyến tiền liệt, ụ núi. Đánh giá sơ bộ kích thước u phì đại và thùy giữa, hai thùy bên.

- Bước 2: Dùng laser bóc niêm mạc niệu đạo tuyến tiền liệt ở vị trí 12h, ngay cổ bàng quang, bóc lộ nhân phì đại hai thùy bên đồng thời tách rời nhân phì đại phải và trái ngay trên trần 12h khỏi vỏ TTL.

- Bước 3: Thực hiện tách nhân phì đại ở vị trí 12h, bắt đầu từ phía cổ bàng quang, tách rời nhân phì đại bên phải, bên trái dần quanh cổ bàng quang khỏi vỏ tuyến tiền liệt nhiều nhất có thể.

- Bước 4: Thực hiện đường ngang ở 6h ngay trên ụ núi tách nhân phì đại thùy giữa ra khỏi vỏ tuyến tiền liệt và cắt niêm mạc hai thùy bên để tách nhân phì đại hai bên..

- Bước 5: Bóc hoàn toàn thùy bên phải dần từ 12h về 6h và dần từ phía ụ núi về cổ bàng quang.

- Bước 6: bóc rời hoàn toàn khối nhân phì đại từ trái sang phải theo trình tự từ cổ bàng quang về phía ụ núi, rồi lại từ ụ núi về phía cổ bàng quang và cuối cùng đẩy toàn bộ nhân phì đại vào lòng bàng quang.

- Bước 7: Kiểm tra lại toàn bộ diện bóc u và cầm máu kỹ cho tới khi nước rửa trong tới đa có thể. Nếu còn sót những nhân nhỏ nào thì bóc nó một cách dễ dàng.

- Bước 8: Sử dụng tay cắt truyền thống cắt nốt phần niêm mạc u còn sót lại quanh ụ núi và cổ bàng quang

- Bước 9: Dùng dụng cụ say u, để lấy bệnh phẩm ra ngoài.

- Bước 10: Đặt ống thông 3 chạc niệu đạo, rửa bàng quang liên tục.

Ngay sau mổ bệnh nhân được làm xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu, điện giải đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 -1/2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt cho 258 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là 74,51 (58–92). 77/258 bệnh nhân vào viện vì bí đái phải đặt ống thông niệu đạo. Điểm IPSS trung bình trước mổ là 25,27. Siêu âm qua thành bụng xác định trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình là 77,54g, lớn nhất là 230g, bé nhất là 30g. Các bệnh phối hợp thường gặp là; mạch vành (đã đặt stent) 28 bệnh nhân, tiểu đường 43BN, cao huyết áp 59 bệnh nhân. 22 bệnh nhân có sỏi bàng bàng quang phối hợp. 23 bệnh nhân có PSA > 10ng/ml được sinh thiết trước mổ xác định u phì đại lành tính. Nồng độ PSA trung bình là 8,23ng/ml (3,36-17,10 ng/ml). Kết quả trong và sau mổ được thể hiện ở bảng 3.1. Kết quả xét nghiệm máu trước và ngay sau mổ thể hiện trong bảng 3.2.

Bảng 3.1: Kết quả bóc nhân phì đại trong và sau mổ

Thời gian	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình
Bóc nhân phì đại	27 phút	105 phút	50,76 phút
Say u (lấy bệnh phẩm)	9 phút	29 phút	18,55 phút
Thời gian mổ	42 phút	145 phút	72,55 phút
Thời gian lưu sonde niệu đạo	3 ngày	7 ngày	4,55 ngày
Thời gian nằm viện	4 ngày	8 ngày	5,31 ngày

Bảng 3.2. Sự thay đổi xét nghiệm máu trước và sau mổ

Chỉ số (đơn vị)		Giá trị			So sánh
		Min	Max	X±SD	p
Huyết sắc tố (g/L)	Trước mổ	103	167	143,03±13,28	0,355
	Sau mổ	70	139	127,19 ± 15,1	
Hematocrit (l/L)	Trước mổ	0,39	0,50	0,41±0,23.	0,299
	Sau mổ	0,22	0,41	0,39 ±0,03	
Na ⁺ (mmol/l)	Trước mổ	135	145	137,52±3,48	0,675
	Sau mổ	129	140	135,77 ± 3,26	
K ⁺ (mmol/l)	Trước mổ	2,8	4,7	3,45±0,33	0,55
	Sau mổ	2,74	4,4	3,53 ± 0,35	

Bảng 3.3. Các biến chứng xảy ra trong và sau phẫu thuật- Biện pháp xử lý

Biến chứng trong mổ	n%	Xử trí độ Clavien–Dindo (G)
Chảy máu (Phải truyền máu)	17 (6,58)	Truyền máu (G2)
Thủng vỏ	3 (1,62)	Điều trị bảo tồn bằng ống thông niệu đạo (G1)
Tổn thương niêm mạc bàng quang	11 (4,26)	Đặt ống thông niệu đạo lâu, 5 ngày (G1)
Biến chứng sau mổ	n (%)	Xử trí
Nhiễm khuẩn niệu	16 (6,20)	Điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ (G2)
Máu cục trong bàng quang	17 (6,58)	Bơm rửa lấy máu cục qua sonde Foley (G1)
Bí tiểu sau rút ống thông niệu đạo	18 (6,97)	Đặt lại ống thông Foley niệu đạo (G2)

Bảng 3.4: Chức năng tiểu tiện sau khi rút sonde niệu đạo

Tình trạng tiểu tiện	n	%
Tiểu dễ, tự chủ	191	74,03
Tiểu vội	38	15,74
Bí tiểu	18	6,97
Tiểu không tự chủ	11	4,26
Tổng	258	100

Bảng 3.5: So sánh khám trước mổ và khám lại sau 1- 3 tháng

Thông số	Trước mổ	Sau mổ 1 – 3 tháng
Tiểu dễ, tự chủ	0	229 (88,75)
Tiểu vội	35	31 (12,01)
Bí tiểu	32	0
Tiểu không tự chủ	15	11 (4,26)
IPSS	25,27	5,14
Lượng tiểu tồn dư	145 ml	30ml
Trọng lượng TTL	77,54g	22,50g
Giải phẫu bệnh lý lành tính		258

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) đã được công nhận là phương pháp phẫu thuật qua niệu đạo hiệu quả đối với tăng sản lành tính tuyến tiền liệt [1]. Phương pháp phẫu thuật này được phổ cập bởi kỹ thuật ba thùy, dựa trên ba vết rạch dọc, theo đó thùy giữa được cắt bỏ và sau đó là hai thùy bên [5]. Một vài cải tiến của kỹ thuật ban đầu đã được công bố, trong đó có phương pháp bóc nhân một khối. Cho đến

nay, không có kỹ thuật mới nào được thừa nhận là kỹ thuật tiêu chuẩn cho HoLEP bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt [2]. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi đã thực hiện kỹ thuật bóc nhân phì đại 1 khối với đường rạch dọc ở vị trí 12h và đường rạch ngang ở vị trí 6h mang lại sự tiện lợi, dễ thực hiện, quan sát rõ vỏ và nhân phì đại tuyến tiền liệt. Điều này thể hiện thời gian bóc u của chúng tôi ngắn hơn so với nội soi kinh điển (tốc độ bóc u trung bình là 1,23g/phút). Nghiên cứu của Serdar

Yalçın và cộng sự thì thời gian bóc u trung bình là 1.12g/phút với kỹ thuật 3 khối [6]. Bên cạnh đó phẫu thuật ít gặp các tai biến nặng như thủng vỏ TTL, chảy máu nặng phải mổ mở để cầm máu. Các thay đổi về huyết sắc tố và điện giải máu đều ở mức an toàn. Một tổng kết của Agostino cho thấy đa số các biến chứng trong mổ khi bóc nhân là lạc đường không tìm được diện bóc tách nhân [9].

Kỹ thuật của chúng tôi cho phép bảo tồn cơ thắt vân niệu đạo cũng như cơ thắt trơn cổ bàng quang sẽ giúp giảm tỷ lệ biến chứng xuất tinh ngược sau mổ. Tuy nhiên các nghiên cứu về lâu dài vẫn chưa khẳng định bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt làm giảm tỷ lệ xuất tinh ngược, có chăng là ít ảnh hưởng tới cương dương vì laser ít gây tổn thương thần kinh cương dương.

Chúng tôi gặp 7 bệnh nhân bí tiểu sau mổ, những bệnh nhân này trong thời gian đầu chúng tôi không sử dụng cắt nội soi kinh điển để sửa lại mép niêm mạc ở cổ bàng quang và vùng đỉnh quanh ụ núi, do vậy đã tạo thành cục máu đông ở vị trí này làm bệnh nhân bí đái sau rút ống thông niệu đạo. Những bệnh nhân này được soi bàng quang bơm rửa lấy cục máu đông, sau đó bệnh nhân tiểu tiện bình thường. Do vậy sử dụng nội soi kinh điển để sửa lại ổ bóc nhân phì đại là một thì không thiếu trong quy trình kỹ thuật. Quy trình bóc với đường rạch ngang ở 6h do dễ quan sát, thực hiện nên thời gian đào tạo làm quen cũng được rút ngắn hơn.

Về mặt chỉ định phẫu thuật; theo hội tiết niệu Hoa Kỳ thì bóc nhân phì đại nên thực hiện cho bệnh nhân với u >100g. Theo hiệp hội châu Âu thì khuyến cáo trên 80g [1]. Hiệp hội Tiết niệu Nhật Bản khuyến cáo cho u có

kích thước tuyến tiền liệt >30 mL, phẫu thuật được chỉ định. Các nghiên cứu cũng xác nhận không có giới hạn về kích thước nhân phì đại cho kỹ thuật này. Hiệu quả của HoLEP tương đương với TURP hoặc phẫu thuật mở. Các kết quả của HoLEP đã được chứng minh là không phụ thuộc vào kích thước và hình dạng tuyến tiền liệt [2],[3],[7]. Thậm chí có tác giả còn chỉ định cho những u tái phát mổ lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối lượng u trung bình là 77,54g, bệnh nhân có khối lượng u lớn nhất là 230g, nhỏ nhất là 30g. Theo chúng tôi, đối với những u TTL lớn là lợi thế của phẫu thuật này. Đối với những u nhỏ thì có thể vẫn thực hiện kỹ thuật bóc u không hoàn toàn phối hợp với cắt nội soi kinh điển để lấy u ra ngoài.

Kết quả trong và sau mổ cho thấy cải thiện ở mức có ý nghĩa về điểm IPSS, chảy máu trong và sau mổ. Thời gian đặt ống thông niệu đạo được rút ngắn. Theo hầu hết các nghiên cứu cho thấy thời gian đặt ống thông niệu đạo trung bình là 2 ngày, thậm chí có tác giả chỉ đặt ống thông niệu đạo 1 ngày. Theo Kim và cộng sự thấy rằng một số bệnh nhân sau HoLEP thực sự cho thấy sự cải thiện về chức năng tình dục. Một lý do để HoLEP bảo tồn chức năng tình dục là sự khác biệt về năng lượng được sử dụng. Tổng năng lượng được sử dụng trong HoLEP ít, dẫn đến giảm tổn thương cho các mô lân cận, bao gồm cả các dây thần kinh gây cương dương [4],[8]. Đã có nhiều tranh luận về phương thức và phẫu thuật BPH nào ảnh hưởng đến chức năng tình dục ít nhất. So sánh giữa TURP, KTP và HoLEP, thì HoLEP có ảnh hưởng tiêu cực ít nhất mặc dù vẫn có biến chứng xuất tinh ngược [3].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 258 bệnh nhân bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng Holmium laser với đường rạch dọc ở vị trí 12h và đường rạch ngang ở vị trí 6h là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện. Chỉ định cho bệnh nhân có hội chứng đường tiểu dưới mức độ trung bình và nặng với các kích thước khác nhau của phì đại lành tính tuyến tiền liệt. Tuy nhiên đây là kết quả ban đầu trên một số lượng nhỏ bệnh nhân, nên cần tiếp tục nghiên cứu trên một số lượng lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katsumi Shigemura and Masato Fujisawa**, 2018, Current status of holmium laser enucleation of the prostate, *International Journal of Urology* (2018) 25, 206—211.
2. **Marien T, Kadihasanoglu M, Miller NL**. Holmium laser enucleation of the prostate: patient selection and perspectives. *Res. Rep. Urol.* 2016; 8: 181–92.
3. **Kim M, Song SH, Ku JH, Kim HJ, Paick JS**. Pilot study of the clinical efficacy of ejaculatory hood sparing technique for ejaculation preservation in holmium laser enucleation of the prostate. *Int. J. Impot. Res.* 2015; 27: 20–4.
4. **Kim SH, Yang HK, Lee HE, Paick JS, Oh SJ**. HoLEP does not affect the overall sexual function of BPH patients: a prospective study. *Asian J. Androl.* 2014; 16: 873–7.
5. **Seung-June Oh**, Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate, *Investig Clin Urol* 2019;60:333-342.
6. **Serdar Yalçın et al**, Holmium laser enucleation of the prostate for the treatment of size-independent BPH: A single-center experience of 600 cases, *Turk J Urol* 2020. 10.5152/tud.2020.19235.
7. **Ilter Alkan 1 , Hakan Ozveri 2 , Yigit Akin 3, Tumay Ipekci 4, Yusuf Alican** (2016), Holmium laser enucleation of the prostate: surgical, functional, and quality-of-life outcomes upon extended follow-up, *Int Braz J Urol.* 2016; 42: 293-301.
8. **Young Ju Lee1, Shin Ah Oh1 , Sung Han Kim2, Seung-June Oh** (2017), Patient satisfaction after holmium laser enucleation of the prostate (HoLEP): A prospective cohort study, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182230>.
9. **Agostino TUCCIO et all** (2020), En-bloc endoscopic enucleation of the prostate: a systematic review of the literature, *Minerva Urologica e Nefrologica* 2020 June;72(3): 292-312

TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ HOÀN TOÀN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM CHO BỆNH NHÂN SỎI THẬN PHỨC TẠP: LỰA CHỌN ĐƯỜNG VÀO VÀ CHIẾN LƯỢC PHẪU THUẬT

Đỗ Trường Thành¹, Hoàng Long¹, Nguyễn Huy Hoàng¹
Đỗ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Đức Minh¹, Vũ Văn Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của mini PCNL trong điều trị sỏi thận phức tạp.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả tiền cứu 51 trường hợp sỏi thận phức tạp được miniPCNL tại Bệnh viện Việt Đức từ 3/2022 đến 9/2022. Chọc dò, tạo đường hầm qua da dưới hướng dẫn siêu âm với Amplatz 18 Fr. Sử dụng ống soi qua da bán cứng, Holmium laser 80W. Đánh giá tỷ lệ sạch sỏi, biến chứng sau mổ và các yếu tố ảnh hưởng.

Kết quả: 51 BN gồm 36 nam (70,6 %) và 15 nữ (29,4%). Tuổi TB: $48,1 \pm 23,5$ tuổi (22-71). Sỏi S3 kèm sỏi ở đài thận 11,8%, sỏi S4 31,4%, sỏi S5 56,8%. Thận ứ nước độ I ở 21 BN (41,2%), độ II có 13 BN (25,5%) và đài bể thận không giãn ở 17 BN (33,3 %). Kích thước chiều dài sỏi TB: $4,41 \pm 1,26$ cm, chiều rộng: $2,82 \pm 0,63$ cm và diện tích sỏi là $6,23 \pm 1,58$ cm². Vị trí đường hầm vào đài giữa 56,9%, đài dưới 11,8%, vào thẳng nhóm sỏi đơn độc 31,3%. Số lượng đường hầm: 1 đường hầm 80,5%, 2 đường hầm 17,6% và 3 đường hầm 1,9%. Lưu lượng nước trung bình dùng trong lúc tán sỏi là 10%, lúc lấy sỏi là 15%. Thể tích dịch rửa trung bình là $22,1 \pm$

4,3 lít. Thời gian mổ trung bình: $83,9 \pm 23,3$ phút (45-140). Tai biến trong mổ gặp 2 BN chảy máu (3,9%) không cần truyền máu. BC sau mổ có 7 BN (13,7%), gồm sốt nhẹ (4), chảy máu qua chân DL thận (1), chậm lưu thông tiêu hóa (2). Thời gian nằm viện trung bình $4,27 \pm 1,83$ ngày (2 - 7). Tất cả BN chỉ phải tán sỏi 1 lần duy nhất. Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ 92,2% và sau 1 tháng đạt 87,4%. Không gặp các biến chứng khác như nhiễm khuẩn tiết niệu, chảy máu phải nút mạch.

Kết luận: miniPCNL hoàn toàn dưới hướng dẫn siêu âm để điều trị sỏi thận phức tạp với 1 lần tán và số đường hầm tối thiểu là hoàn toàn khả thi nếu lựa chọn đường vào tốt và có chiến lược phẫu thuật hợp lý.

Từ khóa: miniPCNL, siêu âm, sỏi san hô thận, sỏi thận phức tạp

Từ viết tắt: BN: bệnh nhân, PTV: phẫu thuật viên, NC: nghiên cứu

SUMMARY

MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR COMPLEX KIDNEY STONE, CHOICE OF APPROACH, AND SURGICAL STRATEGY

Objectives: Mini percutaneous nephrolithotripsy (miniPCNL) has become the standard and is gradually replacing open surgery in the treatment of kidney stones. Our study evaluates the effectiveness of miniPCNL in the treatment of complex kidney stones.

¹Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Hoàng

ĐT: 0977135086

Email: hoangnt35@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 16/6/2023

Subjects and methods: Prospective description of 51 cases of complicated kidney stones miniPCNL at Viet Duc Hospital from 3/2022 to 9/2022. Ultrasound-guided percutaneous puncture with Amplatz 18 Fr. Using a semi-rigid percutaneous scope, Holmium laser 80W. Evaluation of stone-free rate, postoperative complications, and influencing factors.

Results: 36 males (70.6%) and 15 females (29.4%). Average age: 48.1 ± 23.5 years old (22-71). S3 stones with stones in renal calyces 11.8%, S4 stones 31.4%, S5 stones 56.8%. Hydronephrosis grade I in 21 patients (41.2%), grade II in 13 patients (25.5%), and non-dilated renal pelvis in 17 patients (33.3%). The average stone length: 4.41 ± 1.26 cm, the width is 2.82 ± 0.63 cm, and the area of the stone is 6.23 ± 1.58 cm². Renal access tract: middle calyx 56.9%; lower calyx 11.8%; upper calyx 13 (4.8%) and straight to the solitary stone 31.3%. The number of tracts: 1 tract 80.5%, 2 tracts 17.6%, and 3 tracts 1.9%. The average water flow used during lithotripsy is 10% when removing stones is 15%. The average irrigation fluid volume was 22.1 ± 4.3 l. Average operative time: 83.9 ± 23.3 minutes (45-140). Intraoperative complications in 2 patients with bleeding (3.9%) without blood transfusion. Postoperative complications were 7 patients (13.7%), including fever (4), bleeding from skin incision (1), and prolonged abdominal distension (2). The mean of hospital stay: 4.27 ± 1.83 days (2 -7). All patients only had to undergo lithotripsy once. The rate of stone free early after surgery was 92.2% and after 1 month was 87.4%. There were no other complications such as urinary tract infection, or bleeding that had selective vascular embolization.

Conclusion: miniPCNL completely under ultrasound guidance for the treatment of complex kidney stones with the only procedure and a

minimal number of tracts is feasible if access is selected and a good surgical strategy is.

Keywords: miniPCNL, ultrasound, complex kidney stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (miniPCNL) là phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn được lựa chọn hàng đầu và dần thay thế mổ mở bên cạnh các phương pháp khác như nội soi tán sỏi trong thận ngược dòng và tán sỏi ngoài cơ thể. MiniPCNL đã có nhiều cải tiến về phương tiện định vị, chọc dò đài bể thận, kích thước đường hầm cũng như trang thiết bị tán, lấy sỏi an toàn và đạt hiệu quả sạch sỏi cao, đồng thời giảm thiểu được các biến chứng của PCNL tiêu chuẩn.^{1,2,3} Tại Việt nam, PCNL được thực hiện từ năm 2004 và cho tới nay đã được triển khai tại nhiều bệnh viện từ trung ương tới cơ sở. Hiện nay, miniPCNL đã trở thành phẫu thuật (PT) thường quy với các PTV tiết niệu. Với sỏi thận đơn giản (S1-S2) kỹ thuật là tương đối dễ, nguy cơ tai biến, biến chứng là tương đối thấp, khả năng sạch sỏi lần đầu với một đường hầm là rất cao, đặc biệt khi có hướng dẫn của C-arm.⁴ Tuy nhiên, thực hiện miniPCNL hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm cho sỏi san hô (SSH) thận phức tạp để đạt được hiệu quả sạch sỏi tối ưu chỉ với một lần tán và số đường hầm qua da tối thiểu đồng thời giảm tối đa các tai biến, biến chứng có thể xảy ra thực sự là một thách thức, đặc biệt với các PTV trẻ. Do vậy, chúng tôi thực hiện báo cáo này nhằm mục tiêu chia sẻ kinh nghiệm trong việc lựa chọn đường vào và chiến lược phẫu thuật điều trị SSH thận phức tạp bằng Mini-PCNL hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 51 bệnh nhân (BN) sỏi thận phức tạp, được miniPCNL hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán sỏi thận phức tạp: S4-S5 hoặc S3 nhưng kèm theo sỏi rải rác ở các đài thận (theo phân loại của Moores. WK và Boyce. PJ). Thận có sỏi chức năng còn tốt (siêu âm, CT đài bể thận giãn $\leq$ độ 2, nhu mô thận còn dày, ngấm thuốc cản quang tốt thì động mạch và nhu mô, bài xuất nước tiểu thì muộn). Chưa can thiệp vào thận bên có sỏi: phẫu thuật, tán sỏi, dẫn lưu thận ở tuyến trước trong thời gian 6 tháng kể từ lần can thiệp này. Bilan nhiễm trùng âm tính. Định vị hoàn toàn dưới hướng dẫn của siêu âm.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã can thiệp điều trị sỏi thận trước đó nhưng thất bại, có biến chứng. Đã được dẫn lưu thận từ trước. BN có bệnh nội khoa nặng đi kèm như rối loạn đông máu, suy tim, thể trạng suy kiệt.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu quan sát có theo dõi dọc. **Cỡ mẫu:** mẫu thuận tiện bao gồm các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. **Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 03-2022 đến tháng 09-2022. **Địa điểm nghiên cứu:** khoa phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Phương tiện, dụng cụ mini PCNL: dàn máy nội tiết niệu, máy siêu âm ổ bụng đen trắng. Máy tán sỏi Holmium Laser Accu-tech 80W với đầu tán 550 μ m. Máy bơm nước Accu-tech tốc độ bơm 100 - 600 vòng/phút hay 10%-99% (tốc độ bơm 20% mỗi giờ sẽ hết 20-25l nước, tương đương 330-400ml/phút), áp lực nước 0 – 80 kPa (kilopascal). Ống soi NQ bán cứng 6° cỡ 7,5/9,5Fr, ống soi qua da bán cứng 0°, 12Fr. Bộ dụng cụ nong nhựa bán cứng và Amplatz 18Fr.

Các bước thực hiện NC: BN được vào viện điều trị kháng sinh dự phòng trước mổ 2 ngày. Thực hiện miniPCNL tại phòng mổ tiết niệu với gây tê tùy sống và tư thế tán sỏi nằm nghiêng. Ghi nhận các thông tin trong và sau mổ. Rút sonde tiểu và chụp phim XQ hệ tiết niệu ngày thứ 2 sau mổ. Rút DL thận nếu XQ sạch sỏi (khi không còn mảnh sỏi $\geq$ 4mm) và ra viện ngày hôm sau khi diễn biến thuận lợi. Hẹn BN khám lại sau 1 tháng, đánh giá sạch sỏi ở thời điểm này và rút sonde JJ.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sớm: dựa theo phân loại Clavien.⁵

- **Kết quả tốt:** không có biến chứng nào trong và sau mổ. Sốt nhẹ sau mổ ($<38,5^{\circ}$), không cần dùng thuốc hạ sốt. Sau rút dẫn lưu (DL) thận có thể dò nước tiểu qua chân DL nhưng tự hết sau vài ngày hoặc chảy máu qua chân DL nhưng băng ép tự cầm máu mà không phải áp dụng bất cứ biện pháp can thiệp bổ sung nào khác như truyền máu, nút mạch.

- **Kết quả trung bình:** Phân loại Clavien thuộc độ I, II. JJ chưa xuống BQ được can thiệp thủ thuật nội soi ngược dòng kéo JJ xuống dưới tê tại chỗ. BN phải truyền máu sau mổ nhưng không phải nút mạch chọn lọc sau mổ. Sốt sỏi sau tán lần 1, cần phải can thiệp tán lần 2.

- **Kết quả xấu:** Phân loại Clavien thuộc độ III, IV, V. BN phải chuyển mổ mở. BN phải nút mạch chọn lọc sau mổ. Sốc nhiễm trùng trong hoặc sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN trước mổ

51 BN gồm 36 nam (70,6 %) và 15 nữ (29,4%). Tuổi TB : $48,1 \pm 23,5$ tuổi (22 - 71). 14/51 BN (27,5%) có tiền sử bệnh nội khoa gồm: 7 cao huyết áp (13,7%), 1 đã đặt stent mạch vành và dùng chống đông (1,96%); 2 tâm phế mạn (3,9%); 4 tiểu đường (7,8%).

1 BN sỏi S5/thận đối diện teo mất chức năng. 1 BN sỏi thận 1 bên và ung thư biểu mô đường niệu trên bên còn lại. 1 BN sỏi thận 1 bên kèm theo ung thư bàng quang và ung thư biểu mô đường niệu trên bên thận còn lại. 9 BN có tiền sử đã mổ mở lấy sỏi thận cùng bên cách can thiệp lần này gần nhất 2 năm, xa nhất 8 năm. 1BN có SSH 1 bên và hẹp NQ 1/3 trên thận đối diện được cắt xơ hẹp NQ bằng laser, đặt JJ kèm miniPCNL SSH trong cùng một lần mổ. Sỏi thận 1 bên gặp 46 BN chiếm 90,2%, sỏi bên

trái 27 BN (52,9%), sỏi bên phải 19 BN (37,3%). 5 BN sỏi thận 2 bên (9,8%). 2 BN có SSH thận 2 bên được miniPCNL cả 2 bên, mỗi bên cách nhau 5-7 ngày. Ứ nước độ I ở 21 BN (41,2%). Độ II có 13 BN (25,5%) và đài bể thận không giãn ở 17 BN (33,3 %).

Kích thước sỏi TB: dài $4,41 \pm 1,26$ cm, rộng TB: $2,82 \pm 0,63$ cm và diện tích sỏi TB là $6,23 \pm 1,58$ cm² (kích thước và diện tích chỉ tính với viên sỏi lớn nhất, không bao gồm các viên sỏi rải rác).

Bảng 1. Đặc điểm vị trí hình thái sỏi thận

Vị trí hình thái sỏi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
S3 (kèm theo sỏi đơn độc ở các đài)	6	11,8
S4	16	31,4
S5	29	56,8
Tổng số	51	100,0

3.2. Đặc điểm trong và sau mổ

Diễn biến trong mổ: đa số thực hiện 1 đường hầm (80,5%) và 1 lần chọc vào được vị trí mong muốn (88,2%). Chọc dò qua nhánh sỏi ở đài giữa thực hiện nhiều nhất 29 BN (56,9%), chọc dò thẳng vào vị trí sỏi đơn độc đứng thứ 2 với 16 BN (31,3%), không có trường hợp nào chọc dò vào đài trên với đường hầm đầu tiên. Lưu lượng nước trong quá trình tán sỏi được để ở mức thấp nhất (10%), khi thực hiện lấy sỏi qua Amplatz thì tăng lên ở mức 15-20%. Thể tích dịch rửa cao nhất ở nhóm S5. 2 BN (3,8%) chảy máu nhiều trong lúc tạo đường hầm qua da ở BN không giãn đài bể thận, nhu mô thận dày, tuy nhiên không gây rối loạn huyết động và không cần truyền máu. Sau khi tán 1 phần sỏi và đưa được Amplatz vào trong đường bài xuất thì không còn chảy máu và tán sỏi thuận lợi. 11 BN (21,6%) đặt JJ ngược dòng thì 1; 40 BN (78,4%) nằm nghiêng luôn làm 1 thì, đặt JJ xuôi dòng, không có BN nào đặt catheter NQ. Không có BN nào sỏi rơi xuống

NQ phải nằm ngửa đặt JJ. Thông JJ 6 hoặc 7Fr được đặt xuôi dòng thuận lợi ở 39/40 BN. Thời gian tán sỏi trung bình là $69,2 \pm 25,1$ phút (35-120 phút) dài nhất ở nhóm sỏi S5.

Diễn biến sau mổ: phim chụp kiểm tra 2 ngày sau mổ: JJ đúng vị trí ở 50 BN. 1 BN sonde JJ chưa xuống BQ, được nội soi ngược dòng kéo JJ xuống dưới gây tê tại chỗ. 1BN sỏi S5 cần truyền 2 đơn vị HC khối vào ngày thứ 1 sau mổ. Sau truyền BN ổn định, không cần can thiệp nút mạch. 1BN chảy máu qua chân DL sau rút DL thận, băng ép cầm máu hiệu quả và ra viện vào hôm sau. Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ là 92,2 %; sau 1 tháng là 96,1% (không còn hoặc sỏi nhỏ < 4mm). 2 BN sau 1 tháng còn sỏi ≥ 4 mm nhưng nằm trong đài thận tách biệt, BN được tư vấn và chọn phương án chung sống hòa bình với sỏi sót, siêu âm kiểm tra định kỳ 6 tháng/lần. Không gặp biến chứng đái máu, nhiễm khuẩn tiết niệu nặng hay tắc nghẽn NQ do sỏi.

Bảng 2. Các đặc điểm trong và sau mổ

Các chỉ số nghiên cứu		Sỏi S3 (n=6)	Sỏi S4 (n=16)	Sỏi S5 (n=29)	Tổng n (%)
Các thông số trong mổ					
Vị trí chọc dò (đường hầm 1)	Nhánh sỏi đài trên	0	0	0	0 (0,0)
	Nhánh sỏi đài giữa	3	9	17	29 (56,9)
	Nhánh sỏi đài dưới	1	2	3	6 (11,8)
	Vào thẳng sỏi đơn độc	2	5	9	16 (31,3)
Số lần chọc dò cho đường hầm đầu tiên	1 lần	5	14	26	45 (88,2)
	2 lần	1	2	3	6 (11,8)
Số đường hầm	1 đường hầm	5	13	23	41 (80,5)
	2 đường hầm	1	3	5	9 (17,6)
	3 đường hầm	0	0	1	1 (1,9)
Tán sỏi thành mảnh/tán mịn sỏi		6/0	16/0	29/0	51/0
Thời gian tán sỏi trung bình (phút)		43,2 ± 8,1	58,6 ± 13,4	80,5 ± 20,3	69,2 ± 21,1
Thời gian mổ trung bình (phút)		55,4 ± 8,9	73,1 ± 14,7	95,7 ± 21,6	83,9 ± 23,3
Lưu lượng nước trung bình (%)	Trong khi tán sỏi	10%	10%	10%	10%
	Trong khi lấy sỏi	15%	15-20%	15-20%	15-20%
Thể tích dịch rửa trung bình (lít)		13,2 ± 1,9	18,1 ± 2,7	25,7 ± 5,7	22,1 ± 4,3
Chảy máu trong mổ		0	1	1	2 (3,8)
Dùng cuộc mổ do chảy máu		0	0	0	0 (0,0)
Thủng, rách đài bể thận-niệu quản		0	0	0	0 (0,0)
Thủng màng phổi		0	0	0	0 (0,0)
Đặt DL thận		6	16	29	51 (100,0)
Chuyển mổ mở		0	0	0	0 (0,0)
Sốc nhiễm trùng trong mổ		0	0	0	0 (0,0)
Các thông số sau mổ					
Thời gian rút DL thận		2,35 ± 0,52	2,71 ± 0,55	3,15 ± 0,71	2,92 ± 0,64
Thời gian có lưu thông tiêu hóa (ngày)		1,13 (1-3)			
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)		2 (1-3)			
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		4,27 ± 1,83 (3 - 7 ngày)			
Sốt nhẹ sau mổ		0	2	2	4 (7,8)
Sốc nhiễm trùng sau mổ		0	0	0	0 (0,0)
Chảy máu sau mổ		0	0	0	0 (0,0)
Truyền máu sau mổ		0	0	1	1 (1,9)
Dò nước tiểu kéo dài sau mổ		0	0	0	0 (0,0)
JJ chưa xuống bàng quang		0	1	0	1 (1,9)
Nút mạch sau mổ		0	0	0	0 (0,0)
Tỷ lệ sạch sỏi sớm sau mổ		6/6	14/16	27/29	47/51 (92,2)
Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng		6/6	15/16	28/29	49/51 (96,1)
Kết quả phẫu thuật	Tốt	6	15	28	49 (96,1)
	Trung bình	0	1	1	2 (3,9)
	Xấu	0	0	0	0 (0,0)

IV. BÀN LUẬN

Cho tới nay, PCNL điều trị sỏi thận đã có nhiều bước phát triển vượt bậc dần thay thế cho PT mở. PCNL tiêu chuẩn có hiệu quả cao để điều trị sỏi thận lớn với hiệu suất lấy sỏi nhanh, nhưng tăng nguy cơ chảy máu và tổn thương nhu mô thận. Trong khi đó mini-PCNL giúp giảm các biến chứng này, đặc biệt đối với SSH cần nhiều đường hầm thì miniPCNL càng thể hiện ưu thế. Một số tác giả báo cáo miniPCNL cho SSH đạt hiệu quả cao tương đương PCNL tiêu chuẩn.^{3,6}

Có nhiều phân loại để đánh giá độ phức tạp của sỏi, như phân loại của Moores và Boyce, phân loại Guy's, phân loại S.T.O.N.E. Tuy nhiên để phù hợp mới mục tiêu nghiên cứu của bài viết này chúng tôi sử dụng phân loại của Moores và Boyce. Chỉ định mini-PCNL điều trị SSH thận phức tạp trong NC của chúng tôi gồm: sỏi S3 kèm theo sỏi ở các đài thận: 6 BN (11,8%); sỏi S4 16 BN (31,4%) và S5 29BN (56,8%). Phần lớn sỏi S4-5 không gây giãn hoặc giãn đài bể thận độ I. Mini-PCNL điều trị sỏi thận phức tạp trên thận duy nhất được chỉ định cho 1 BN có thận đối bên teo nhỏ nhằm hạn chế tối đa các nguy cơ của PT mở trên thận duy nhất có sỏi thường hoạt động bù trừ nên gia tăng kích thước, nhu mô thường dày hơn. Đặc biệt có 2 BN SSH 2 bên được chỉ định PCNL cho cả 2 bên thận, mỗi bên cách nhau 5-7 ngày và 2 BN SSH 1 bên kèm theo ung thư đường niệu bên thận đối diện được chỉ định miniPCNL SSH trước và xử lý ung thư biểu mô đường niệu ngay sau khi bên thận miniPCNL ổn định. Việc giảm thiểu số lần miniPCNL và giảm thiểu nguy cơ tai biến trong những trường hợp này rất có ý nghĩa, giúp BN sớm được can thiệp bệnh lý bên còn lại đồng thời giúp giảm thời gian và chi phí nằm viện tổng thể.

MiniPCNL cho sỏi thận phức tạp trên BN đã mở mở sỏi thận có 9 BN (17,6%). Trong mổ thấy tổ chức quanh thận và nhu mô thận viêm xơ chắc, chọc dò và nong tạo đường hầm khó khăn hơn. Mặt khác, cấu trúc giải phẫu, hình dạng các đài thận bị thay đổi, các cổ đài đôi khi bị khâu hẹp hoặc kín tạo ra các đài thận biệt lập gây rất nhiều khó khăn cho việc kiểm soát sỏi sót. Đồng thời niệu quản thường bị gấp góc, gấp khúc gây khó khăn khi đặt JJ ngược cũng như xuôi dòng.

Để thực hiện miniPCNL cho SSH phức tạp hoàn toàn dưới siêu âm đạt hiệu quả sạch sỏi tối đa với 1 lần tán và số đường hầm tối thiểu, đồng thời giảm các tai biến, biến chứng đòi hỏi phải có một chiến lược tổng thể, với các bước phẫu thuật được thực hiện một cách chính xác với độ thuần thực cao.

4.1. Lựa chọn đường vào tối ưu dựa trên siêu âm.

Một đường hầm qua da được coi là tối ưu khi: dễ dàng tiếp cận mọi vị trí của sỏi giúp lấy sạch sỏi mà không cần phải tạo thêm đường hầm khác, gây tổn thương tối thiểu cho nhu mô thận, không gây chảy máu hoặc chảy máu tối thiểu trong quá trình tán sỏi.

Để tạo được 1 đường hầm tốt cần phải: lập kế hoạch chọc dò trước mổ dựa trên phân tích hình ảnh KUB, CT. Lựa chọn vị trí chọc dò mong muốn trên phim KUB, CLVT và siêu âm trong mổ.

Định vị bằng siêu âm do Pederson đề xuất năm 1976. Gần đây, nhiều báo cáo cho thấy tỷ lệ thành công cao của phương pháp này.⁷ Định vị siêu âm có ưu điểm: thuận tiện, chính xác, thấy được sỏi không hoặc ít cản quang, liên quan của thận với các cơ quan khác, thấy được hình ảnh khí của đại tràng đôi khi nằm phía sau thận, nhất là BN đã mổ cũ hoặc thận móng ngựa. Quan sát thấy đầu

kim chọc dò sẽ tránh được các thương tổn ngoài ý muốn.⁸

Toàn bộ BN của chúng tôi được TTS và tán sỏi với tư thế nằm nghiêng. Tư thế nghiêng sẽ giảm được nguy cơ đến hô hấp, tuần hoàn và BN tỉnh nên thuận lợi cho việc theo dõi. Tuy nhiên, ở tư thế này, thận di động theo nhịp thở nên chọc dò và tạo đường hầm khó thực hiện hơn đặc biệt ở BN thở nhanh do hồi hộp, lo lắng. Do vậy chúng tôi tiến hành chọc dò nhanh trong 1 nhịp thở hoặc với những BN thận cao, nắp sau bờ sườn chúng tôi yêu cầu BN hít sâu và nín thở khoảng 10-15s để thận cố định xuống thấp và tiến hành chọc dò trong khoảng thời gian đó.

Lựa chọn vị trí chọc dò: là bước quan trọng nhất, quyết định đến thành công và tỷ lệ biến chứng của PT. Thông thường chúng tôi chọn vị trí chọc kim vào nhu mô thận ở vị trí mỏng nhất để hạn chế tối đa tổn thương nhu mô nhưng phải đảm bảo tiếp cận được sỏi tốt nhất.

Thời gian chọc dò, tạo đường hầm phụ thuộc và nhiều yếu tố như: kinh nghiệm PTV, mức độ giãn của thận. Thận càng giãn thì càng dễ chọc dò và đặt Amplatz. Nếu đài bể thận không giãn, nhu mô thận dày sẽ gặp khó khăn khi tạo đường hầm vì sỏi sát nhu mô nên đầu guide-wire dễ bị đẩy ra ngoài gây lạc đường khi nong. Chọc dò dễ không có nghĩa tán sỏi cũng thuận lợi theo. Thận ứ nước sẽ khiến mất thời gian tìm các mảnh sỏi vỡ, nguy cơ sót sỏi cao hơn. Hơn nữa chọc dò vào thẳng sỏi vị trí bể thận trong khi có nhiều nhánh nhỏ hoặc sỏi đơn độc các nhóm đài sẽ chỉ giúp tán sỏi tại vị trí bể thận dễ dàng trong khi gặp rất nhiều bất lợi cho tìm kiếm sỏi ở khu vực phía ngoài, vùng rìa của thận.

Chọc dò vào nhánh sỏi đài giữa chiếm phần lớn trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi ở 29 BN (56,9%), từ vị trí này có thể kiểm soát và tiếp cận hầu hết các đài thận một cách dễ dàng, đồng thời cũng thuận lợi hơn cho việc soi xuống BT-NQ kiểm tra và đặt thông JJ xuôi dòng (hình 5).

Chọc dò trực tiếp vào sỏi đài thận riêng lẻ của chúng tôi có 16 BN (31,3%), thông thường là 1 viên sỏi đơn độc hoặc 1 đám sỏi ở nhóm đài giữa hoặc viên sỏi nằm ở rìa ngoài nhu mô thận trên siêu âm, sau khi lấy hết sỏi ở vị trí này sẽ thông qua cổ đài để vào xử lý sỏi bể thận và sỏi ở các nhóm đài khác (hình 1B + 2+3). Cách làm này có 2 lợi thế là: chọc dò sỏi nhỏ ở thì đầu khi chưa can thiệp vào thận sẽ dễ dàng hơn do hình ảnh siêu âm không bị nhiễu bởi cục máu đông hoặc khí trong đường tiết niệu; hai là nhóm sỏi này rất dễ bị sót nếu như thực hiện tán sỏi ở bể thận trước vì cổ đài thận thường hẹp bị viêm sùi làm che lấp đường vào hoặc do góc giữa Amplatz và cổ đài này quá nhỏ làm cho 2 đường tiếp cận gần như song song.

Chúng tôi không chọc dò vào đài trên cho đường hầm đầu tiên vì vị trí này chọc khó khăn hơn, vướng xương sườn, màng phổi, khó thao tác khi tán sỏi và kiểm soát đài thận. Chúng tôi chỉ làm đường hầm thứ 2 hoặc thứ 3 vào đài trên khi không thể tán được sỏi đài trên với đường hầm đầu tiên.

Đường hầm thứ 2 hoặc thứ 3 chủ yếu được thực hiện do sỏi đơn độc ở 1 đài biệt lập không thể tìm được bằng đường hầm thứ nhất, hoặc đường hầm thứ nhất tìm thấy sỏi nhưng vị trí tiếp tuyến khiến nó không thể tiếp cận và tán được sỏi.

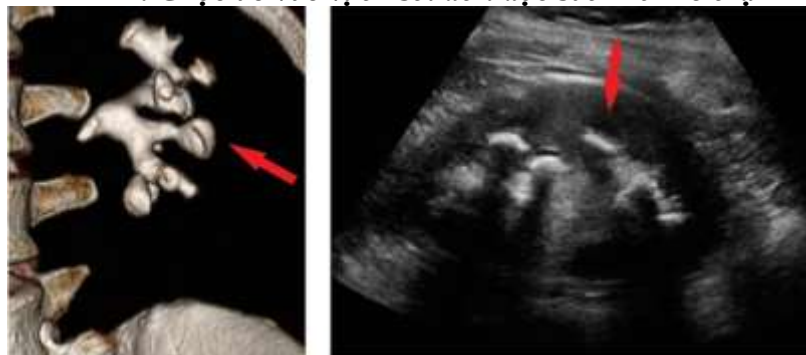
Vị trí chọc dò nên ở phía mặt sau của thận, tốt nhất nên ở gần vị trí của đường Hyrt (hình1).



Hình 1: Chọc dò phía sau (A), nếu có sỏi đơn độc nên chọc dò thẳng vào sỏi (B)



Hình 2: Chọc dò vào vị trí sỏi đơn độc sát nhu mô thận



Hình 3: Nhu mô thận không giãn, chọc dò vào sỏi ở vị trí rìa ngoài của thận

Tránh chọc kim xuyên qua cổ đài hoặc vách các đài thận (là các cấu trúc âm màu trắng không cản âm). Chọc kim xuyên qua các cấu trúc chứa nhiều mạch máu này (các mạch máu gian thùy) sau đó nong rộng tạo đường hầm sẽ xé rách các cấu trúc mạch máu

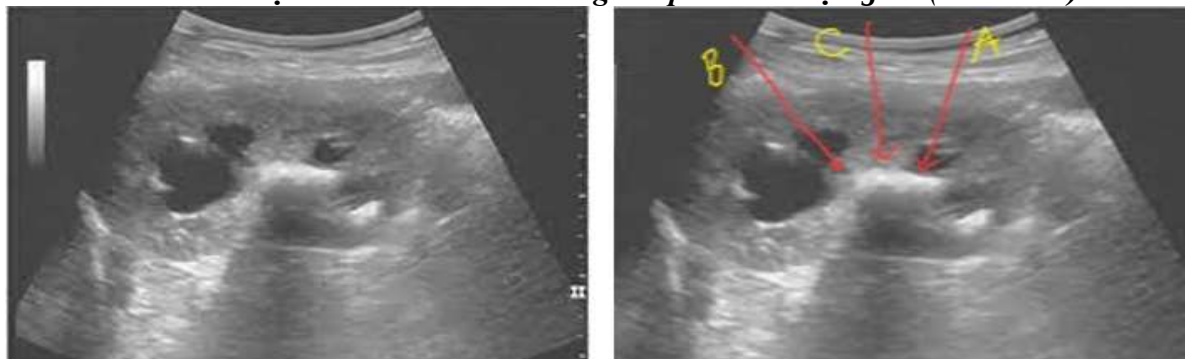
ở vùng này gây chảy máu trong mô hoặc phải can thiệp nút mạch sau mổ (hình 4+5+6). Việc thấy được đầu kim và đường đi của kim trong suốt quá trình chọc dò là chìa khóa để đạt được điều này. Cố gắng chọc kim chính xác, trong một lần chọc là tốt nhất.



Hình 4: Chọn vị trí nhu mô mỏng nhất mũi tên A, qua đài thận giãn vào sỏi



Hình 5: Chọc dò vào nhánh sỏi đài giữa qua 1 đài thận giãn (mũi tên A)



Hình 6: Chọc dò qua đài thận giãn vào sỏi, tránh các vách-cổ đài (mũi tên A)

Một số thay đổi trong kỹ thuật chọc dò: chọc dò trong 1 nhịp thở, PTV thực hiện chọc dò nhanh và chính xác ngay khi BN kết thúc 1 chu kỳ thở, thận được cố định tạm thời trong 1 khoảng thời gian ngắn, do đó đòi hỏi PTV phải có kỹ năng chọc dò tốt. Chọc dò từ phía sau và cách xa đầu dò siêu âm, áp dụng khi vị trí mong muốn chỉ thấy được khi đưa đầu dò siêu âm ra phía trước quá nhiều (thường gặp khi tạo đường hầm thứ 2 do trong khi tán thận bị đẩy ra trước do tụ máu, dịch phía sau hoặc trong thận móng ngựa), lúc này chọc kim sát đầu dò sẽ gặp phải 2 vấn đề: 1 là tán sỏi khó khăn do phải với ra trước, 2 là nguy cơ chọc chọc vào đại tràng. Chọc dò từ phía sau và cách xa đầu dò giúp thao tác tán sỏi thuận lợi hơn và tránh được các nguy cơ trên, tuy nhiên đòi hỏi PTV phải có kinh nghiệm và định hình tốt về mặt không gian, tạo góc chọc kim chính xác.

Bằng việc lựa chọn đường vào phù hợp, chúng tôi chỉ cần 1 đường hầm ở 41/51 BN (80,5%); 2 đường hầm ở 9 BN (17,6%) và 3 đường hầm ở 1 BN (1,9%) với kết quả sạch sỏi đạt được 96,1%.

4.2. Chiến lược phẫu thuật

Sử dụng áp lực và lưu lượng nước thấp trong khi tán sỏi, chỉ tăng lưu lượng khi lấy sỏi: Điều kiện: phẫu trường trong, không chảy máu. Lợi ích: giảm tối thiểu thẩm thấu nước vào hệ thống tuần hoàn cũng như thẩm dịch ra khoang sau phúc mạc, tránh hạ thân nhiệt nhất là khi dịch rửa lạnh, đồng thời giảm nguy cơ nhiễm trùng, đặc biệt có ý nghĩa khi sỏi quá lớn, sỏi cứng làm kéo dài thời gian mổ.⁹ Chúng tôi hầu như sử dụng lưu lượng nước thấp (10%) trong suốt quá trình tán sỏi, hoặc chỉ tăng nhẹ khi phẫu trường khó quan sát và tăng lên 15-20% khi lấy sỏi.

Tốc độ tán và lấy sỏi: càng nhanh càng tốt. Điều kiện: phẫu trường trong, sỏi được quan sát thấy rõ ràng. Nên tán sỏi thành mảnh, kích thước gần bằng nòng Amplatz do đó tiết kiệm thời gian tán và lấy sỏi. Động tác lấy sỏi thành thực sẽ giúp giảm thời gian PT. Công suất của máy tán là 1 yếu tố quan trọng, công suất càng cao sỏi càng nhanh vỡ.

Kiểm soát toàn bộ các đài thận: giúp tránh sót sỏi, tránh phải tạo thêm đường hầm.

Kiểm soát đài bể thận dễ hơn khi phẫu trường sạch, không chảy máu, không huyết khối.

Kiểm tra lại bằng siêu âm trước khi quyết định dừng cuộc mổ: Siêu âm phát hiện sỏi sót, định hướng vị trí của sỏi, hơn nữa kết hợp siêu âm đồng thời với nội soi trong mổ cho phép hướng vị trí máy nội soi tìm đến vị trí sỏi trên đầu dò siêu âm cũng giúp chúng ta tìm sỏi dễ dàng hơn. Khó khăn khi có nhiều máu cục, nhiều khí trong đường bài xuất.

Có thể kết hợp nội soi ống mềm: giúp tránh tạo thêm đường hầm. Khó khăn: fURS không phải lúc nào cũng có sẵn và giá thành cao. Trong nhiều trường hợp, fURS không thể tìm thấy sỏi do khoảng không chật hẹp và góc của đài thận quá hẹp.

4.3. Hiệu quả của điều trị

Hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên 2 tiêu chí: tỷ lệ sạch sỏi và tỷ lệ các tai biến, biến chứng.

Nghiên cứu có thời gian mổ TB: $83,9 \pm 23,3$ phút (45 – 140). Trong đó, thời gian tán sỏi thay đổi từ 35 - 120 phút, dài nhất ở nhóm sỏi S5. Thời gian tán sỏi phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kinh nghiệm PTV, kích thước, độ cứng, độ phức tạp của sỏi, độ giãn của thận (càng lớn thì sỏi càng dễ di chuyển nên khó khăn khi đi tìm các mảnh sỏi). Nên tán vỡ làm nhiều mảnh thay vì tán mịn để rút ngắn thời gian mổ. Thời gian mổ càng nhanh tỷ lệ nhiễm khuẩn càng giảm, lượng nước thẩm thấu vào ổ bụng và khoang sau phúc mạc càng thấp, sớm có lưu thông tiêu hóa.⁹ Trong NC của chúng tôi phần lớn BN có trung tiện ngay hoặc trong ngày đầu sau mổ, 3 BN trong 2 ngày và 2 BN trong 3 ngày. Các BN chậm trung tiện đều là các BN sỏi S5, thời gian tán lâu, nhiều đường hầm, lượng dịch sử dụng nhiều gây thẩm dịch vào khoang sau phúc mạc và trong ổ bụng gây liệt ruột tạm thời.

Chảy máu trong mổ là tai biến thường gặp nhất mà nguyên nhân chủ yếu do chọc dò và nong đường hầm. Khi chọc dò và đặt Amplatz thuận lợi có thể kiểm soát hoàn toàn cuộc mổ và tổn thương nhu mô và mạch máu là ít gặp. Chúng tôi gặp 2 BN chảy máu trong lúc tạo đường hầm ở BN đài bể thận không giãn (3,9%) sau khi đặt được Amplatz vào đường bài xuất thì hết chảy máu. Không BN nào có rối loạn huyết động và không cần truyền máu trong mổ.

Tất cả BN của chúng tôi đều được DL thận bằng Foley 14 Fr. DL thận được rút sau 2 - 5 ngày khi chụp KUB kiểm tra sau mổ hết sỏi và JJ đúng vị trí. Sau rút dẫn lưu không BN nào bị rò nước tiểu hoặc tụ dịch sau phúc mạc.

BC sau mổ có 7 BN (13,7%), gồm sỏi nhẹ (4), chảy máu qua chân DL thận (1), chậm lưu thông tiêu hóa (2), đều là các BC nhẹ. Tỷ lệ biến chứng này thấp hơn so với NC của Cheng F là 23,6%, Knoll T là 28%, chủ yếu là độ 1 theo Clavien Dindo.^{2,6} Tỷ lệ sỏi sót sau PCNL gặp từ 2,8 - 32,1% có thể do NK trước mổ hoặc do áp lực nước trong thận cao khi mổ tuy nhiên rất ít trường hợp tiến triển đến sốc NK.⁶ Chúng tôi không gặp NK tiết niệu nặng hoặc sốc NK sau mổ. 1 BN sỏi S4 chụp kiểm tra đầu JJ chưa xuống BQ được nội soi rút JJ xuống BQ vào ngày thứ 3, diễn biến ổn định. 1 BN sau rút DL thận có chảy nước tiểu qua chân DL, dịch tự hết sau 2 ngày. 1 BN sau rút DL thận có chảy máu qua chân DL được băng ép cầm máu ổn định và ra viện vào ngày hôm sau. 1 BN thiếu máu sau mổ phải truyền 2 đơn vị máu, BN này sỏi S5, thời gian tán 115 phút, phải tạo 3 đường hầm. Sau truyền BN ổn định, không cần can thiệp nút mạch. Theo NC của Ahmed R El-Nahas có 2 yếu tố bất lợi độc lập ảnh hưởng đến biến chứng là sỏi rải rác ở nhiều đài thận và số lượng đường hầm qua da.¹⁰

Tỷ lệ sạch sỏi trong NC của Cheng F là 85,2%,⁶ của Resorlu B đạt 94,3%.¹¹ Theo

Ahmed R El-Nahas tỷ lệ sạch sỏi với 1 lần tán và không có biến chứng là 84%.¹⁰ Zeng năm 2013 đã báo cáo tỷ lệ sạch sỏi đối với sỏi phức tạp đạt 66,4%.¹² NC của Hoàng Long (2017) có tỷ lệ sót sỏi là 12,6% liên quan đến SSH S4 - S5 phức tạp.⁴ NC của chúng tôi với SSH cho thấy tỷ lệ sạch sỏi sớm là 92,2% và sau 1 tháng là 96,1%, sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi có thể là do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn, sự khác nhau về tiêu chuẩn lựa chọn BN, nguồn năng lượng tán sỏi.

Chúng tôi không gặp các tai biến và biến chứng nặng. Kết quả PT đáng mong đợi: tốt 96,1 %, trung bình 3,9 % và xấu 0%.

V. KẾT LUẬN

Bằng cách lựa chọn đường tiếp cận hợp lý và chiến lược phẫu thuật rõ ràng, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ hoàn toàn dưới hướng dẫn siêu âm cho SSH thận phức tạp là phương pháp điều trị an toàn và đạt hiệu quả sạch sỏi cao 96,1%. Phương pháp này đã thay thế cho PT mở trong điều trị sỏi thận lớn, phức tạp và hoàn toàn có thể thực hiện thường quy trong nước với các điều kiện trang thiết bị hiện có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nagele U, Schilling D, Anastasiadis AG, et al.** Minimally invasive percutaneous nephrolitholapaxy (MIP). *Der Urologe*. 2008;47:1066-1073.
2. **Knoll T, Wezel F, Michel MS, Honeck P, Wendt-Nordahl G.** Do patients benefit from miniaturized tubeless percutaneous nephrolithotomy? A comparative prospective study. *Journal of endourology*. 2010;24(7):1075-1079.
3. **Abdelhafez MF, Bedke J, Amend B, et al.** Minimally invasive percutaneous nephrolitholapaxy (PCNL) as an effective and safe procedure for large renal stones. *BJU international*. 2012;110(11c):E1022-E1026.
4. **Long H.** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn bằng siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận. *Tập san VUNA* 2017. 2017.
5. **Dindo D, Demartines N, Clavien P-A.** Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of surgery*. 2004;240(2):205.
6. **Cheng F, Yu W, Zhang X, Yang S, Xia Y, Ruan Y.** Minimally invasive tract in percutaneous nephrolithotomy for renal stones. *Journal of Endourology*. 2010;24(10):1579-1582.
7. **Gamal WM, Hussein M, Aldahshoury M, et al.** Solo ultrasonography-guided percutaneous nephrolithotomy for single stone pelvis. *Journal of endourology*. 2011;25(4):593-596.
8. **Osman M, Wendt-Nordahl G, Heger K, Michel MS, Alken P, Knoll T.** Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonography-guided renal access: experience from over 300 cases. *BJU international*. 2005;96(6):875-878.
9. **Yang Z, Song L, Xie D, et al.** The new generation mini-PCNL system-monitoring and controlling of renal pelvic pressure by suctioning device for efficient and safe PCNL in managing renal staghorn calculi. *Urologia Internationalis*. 2016;97(1):61-66.
10. **El-Nahas AR, Khadgi S, Diab M, Al-Terki A.** Definition and Unfavorable Risk Factors of Trifecta in Mini-Percutaneous Nephrolithotomy. *Journal of Endourology*. 2021;35(8):1140-1145.
11. **Resorlu B, Unsal A, Tepeler A, et al.** Comparison of retrograde intrarenal surgery and mini-percutaneous nephrolithotomy in children with moderate-size kidney stones: results of multi-institutional analysis. *Urology*. 2012;80(3):519-523.
12. **Zeng G, Zhao Z, Wan S, et al.** Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for simple and complex renal caliceal stones: a comparative analysis of more than 10,000 cases. *Journal of endourology*. 2013;27(10):1203-1208.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN BÁN PHẦN KẸP CHỌN LỌC ĐỘNG MẠCH THẬN ĐIỀU TRỊ U THẬN: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Đỗ Trường Thành¹, Đỗ Ngọc Sơn¹, Nguyễn Đức Minh¹
Ngô Đậu Quyền¹, Lê Văn Hùng², Nguyễn Đạo Uyên¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần trong điều trị u thận có kẹp mạch chọn lọc tại Bệnh viện Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: Tổng số 5 bệnh nhân được chẩn đoán u thận trên hình ảnh chụp CT-Scan, được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bán phần có kẹp mạch chọn lọc.

Kết quả: Kích thước u trung bình: 3.7 cm. Giai đoạn bệnh: 3 bệnh nhân T1a; 2 bệnh nhân T1b. Thời gian mổ trung bình 113 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình: 23.4 phút. Lượng máu mất trung bình: 164 ml. Không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu phải chuyển đổi phương án phẫu thuật.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có kẹp chọn lọc động mạch thận là an toàn và khả thi trong thực hành lâm sàng.

Từ khóa: u thận, ung thư thận, cắt thận bán phần, kẹp mạch chọn lọc

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY WITH SELECTIVE RENAL ARTERY CLAMPING FOR

¹Khoa Phẫu thuật Tiết niệu, Bệnh viện Việt Đức

²Trung tâm Tiêu hoá-Gan mật-Tiết niệu, Bệnh viện Vinmec Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

ĐT: 0989208892

Email: dongocson1976@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

RENAL TUMOR: INITIAL OUTCOME EVALUATION

Objective: To evaluate the initial results of laparoscopic partial nephrectomy in the treatment of renal tumors with selective artery clamp at Viet Duc Hospital.

Subjects and methods: A total of 5 patients were diagnosed with renal tumor on CT-Scan, underwent retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy with selective artery clamp.

Result: The average tumor size is 3.7 cm, with 3 patients classified as T1a and 2 patients classified as T1b. The average surgical time is 113 minutes, with an average warm ischemia time of 23.4 minutes. The average blood loss is 164 ml. There were no patients who experienced complications requiring a change in the surgical approach.

Conclusion: Laparoscopic partial nephrectomy with selective clamping of the renal artery is safe and feasible in clinical practice.

Keywords: renal tumor, kidney cancer, laparoscopic partial nephrectomy, selective renal artery clamp.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nội soi cắt thận bán phần đang trở nên phổ biến như một phương pháp ít xâm lấn trong điều trị các bệnh lý u thận giai đoạn sớm¹. Kiểm soát rốn thận có vai trò quan trọng để đảm bảo trường phẫu thuật giúp khâu phục hồi tốt nhu mô thận. Tuy nhiên kiểm soát cuống thận làm tăng thời gian thiếu máu nóng gây tổn thương thận do thiếu máu. Thông thường phương pháp kiểm soát rốn thận là kẹp một mình động mạch thận

hoặc cả động và tĩnh mạch thận đều làm tăng thời gian thiếu máu nóng của toàn bộ thận. Phương pháp nội soi cắt thận bán phần kẹp chọn lọc nhánh động mạch thận tới u vừa đảm bảo được trường phẫu thuật giúp khâu phục hồi thận, vừa hạn chế thời gian thiếu máu nóng ở các vùng cấp máu khác để tránh tổn thương toàn bộ do tăng thời gian thiếu máu nóng². Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu của những trường hợp đầu tiên u thận được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bán phần có kẹp mạch chọn lọc tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 5 bệnh nhân (3 nam và 2 nữ) được chẩn đoán u thận trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận có kẹp mạch chọn lọc từ tháng 12/2022 đến tháng 5/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả tiền cứu.

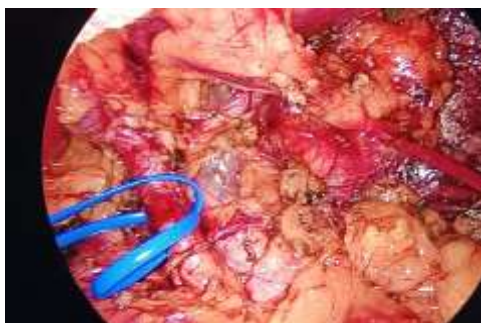
Biên số: - Giai đoạn bệnh u thận tính theo thang điểm AJCC: pT1a khối u thận có kích thước ≤ 4 cm, pT1b khối u thận có kích thước ≤ 7 cm, pT2 khối u có kích thước > 7 cm

- Độ phức tạp của khối u theo hệ thống R.E.N.A.L của Kutilov và Uzzo (hệ thống

này dựa trên 5 tiêu chí: kích thước khối u, độ lồi của khối u lên bề mặt thận, khoảng cách từ khối u đến hệ thống đài bể thận; vị trí khối u liên quan với đường cực thận. Mỗi tiêu chí từ 1-3 điểm.

- Tất cả bệnh nhân đều được chẩn đoán và thực hiện phẫu thuật theo một quy trình trên dàn máy nội soi của hãng Karl-Storz do một kíp phẫu thuật thực hiện. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung

- Tất cả BN đều được gây mê nội khí quản. Tư thế nghiêng 90 độ có độn vùng thắt lưng. 4 trocar vùng thắt lưng được đặt trong loại phẫu thuật này. Phẫu tích bóc lộ cuống thận và động mạch thận chính. Phẫu thuật sát dần về phía nhu mô để bóc lộ các nhánh động mạch thận để kẹp chọn lọc (Hình 1). Sau khi kiểm soát nhánh mạch bằng dụng cụ clamp, xác định đường ranh giới thiếu máu của nhu mô (Hình 2). Kẹp thêm các nhánh động mạch trong trường hợp vùng thiếu máu cục bộ không thể bao phủ toàn bộ khối u. Trường hợp kẹp thêm nhánh cũng cần thiết khi không thể kiểm soát được phẫu trường sau khi loại bỏ khối u. Chuyển sang kẹp động mạch chính ngay khi chảy máu quá nhiều hoặc khi mặc dù đã kẹp nhiều nhánh chọn lọc mà vùng thiếu máu cục bộ vẫn không thể bao phủ hết khối u. Dẫn lưu được rút 3-5 ngày sau phẫu thuật. Thời gian theo dõi sau mổ là từ 1-6 tháng.



Hình 1: Bộc lộ các nhánh động mạch



Hình 2: Đường ranh giới nhu mô

- Số liệu về thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biến chứng, mức lọc cầu thận ước tính trước và sau mổ được thu thập.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả 5 bệnh nhân đều được phát hiện tình cờ có khối u thận. Chẩn đoán xác định và mức độ phức tạp của khối u bằng phim chụp CT-scan

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm bệnh nhân phẫu thuật

Đặc điểm	Người bệnh 1	Người bệnh 2	Người bệnh 3	Người bệnh 4	Người bệnh 5	Trung bình
Giới	Nam	Nam	Nam	Nữ	Nữ	
Tuổi	54	70	31	32	25	42.4
BMI	24.3	25.2	26.1	21.9	20.5	23.6
Kích thước u (cm)	3	4.5	3.5	4.5	3	3.7
Vị trí u	Cực dưới	Cực dưới	Cực giữa	Cực trên	Cực dưới	
Giai đoạn TNM	T1a	T1b	T1a	T1b	T1a	
Điểm R.E.N.A.L	4x	5p	8a	5a	8ah	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 42 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 70 tuổi. Kích thước u trung bình là 3.7 cm, không có khối u nào ở giai đoạn T2. Bệnh nhân thứ 5 có u ở vị trí phức tạp nhất với điểm R.E.N.A.L là 8ah

Bảng 2: Một số đặc điểm liên quan đến phẫu thuật

Đặc điểm	Người bệnh 1	Người bệnh 2	Người bệnh 3	Người bệnh 4	Người bệnh 5	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	75	150	70	120	150	113
Số lượng mạch chọn lọc cần kẹp	1	1	1	1	3	1.4
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	22	30	15	20	30	23.4
Tổn thương bề thận	0	0	0	0	0	0
Lượng máu mất trong mổ (ml)	150	120	100	150	300	164

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 113 phút, thời gian thiếu máu nóng trung bình là 23.4 phút. Lượng máu mất trung bình là 164 ml. Có một trường hợp duy nhất phải kẹp nhiều hơn 1 động mạch chọn lọc

Bảng 3: Biến chứng và kết quả sau mổ

Đặc điểm	Người bệnh 1	Người bệnh 2	Người bệnh 3	Người bệnh 4	Người bệnh 5	Trung bình
eGFR trước mổ	80.5	74.3	96.9	105.2	100.2	91.4
eGFR sau mổ	75.9	52.1	93.2	90.6	95.1	81.3
% giảm eGFR	6	30	4	13	5	10
Biến chứng	Không	Không	Không	Không	Không	
Kết quả mô bệnh học	RCC type tế bào sáng	RCC thể nhú	RCC type tế bào kị màu	RCC type tế bào sáng	RCC thể nhú	
Diện cắt	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	Âm tính	
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	3	4	3	2	4	
Thời gian nằm viện	5	7	4	3	5	

Nhận xét: Cả 5 bệnh nhân đều có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào thận. Mức lọc cầu thận trước và sau mổ thay đổi không đáng kể. Người bệnh thứ 2 với tuổi cao, thời gian mổ kéo dài có mức lọc cầu thận giảm đáng kể. Không có biến chứng nào ghi nhận ở cả 5 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Tiếp cận sau phúc mạc hay đường qua ổ bụng?

Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần đã được coi là tiêu chuẩn trong điều trị khối u thận kích thước nhỏ và thay thế dần phẫu thuật mổ mở cắt thận bán phần¹. Mục tiêu của phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần là lấy bỏ được toàn bộ khối u thận, đảm bảo diện cắt âm tính, hạn chế ảnh hưởng chức năng thận và không có biến chứng³. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận sau phúc mạc lần đầu tiên báo cáo của Gill và cộng sự năm 1994⁴. Lựa chọn đường tiếp cận nội soi phụ thuộc vào sở thích và đào tạo của bác sĩ phẫu thuật, vị trí khối u và kích thước khối u². Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chỉ thực hiện đường tiếp cận sau phúc mạc. Mặc dù đường tiếp cận qua ổ bụng cung cấp phẫu trường rộng và góc tối ưu với các u nằm mặt trước, tuy nhiên lại khó khăn khi kiểm soát động mạch và các nhánh của nó do tĩnh mạch thận nằm trước. Ngược lại, với đường tiếp cận sau phúc mạc chúng tôi sẽ kiểm soát được động mạch chính, các nhánh mạch tốt hơn và đặc biệt sẽ ưu thế khi khâu phục hồi nhu mô với các u thận nằm ở mặt sau và cực dưới thận.

Kẹp toàn bộ động tĩnh mạch thận chính, kẹp động mạch thận chính hay kẹp

chọn lọc nhánh động mạch thận tới khối u?

Tổn thương do thiếu máu nóng là một yếu tố quan trọng liên quan đến suy thận chức năng sau phẫu thuật cắt thận bán phần. Kẹp tạm thời động mạch thận có thể gây thiếu máu cục bộ, làm tổn thương quá trình tái tưới máu của thận và do đó làm giảm chức năng thận. Một số nghiên cứu lâm sàng cho thấy rằng thời gian thiếu máu nóng không nên vượt quá 20 phút⁵.

Có một số biện pháp để tránh tổn thương thận do thiếu máu nóng như không kẹp kiểm soát mạch máu hạ thận nhiệt. Tuy nhiên những phương pháp này, đòi hỏi thời gian phẫu thuật lâu hơn và lượng máu mất nhiều hơn, và chỉ nên thực hiện bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và chọn lọc bệnh nhân.

Khi phải kiểm soát cuống thận, nghiên cứu của Orvieto và CS cho thấy kẹp kiểm soát động mạch thì cho kết quả phục hồi chức năng tốt hơn khi kẹp đồng thời cả động và tĩnh mạch thận⁶.

Khi so sánh với kiểm soát hoàn toàn động mạch thận chính, kẹp các động mạch chọn lọc cung cấp một sự gián đoạn có tính chọn lọc cao của dòng máu, bảo toàn sự cấp máu của các nhánh mạch khác và giảm thiểu thiệt hại do tổn thương thiếu máu nóng đối với toàn bộ nhu mô thận. Ưu điểm của phương pháp này đã được xác nhận trong mô hình động vật và thực hành lâm sàng trong nhiều nghiên cứu⁷.

Tất cả nhóm bệnh nhân của chúng tôi đều được kẹp động mạch thận chọn lọc, với thời gian thiếu máu nóng trung bình là 23.4 phút. Kết quả này cũng hoàn toàn tương đồng với

các nhóm tác giả khác khi thực hiện loại phẫu thuật này².

Khi nào nên kẹp chọn lọc nhiều nhánh động mạch ?

Trong nhiều trường hợp khối u kích thước lớn > 3.5 cm thường có nhiều hơn 1 nhánh mạch tới cấp máu nên phải kẹp kiểm soát nhiều nhánh mạch hơn. Trường hợp thứ 2 nên kẹp chọn lọc nhiều nhánh động mạch khi mà kẹp chộc lọc một mạch mặc dù đã bao phủ phần nhu mô có u, tuy nhiên chưa đảm bảo được diện cắt thì nên kẹp thêm động mạch. Hoặc trong trường hợp thứ 3, sau khi lấy bỏ u, không đảm bảo trường phẫu thuật để khâu nhu mô thì nên kẹp thêm động mạch chọn lọc. Kẹp chọn lọc nhiều nhánh động mạch sẽ làm tăng phần diện tích nhu mô bị thiếu máu cục bộ, nên làm tăng nguy cơ ảnh hưởng đến sự suy giảm chức năng thận sau phẫu thuật.²

Nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân phải kẹp 3 nhánh động mạch thận, nguyên nhân chủ yếu là do khối u nằm sát cuống thận và có nhiều nhánh động mạch cấp máu.

Bàn về biến chứng và kết quả sau mổ

Trong quá trình phẫu tích bóc tách bộc lộ động mạch thận, biến chứng hay gặp là chảy máu do rách tĩnh mạch thận và các nhánh của nó. Quan trọng nhất là phải xử lý chính xác các tình huống này. Khi rách tĩnh mạch thận chính, có thể cầm máu bằng các clip titan, khi tổn thương các nhánh nhỏ, có thể xử lý bằng các dụng cụ cầm máu như dao siêu âm, ligasure hoặc kẹp bằng clip².

Về tỷ lệ phải chuyển đổi sang phương pháp kẹp động mạch truyền thống. Trong 5 trường hợp bước đầu của chúng tôi, không có

trường hợp nào phải chuyển đổi sang phương pháp kẹp động mạch thận chính. Tuy nhiên, có nhiều tác giả ghi nhận về các nguyên nhân có thể khiến phẫu thuật viên phải chuyển sang kẹp động mạch thận chính như không thể kiểm soát chảy máu khi kẹp động mạch thận chọn lọc, vị trí u gần sát rốn thận không thể xác định được nhánh động mạch tới cấp máu cho u, và có thể do các biến đổi giải phẫu mạch máu cấp máu cho thận, không thể xác định được đúng nhánh động mạch thận tới cấp máu.²

Nghiên cứu của Ramani và cộng sự ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau mổ phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận ở một số lượng lớn bệnh nhân vào khoảng 10-25%⁸. Nghiên cứu của Shao và cs cho thấy tỷ lệ biến chứng của nội soi cắt thận bán phần kẹp mạch chọn lọc vào khoảng 12-15%². Biến chứng nặng chủ yếu là chảy máu, phải mổ mở cắt thận. Trong 5 bệnh nhân của chúng tôi, không có trường hợp nào đái máu, hay có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật.

Đánh giá chức năng thận sau phẫu thuật

Nồng độ creatinine không phải là một chỉ số chính xác để đánh giá chức năng thận bị ảnh hưởng sau phẫu thuật bởi vì thận đối diện hoạt động bình thường. Mức lọc cầu thận (GFR) được chấp nhận như là tiêu chuẩn để đánh giá chức năng thận⁹. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã đánh giá mức lọc cầu thận ước tính (eGFR) trước và sau khi phẫu thuật. Kết quả bước đầu cho thấy không có sự thay đổi đáng kể về chức năng thận trước và sau phẫu thuật. Có một trường hợp mức lọc cầu thận giảm 30% sau phẫu thuật do bệnh nhân này lớn tuổi có bệnh lý

nền, kích thước khối u lớn, thời gian thiếu máu nóng kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thận bán phần có kẹp chọn lọc động mạch thận là an toàn và khả thi trong thực hành lâm sàng. Kết quả bước đầu cho thấy không có biến chứng nghiêm trọng, và mức lọc cầu thận không thay đổi đáng kể sau phẫu thuật. Phẫu thuật này có thể nên là một lựa chọn thay thế khi phẫu thuật điều trị u thận ở các ca bệnh chọn lọc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Albigen L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *Eur Urol.* 2022;82(4):399-410. doi:10.1016/J.EURURO.2022.03.006
2. **Shao P, Qin C, Yin C, et al.** Laparoscopic Partial Nephrectomy With Segmental Renal Artery Clamping: Technique and Clinical Outcomes. *Eur Urol.* 2011;59(5):849-855. doi:10.1016/J.EURURO.2010.11.037
3. **Hung AJ, Cai J, Simmons MN, Gill IS.** “Trifecta” in Partial Nephrectomy. *J Urol.* 2013;189(1):36-42. doi:10.1016/J.JURO.2012.09.042
4. **Gill IS, Delworth MG, Munch LC.** Laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy. *J Urol.* 1994;152(5 Pt 1):1539-1542. doi:10.1016/S0022-5347(17)32465-5
5. **Becker F, Van Poppel H, Hakenberg OW, et al.** Assessing the impact of ischaemia time during partial nephrectomy. *Eur Urol.* 2009;56(4):625-635. doi:10.1016/J.EURURO.2009.07.016
6. **Orvieto MA, Zorn KC, Mendiola F, et al.** Recovery of renal function after complete renal hilar versus artery alone clamping during open and laparoscopic surgery. *J Urol.* 2007;177(6):2371-2374. doi:10.1016/J.JURO.2007.01.115
7. **Nohara T, Fujita H, Yamamoto K, Kitagawa Y, Gabata T, Namiki M.** Modified anatomic partial nephrectomy with selective renal segmental artery clamping to preserve renal function: a preliminary report. *Int J Urol.* 2008;15(11):961-966. doi:10.1111/J.1442-2042.2008.02141.X
8. **Ramani AP, Desai MM, Steinberg AP, et al.** Complications of laparoscopic partial nephrectomy in 200 cases. *J Urol.* 2005;173(1):42-47. doi:10.1097/01.JU.0000147177.20458.73
9. **Assadi M, Eftekhari M, Hozhabrosadati M, et al.** Comparison of methods for determination of glomerular filtration rate: low and high-dose Tc-99m-DTPA renography, predicted creatinine clearance method, and plasma sample method. *Int Urol Nephrol.* 2008;40(4):1059-1065. doi:10.1007/S11255-008-9446-4

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN NHI ĐÀ NẴNG

Nguyễn Thị Thuận¹, Trần Thị Hoàng¹, Đặng Văn Hào¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh Lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em, góp phần chẩn đoán sớm, điều trị và tiên lượng bệnh.

Đối tượng và phương pháp: hồi cứu, mô tả cắt ngang, tiến hành trên 32 bệnh nhi lần đầu được chẩn đoán và điều trị SLE tại bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng từ 2017-2021.

Kết quả: Trẻ ≥ 10 tuổi (88,4%), 65,6% là nữ, tổn thương da, thận chiếm tỷ lệ khá cao (65,5%, 46,9%), tổn thương thận trên sinh thiết đa phần là nhóm III, IV, có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa chỉ số SLEDAI và nồng độ ANA, Ds DNA trong máu ($p > 0,05$), có 81% bệnh nhi được điều trị đỡ, 16% bệnh nhân chuyển tuyến trên, 3% bệnh nhân tử vong.

Kết luận: SLE là một bệnh lý mạn tính nặng nề ở trẻ em, lâm sàng đa dạng, diễn biến phức tạp. Tổn thương thận rất hay gặp, cần sinh thiết thận để đánh giá mức độ tổn thương. Quá trình điều trị gặp hay biến chứng nhiễm trùng, bệnh nhân thường tử vong trong bối cảnh nhiễm trùng nặng.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em.

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY AND TREATMENT OUTCOMES OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CHILDREN AT DANANG HOSPITAL FOR WOMEN AND CHILDREN

Objectives: To describe clinical, subclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of systemic lupus erythematosus (SLE) in children, contributing to early diagnosis, better outcomes, and prognosis of the disease.

Methods: A retrospective, cross-sectional description study was conducted on 32 pediatric patients who were diagnosed and treated for SLE for the first time at Danang Hospital for Women and Children from 2017 to 2021.

Results: The majority were ≥ 10 years old (88.4%), 65.6% were female. Skin and renal involvements accounted for large proportions (65.5% and 46.9%), with the majority of renal biopsies showing class III and IV lupus nephritis. There were moderate positive correlations between SLEDAI scores and the levels of ANA and anti-dsDNA in the blood ($p > 0.05$). Treatment outcomes: remission occurred in 81% of patients while 16% of cases required referral to higher-level hospitals and 3% died.

Conclusion: SLE is a severe chronic disease in children with diverse clinical manifestations and complicated course. Renal involvement is very common, requiring biopsy to evaluate the severity of kidney lesions. Infection is a common complication during the treatment course and deaths in SLE patients are often caused by severe infections.

Keywords: Systemic lupus erythematosus.

¹Bệnh viện Phụ sản nhi Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thuận

ĐT: 0915947927

Email: drthuannguyen1989@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus – SLE) là một bệnh lý tự miễn mạn tính, đặc trưng bởi tình trạng viêm hệ thống và sự có mặt của các tự kháng thể trong máu. Trẻ em chiếm 20% tổng số bệnh nhân mắc bệnh lý này. Bệnh diễn biến lâm sàng phức tạp, khó điều trị, xen kẽ những đợt lui bệnh là đợt bệnh bộc phát. Biểu hiện lâm sàng bệnh đa dạng, tổn thương có thể ở một hoặc nhiều cơ quan. Trong đó tổn thương tại thận gặp với tỷ lệ 35 - 70%, và là yếu tố quyết định đến tiên lượng mức độ nặng của bệnh. Đặc biệt ở trẻ em, tuy tỷ lệ mắc bệnh lupus ban đỏ hệ thống ít hơn so với người lớn nhưng bệnh thường nặng và cấp tính hơn [1], [4], [7].

Tại Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng thực tế gặp nhiều trẻ mắc bệnh lý SLE, có nhiều trường hợp tổn thương thận nặng, cũng có trường hợp bệnh diễn tiến nặng dẫn đến tử vong. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý Lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em tại Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng**” với hai mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trẻ mắc bệnh lý lupus ban đỏ.
2. Đánh giá kết quả điều trị ban đầu bệnh lý lupus ban đỏ ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi lần đầu được chẩn đoán và điều trị bệnh lý Lupus ban đỏ tại khoa Nhi Tổng hợp Bệnh

viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng trong 5 năm (1/2017 – 9/2021).

Tiêu chuẩn lựa chọn của chúng tôi là các bệnh nhi được chẩn đoán SLE dựa theo tiêu chuẩn Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC 2012) [1], [7].

Tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu bao gồm bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân mắc các bệnh lý tự miễn khác đi kèm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, mô tả cắt ngang từ tháng 1/2017 – 9/2021. Bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, hồi cứu hồ sơ bệnh án, ghi nhận triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và kết quả điều trị.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập, xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0. Sử dụng các thuật toán tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, kiểm định Chi bình phương Chi Square test. Phân tích mối tương quan giữa các biến định lượng chúng tôi sử dụng kiểm định tương quan Pearson.

2.4. Đạo đức nghiên cứu trong y khoa: Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng khoa học và Hội đồng Y đức của Bệnh viện Phụ sản Nhi Đà Nẵng. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu trên tinh thần tự nguyện. Tất cả thông tin người tham gia nghiên cứu được xử lý và công bố dưới dạng tổng hợp số liệu, không có thông tin nào được trình bày dưới dạng cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo nhóm tuổi, giới tính

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Đặc điểm		n=32	Tỷ lệ %
Giới tính	Nữ	21	65,6
	Nam	11	34,4
Nhóm tuổi	0-10 tuổi	5	15,6
	≥ 10 tuổi	27	84,4

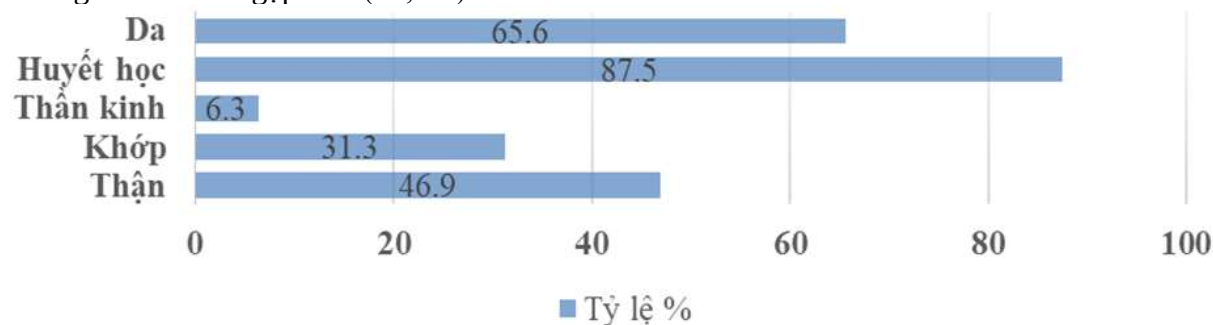
Nhận xét: Tỷ lệ trẻ em là nữ mắc Lupus chiếm tỷ lệ khá cao 65,6%. ≥ 10 tuổi (84,4%).

3.2. Biểu hiện về mặt lâm sàng

Bảng 3.2. Các đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Lâm sàng	n=32	Tỷ lệ %
Phù	15	46,9
Tăng huyết áp	11	34,4
Sốt	24	75
Tiểu máu đại thể	8	25
Viêm khớp	10	31,3
Tổn thương da Lupus	21	65,6
Rụng tóc	7	21,9
Loét mũi, họng	4	12,5
Thần kinh (co giật, phù gai thị, lác mắt)	6	14,3

Nhận xét: Lâm sàng hay gặp sốt (75%), ban da Lupus (65,6%), phù (46,9%). Các triệu chứng thần kinh ít gặp hơn (14,3%).



Biểu đồ 3.1. Tổn thương các cơ quan trong SLE

Nhận xét: Tổn thương tại cơ quan huyết học chiếm tỷ lệ cao nhất 87,5%, tổn thương tại thận cũng có tỷ lệ khá cao trong nhóm nghiên cứu 15/32 trường hợp (46,9%).

3.3. Các đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	n=32	Tỷ lệ %
Giảm bạch cầu	9	28
Giảm bạch cầu Lympho	20	62,5
Giảm tiểu cầu	8	25

Anti Ds DNA dương tính	25	78,1
Kháng thể ANA dương tính	26	81,3
C3, C4 giảm	30	93,8
Coombs dương tính	25	78,1
Suy giảm MLCT	6	18,8
Tổn thương não do SLE trên MRI	2	6,3
Potein niệu	15	46,9
Hồng cầu niệu	14	43,8

Nhận xét: Kháng thể ANA dương tính cao 81,3%, giảm bổ thể C3,C4 (93,8%). Tổn thương tại thận với protein niệu 46,9%. Ghi nhận 2 trường hợp tổn thương não trên MRI

Bảng 3.4. Mức độ tổn thương thận trên giải phẫu bệnh

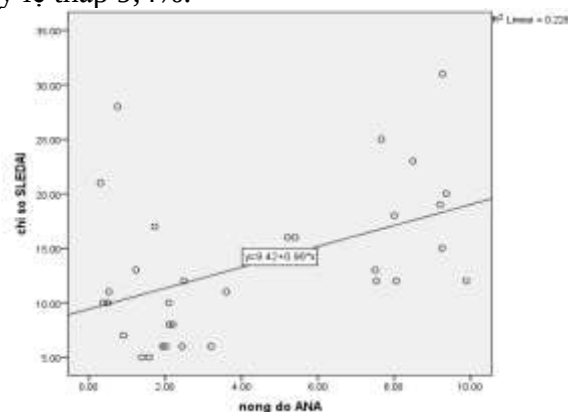
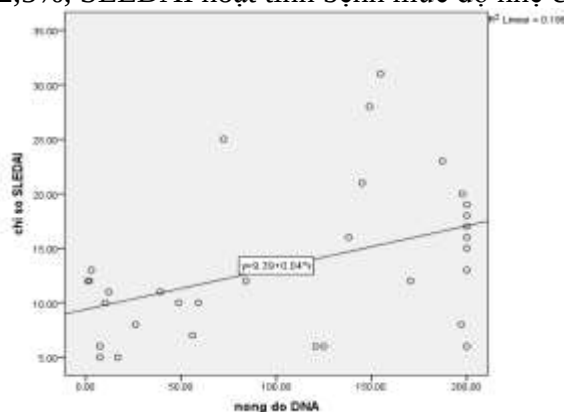
Mức độ tổn thương thận	n=9	Tỷ lệ %
Nhóm I, II, V	0	0
Nhóm III	5	55,6
Nhóm IV	4	44,4
Tổng	9	100

Nhận xét: Sinh thiết thận 9/15 trường hợp. Trong đó tổn thương nhóm III, IV là chủ yếu.

Bảng 3.5. Thang điểm SLEDAI đánh giá mức độ hoạt tính của bệnh

Thang điểm SLEDAI	n=32	Tỷ lệ %	X±SD
Hoạt tính nhẹ	3	9,4	13,5±6,38
Hoạt tính trung bình	9	28,1	
Hoạt tính cao, rất cao	20	62,5	
Tổng	32	100	

Nhận xét: Chỉ số SLEDAI trung bình là 13,5±6,38. SLEDAI hoạt tính cao, rất cao chiếm 62,5%, SLEDAI hoạt tính bệnh mức độ nhẹ có tỷ lệ thấp 9,4%.



SLEDAI= 9,39+0,04xDNA ($r=0,445, p=0,011$) SLEDAI= 9,42+0,96xANA($r=0,478, p=0,06$)

Biểu đồ 3.2. Liên quan giữa nồng độ kháng thể ANA, Anti Ds DNA với SLEDAI

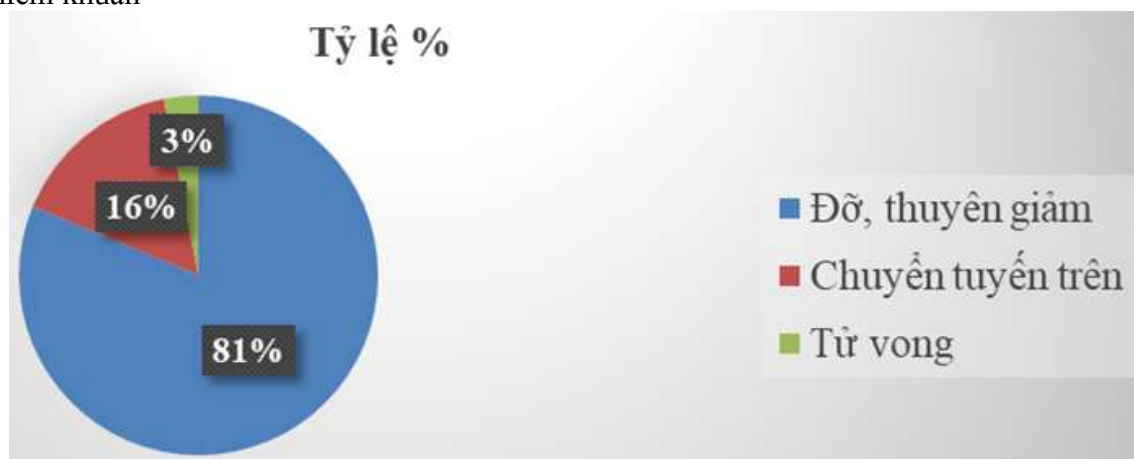
Nhận xét: có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa chỉ số SLEDAI và nồng độ các kháng thể DNA và ANA trong máu với $p > 0,05$.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 3.6. Biến chứng trong quá trình điều trị

Biến chứng	n=32	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng huyết	2	6,3
Viêm phổi	5	15,6
Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn	1	3,1
Rối loạn tâm thần	1	3,1

Nhận xét: Viêm phổi hay gặp nhất 15,6%, ghi nhận 1 trường hợp viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn



Biểu đồ 3.3. Kết quả điều trị ban đầu

Nhận xét: Bệnh nhân thuyên giảm chiếm tỷ lệ cao 81,3%, có 1 bệnh nhân tử vong (3,1%)

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 32 bệnh nhi, chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn SLICC 2012. Kết quả cho thấy tuổi trung bình $11,97 \pm 2,32$, nhỏ nhất 7 tuổi. Nhóm tuổi hay gặp nhất trên 10 tuổi (88,4%). Về giới tính, 65,6% bệnh nhân là nữ. Tương tự nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hà (2019), tuổi trung bình là $11,66 \pm 2,85$ tuổi và 75% các trường hợp trên 10 tuổi [2].

Đặc điểm lâm sàng ở nghiên cứu chúng tôi: tổn thương da, thận chiếm tỷ lệ khá cao (65,5%, 46,9%), tổn thương huyết học cao nhất (87,5%), tổn thương thần kinh trung ương thấp nhất 6,3%. Triệu chứng hay gặp nhất là sốt (75%), tổn thương da (65%), phù (46,9%), triệu chứng thần kinh (14,3%).

Nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hà ban cánh bướm mắt (59,1%). Theo các nghiên cứu khác thì tỷ lệ rối loạn tâm thần kinh dao động từ 7-54% [2].

Về cận lâm sàng: Phần lớn giảm bổ thể C3, C4 (93,8%), 81,3% ANA dương tính, anti Ds DNA dương tính 78,1%, có protein niệu trong nước tiểu (46,9%), 18,8% suy giảm mức lọc cầu thận, tổn thương MRI sọ não 6,3%. Tổn thương thận trên sinh thiết đa phần là tổn thương thận nhóm III, IV. Chỉ số SLEDAI hoạt tính mức cao và rất cao chiếm ưu thế (62,5%). Có mối tương quan thuận mức độ trung bình giữa chỉ số SLEDAI và nồng độ ANA, Ds DNA trong máu ($p > 0,05$). Tương đồng với nghiên cứu Lê Thị Minh Hương, tỷ lệ giảm C3, C4 khá cao 60-

76,7%, kháng thể kháng nhân ANA dương tính 63,3%, anti-DsDNA dương tính 73,3% [3]. Giá trị trung bình chỉ số SLEDAI tương đương với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Hà là $15,16 \pm 6,038$ [2], thấp hơn nghiên cứu của Narayanan là 18,8 [8].

Về kết quả điều trị: Lupus ban đỏ là một bệnh lý nặng nề mạn tính ở trẻ em, quá trình điều trị giai đoạn nhập viện ban đầu có 81% bệnh nhi được điều trị đỡ, bệnh thuyên giảm. Biến chứng nhiễm trùng hay gặp trong điều trị như viêm phổi, có cả nhiễm trùng huyết, viêm nội tâm mạc. Có 16% bệnh nhân phải chuyển tuyến trên, 1 bệnh nhân tử vong trong. Kết quả công bố năm 2017 của tác giả Fatemi A và cộng sự tại Iran khi theo dõi dọc 118 trẻ mắc lupus cho thấy tỷ lệ tử vong ở trẻ là 11.1%. Về nguyên nhân tử vong hàng đầu trên trẻ là do suy thận (50%) tiếp sau là nhiễm trùng (40%) [5].

V. KẾT LUẬN

SLE là một bệnh lý mạn tính nặng nề ở trẻ em, lâm sàng đa dạng, diễn biến phức tạp. Tổn thương thận rất hay gặp trên lâm sàng, cần sinh thiết thận để đánh giá mức độ tổn thương thận. Chỉ số SLEDAI có giá trị trong việc đánh giá hoạt tính bệnh và theo dõi bệnh. Bệnh nhân có các biểu hiện tổn thương thần kinh cần chụp MRI sọ não sớm. Quá trình điều trị gặp hay biến chứng nhiễm trùng, bệnh nhân thường tử vong trong bối cảnh nhiễm trùng nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nhi Trung ương** (2018), “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý Lupus ban

đỏ”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em, tr. 365 – 371.

2. **Nguyễn Thị Thu Hà** (2019), Mức độ hoạt động của bệnh ở trẻ em bị Lupus ban đỏ hệ thống bằng thang điểm SLEDAI, luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Phương Thảo, Lê Quỳnh Chi, Lê Thị Minh Hương** (2018), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Lupus khởi phát tại Khoa Miễn dịch – Dị ứng – Khớp Viện nhi Trung ương, Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa, số 6 (2018), tr. 44-50.
4. **Cassidy J.T.** (2020), Systemic lupus erythematosus, Textbook of Pediatric Rheumatology, 8th, W.B. Saunders, pp. 260–301.
5. **Fatemi A., Matinfar M., Smiley A.** (2017), Childhood versus adult-onset systemic lupus erythematosus: long-term outcome and predictors of mortality, Clin Rheumatol, 45(3), pp. 233.
6. **Hui-kim Y., Isaac D. L., Woo-Chia T., and et all** (2016) “Management of Lupus Nephritis in children”, Pediatric Nephrology On – The – Go, pp. 235-255.
7. **Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) Glomerulonephritis Work Group** (2016). "Lupus nephritis", KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis, Kidney inter., pp. 221-232.
8. **Narayanan K., Marwaha V., Shanmuganandan K., et al.** (2010), Correlation between Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, C3, C4 and Anti-ds DNA Antibodies, Med J Armed Forces India, 66(2), pp. 102–107.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GHEP THẬN KHÔNG TƯƠNG HỢP NHÓM ABO TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Tri Thức¹, Thái Minh Sâm¹, Hoàng Khắc Chuẩn¹
 Nguyễn Trọng Hiền¹, Thái Kinh Luân², Nguyễn Thành Tuấn²
 Lê Hữu Thuận¹, Lý Hoài Tâm¹, Trần Anh Vũ¹, Vũ Đức Huy¹
 Nguyễn Duy Điền¹, Dương Nguyên Xương¹, Quách Đô La¹
 Đinh Lê Quý Văn¹, Trương Hồ Trọng Tấn¹, Nguyễn Minh Đình¹
 Lã Ngọc Thu Nguyễn¹, Phạm Đức Minh², Đỗ Văn Công¹, Châu Quý Thuận¹
 Lê Hoàng Oanh¹, Nguyễn Minh Tuấn¹, Phạm Văn Đông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ghép thận ABOi tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu ca lâm sàng ghép thận từ người hiến thận sống không tương hợp nhóm máu ABO. Quy trình giải miễn cảm gồm sử dụng rituximab, sau đó lọc huyết tương. Thuốc ức chế miễn dịch được thực hiện bằng cách sử dụng tacrolimus, mycophenolate mofetil và prednisolone. Tất cả các bệnh nhân đều được dùng basiliximab để điều trị dẫn nhập.

Kết quả: Từ tháng 12/2021 đến 3/2023, chúng tôi thực hiện ghép thận ABOi đối với ba bệnh nhân nam. Các ca ghép thận được thực hiện ở hiệu giá kháng thể $\leq 1:16$. Bệnh nhân được lọc huyết tương trước khi ghép từ 2 – 4 lần. Tỷ lệ sống còn của thận ghép là 100% với chức năng thận bình thường, chưa xuất hiện thải ghép và các biến chứng.

Kết luận: Ghép thận ABOi sẽ mở rộng đáng kể nhóm người hiến thận còn sống và mang lại

hy vọng cho một số lượng lớn bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối không có người hiến tương thích với nhóm máu ABO. Tuy nhiên, chi phí cao và nguy cơ thải ghép cấp và nhiễm trùng vẫn là mối quan tâm lớn.

Từ khoá: không tương hợp nhóm máu ABO, giải miễn cảm, ghép thận.

SUMMARY

INITIAL ASSESSMENT OF ABO- INCOMPATIBLE KIDNEY TRANSPLANTATION AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: to evaluate the results of ABOi KT cases at Cho Ray hospital.

Materials and methods: In a case study, patients underwent ABOi KT from living donors. The desensitization protocol included rituximab followed by plasmapheresis. Immunosuppression was undertaken using tacrolimus, mycophenolate mofetil, and prednisolone. All patients received basiliximab for induction therapy.

Results: From December 2021 to March 2023, three male patients received ABOi kidney transplantation. Transplantation was performed at antibody titers $\leq 1:16$. The patient attended two to four plasmapheresis sessions before transplantation. Graft survival was 100%, with normal kidney function, no rejection, and complications.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Khắc Chuẩn

ĐT: 0913846817

Email: hoangkhacchuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 14/6/2023

Conclusion: ABOi KT will significantly expand the living donor pool and offer hope to many end-stage renal disease patients without ABO-compatible donors. However, the high cost and risk of acute rejection and infection remain a significant concern.

Keywords: ABO blood group incompatibility, desensitization, kidney transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một lựa chọn điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối nhưng thiếu người hiến thận trầm trọng đã hạn chế đáng kể phương pháp điều trị này. Để khắc phục tình trạng thiếu hụt người hiến thận này, các rào cản miễn dịch được coi là chống chỉ định tuyệt đối đối với ghép thận đang được đánh giá lại. Một trong những rào cản đó là sự không tương hợp nhóm máu ABO.

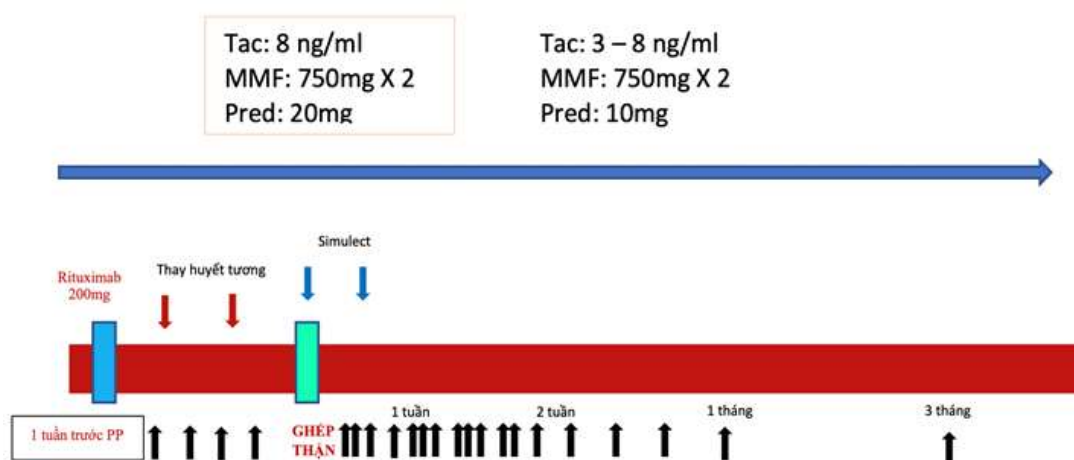
Ghép thận ABOi được báo cáo bởi Hume và cộng sự năm 1955 có kết quả kém [1]. Ghép thận ABOi từng là chống chỉ định tuyệt đối cho ghép thận do nguy cơ mất thận ghép rất cao. Năm 1987, Alexandre và cộng sự đã báo cáo một loạt 26 ca ghép thận ABOi từ người cho sống thành công bằng quy trình

giải miễn cắt lách và lọc huyết tương [2]. Ghép thận ABOi được nghiên cứu tích cực và ngày càng được thực hiện nhiều nơi trên thế giới, Nhật là một trong những quốc gia đầu tiên áp dụng ghép thận ABOi để tăng số lượng người hiến thận còn sống do đó ghép thận ABOi đã trở nên phổ biến ở Nhật và chiếm khoảng 30% tổng trường hợp ghép thận từ người hiến thận sống [3]

Ở Việt Nam, ghép thận đã được tiến hành từ năm 1992. Mặc dù có nhiều nỗ lực thúc đẩy hiến thận từ người hiến tạng chết nhưng hầu hết các trường hợp ghép thận ở Việt Nam được thực hiện từ người hiến thận sống. Chúng tôi đã thực hiện ghép thận ABOi từ tháng 12/2021. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kinh nghiệm của mình với những trường hợp ghép thận ABOi tại bệnh viện Chợ Rẫy

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt ca các trường hợp ghép thận ABOi được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2021 đến tháng 3 năm 2023. Tổng cộng có 3 ghép thận ABOi đã được thực hiện.



Hình 1: Quy trình giải miễn cảm

Quy trình giải mẫn cảm gồm sử dụng rituximab, sau đó lọc huyết tương. Thuốc ức chế miễn dịch được thực hiện bằng cách sử dụng tacrolimus, mycophenolate mofetil và prednisolone. Tất cả các bệnh nhân đều được dùng basiliximab để điều trị dẫn nhập (Hình 1)

Lọc huyết tương trước ghép trong một tuần nhằm đạt mục tiêu đưa hiệu giá kháng thể $\leq 1:16$. Dịch lọc sử dụng là albumin 5% và có thể kết hợp huyết tương tươi đông lạnh để giảm nguy cơ rối loạn đông máu. Tỷ lệ huyết tương được thay mỗi lần lọc là 1:1 và có thể điều chỉnh tùy theo mục tiêu hiệu giá kháng thể cần đạt.

Định lượng hiệu giá kháng thể ABO từ huyết thanh người nhận được xác định bằng phương pháp ống nghiệm. Định lượng kháng thể kháng A, B trước và sau thay huyết tương mỗi ngày cho đến ngày phẫu thuật. Cần nhắc lọc huyết tương sau mỗi khi hiệu giá kháng thể tăng $\geq 1:16$ và chức năng thận bị ảnh hưởng.

Sau ghép, tất cả các bệnh nhân cũng được dùng Trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMZ) liều 480 mg/ngày mỗi ngày một lần trong 3 tháng để dự phòng viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Báo cáo ca lâm sàng 1

Bệnh nhân Vi Văn B, nam (chồng), 54 tuổi (1967), quê Bến Tre, vào tháng 7/2020 được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối không rõ nguyên nhân. Tháng 12/2020, bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch cảnh hàm bên phải để lọc thận nhân tạo và mổ tạo thông tĩnh mạch đầu - động mạch quay tay phải. Bệnh nhân mong muốn được ghép thận nhưng có cha đã mất lúc 72 tuổi do tai biến mạch máu não và mẹ hiện 88 tuổi. Người

hiền thận tiềm năng duy nhất có thể là vợ. Tuy nhiên, bệnh nhân có nhóm máu là B Rh (+) trong khi người vợ, 51 tuổi (1970), nhóm máu A Rh (+). Sau khi được tư vấn về những rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra khi ghép thận không cùng nhóm máu ABOi, bệnh nhân và gia đình của anh ấy đồng ý tham gia giải mẫn cảm để ghép thận không cùng nhóm máu ABOi.

Tiền căn: mổ nội soi tán sỏi niệu quản phải 2006 tại bệnh viện Bình Dân và trong lúc làm xét nghiệm chuẩn bị ghép thận, phát hiện lao tiềm ẩn đã điều trị thuốc kháng lao: Rifampicin và Isoniazid, trong thời gian 3 tháng (26/2/2021). Do trong đại dịch COVID-19 nên bệnh nhân được chích ngừa Sars-Cov2: Mũi 1 Moderna, mũi 2 Pfizer (14/09/2021)

Bệnh nhân có hiệu giá kháng thể anti-A IgG 1:16, bất tương hợp HLA với người hiến thận (vợ) (HLA mismatch) 6/6, PRA (-), phản ứng chéo âm tính.

Quy trình giải mẫn cảm bao gồm những điều sau trong 14 ngày: truyền Rituximab 200 mg vào ngày 14 trước mổ (15/12/2021) và bắt đầu dùng sử dụng 3 thuốc ức chế miễn dịch vào trước ngày dự định mổ 7 ngày (22/12/2021): Tacrolimus 0,1 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày; mycophenolate mofetil (750 mg) uống 2 lần/ngày và Prednisolone 20 mg mỗi ngày một tuần trước ngày ghép, với 2 lần lọc huyết tương với tỷ lệ thay thế là 1:1 và dịch thay thế là albumin 5%. Lọc thận nhân tạo duy trì được tiếp tục ba lần mỗi tuần. Hiệu giá kháng thể anti-A IgG được đo sau mỗi lần lọc huyết tương, sau 2 lần lọc huyết tương, hiệu giá kháng thể anti-A IgG đã giảm xuống 1:8 trong 3 ngày liên tiếp trước khi ghép thận. Bệnh nhân được dẫn nhập bằng basiliximab và ghép thận vào ngày 29/12/2021 (Bảng 1).

Người hiến thận được phẫu thuật nội soi lấy thận trái qua phúc mạc. Thận ghép có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch được nối động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài ở hố chậu phải người nhận, niệu quản được nối vào bàng quang có đặt thông JJ làm nòng. Sau khi tái tưới máu thận ghép hồng, có nước tiểu tại bàn, lượng nước tiểu tăng dần đạt 6820 ml trong ngày đầu hậu phẫu. Creatinine huyết thanh giảm từ 8,8 mg/dL xuống còn 1,35 mg/dL trong vòng 48 giờ. Vào thời điểm 1, 3 và 12 tháng sau ghép, creatinine huyết thanh lần lượt là: 1,33 mg/dL, 1,28 mg/dL và 1,31 mg/dL. Hiệu giá kháng thể anti-A IgG vẫn là 1:8 khi ra viện.

Vào tháng thứ chín sau khi ghép bệnh nhân được phát hiện nhiễm BK virus/máu với tải lượng virus là $4,15 \times 10^4$ copies, creatinine huyết thanh 1,2 mg/dL, nồng độ đáy của tacrolimus 6,7 ng/mL, tổng phân tích nước tiểu bình thường. Bệnh nhân được điều chỉnh giảm liều thuốc mycophenolate mofetil còn 1000 mg/ngày và Prednisolone 5 mg/ngày. Sau 1 tháng tải lượng BK virus/máu là 1×10^2 copies và sau 2 tháng không phát hiện tải lượng BK virus/máu. Hiện tại (vào lúc 15 tháng), bệnh nhân đang sử dụng dùng tacrolimus 4 mg một lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 6 ng/mL), mycophenolate mofetil 1000 mg uống chia 2 lần/ngày và prednisolone 5 mg/ngày. Creatinine huyết thanh 1,28mg/dl. Không có biến chứng nào thêm được ghi nhận cho đến thời điểm đó của báo cáo này (15 tháng sau ghép). Hiện nay, anh đã trở lại công việc trước ghép thận. Người hiến thận (vợ) vẫn khỏe mạnh và quay trở lại công việc bình thường.

Ca lâm sàng thứ 2

Bệnh nhân Nguyễn Văn S., nam giới, 30 tuổi (1992), tiền căn tăng huyết áp, nhiễm

HBV có kháng thể. Tháng 12/2017, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 5 (không rõ nguyên nhân) và chạy thận nhân tạo. Bệnh nhân có nguyện vọng được ghép thận và người thân đồng ý hiến thận duy nhất là cha ruột của bệnh nhân đã 69 tuổi (1953). Bệnh nhân đăng ký ghép thận vào 6/2019, tuy nhiên, bệnh nhân có nhóm máu A Rh (+) và người hiến có nhóm máu B Rh (+). Đặc điểm miễn dịch của bệnh nhân: PRA (-), bất tương hợp HLA với người hiến thận 3/6 (1A, 1B, 1DR), phản ứng chéo âm tính, hiệu giá kháng thể anti-B IgG 1:64.

Vấn đề người hiến: lớn tuổi, viêm gan siêu vi B phát hiện 6/2019 điều trị Entercavir 0,5mg/ngày sau 3 tháng thì HBV AND (-) và tiếp tục điều trị sau đó. Xạ hình thận với chức năng thận phải – trái tương ứng là 46 – 45,8 ml/phút/1,73m².

Bệnh nhân được giải miễn cảm theo quy trình của nghiên cứu với 4 lần thay huyết tương trước ghép. 2 lần lọc huyết tương đầu với dịch thay thế là albumin 5%, tỷ lệ thay thế là 1:1. 2 lần lọc huyết tương sau với dịch thay thế là albumin 5% và huyết tương tươi đông lạnh AB+, tỷ lệ thay thế 2/3 albumin 5% và 1/3 FFP AB+. Sau khi thay huyết tương lần 1, bệnh nhân có tình trạng tăng procalcitonin (5,2 ng/ml) nhưng không có triệu chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng. Cận lâm sàng: XQ ngực không có tổn thương phổi, cấy máu âm tính, cấy dịch phết mũi – họng: Citrobacter koseri. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh (Vancomycin + Imipenem cilastatin) và theo dõi sát lâm sàng, cận lâm sàng. Sau khi xét nghiệm lại procalcitonin âm tính, cấy máu âm tính chúng tôi tiếp tục quy trình giải miễn cảm.

Người hiến thận được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận trái. Thận ghép có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch được nối với động

mạch và tĩnh mạch chậu ngoài ở hố chậu phải người nhận, niệu quản được nối vào bàng quang có đặt thông JJ làm nòng.

Diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, kháng sinh trong và sau mổ tiếp tục duy trì Imipenem cilastin và được ngưng vào ngày hậu phẫu thứ 9 (sau khi dùng đủ 14 ngày) và sử dụng TMP/SMZ liều 480 mg/ngày. Hậu phẫu ngày thứ 12 lâm sàng bệnh nhân ổn định, nước tiểu mỗi ngày từ 4700 – 5500 ml/24h, có tình trạng tăng creatinine huyết thanh dần (1,18 → 1,36 → 1,74 mg/dL), tăng K⁺ máu (5,6 – 5,9 mmol/L), nồng độ Tacrolimus dao động 7,4 – 9,4 ng/ml, chúng tôi nhận định khả năng bệnh nhân bị ngộ độc CNI và tổn thương thận do TMP/SMZ và đã thực hiện xét nghiệm loại trừ khả năng TMA. Sau giảm liều tacrolimus, duy trì nồng độ 5,2 – 5,4 ng/ml, và tạm ngưng TMP/SMZ, creatinine huyết thanh và K⁺ giảm dần, bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 17 (creatinine huyết thanh 1,24 mg/dL, nồng độ tacrolimus 5,5 ng/mL).

Sau ghép 1 tuần, bệnh nhân bị nhiễm COVID-19, được điều trị với Molnupiravir tại nhà và giảm liều mycophenolate mofetil 1000 mg/ngày, tacrolimus 8 mg chia 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 8 ng/mL), prednisolone 15 mg/ngày. 5 tháng sau ghép, bệnh nhân bị viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*, được nhập viện điều trị với thuốc TMP/SMZ, truyền tĩnh mạch. Hiện tại bệnh nhân đang dùng tacrolimus 2,5 mg 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 5 – 5,5 ng/mL), mycophenolate mofetil 1000 mg uống chia 2 lần/ngày và prednisolone 5 mg/ngày. Creatinine huyết thanh 1,7 – 1,8 mg/dl, không có biến chứng nào được ghi nhận cho đến thời điểm báo cáo này.

Ca lâm sàng thứ 3

Bệnh nhân Trần Thanh P, nam, 46 tuổi (1977), tiền căn tăng huyết áp, bệnh thận mạn giai đoạn 5 (không rõ nguyên nhân) và chạy thận nhân tạo từ 07/2021. Bệnh nhân có người thân đồng ý hiến thận duy nhất là anh ruột 48 tuổi (1974). Bệnh nhân có nhóm máu B Rh (+) và người hiến có nhóm máu A Rh (+). Đặc điểm miễn dịch của bệnh nhân: PRA (-), bất tương hợp HLA với người hiến thận 0/6 (0A, 0B, 0 DR), phản ứng chéo âm tính, hiệu giá kháng thể anti-B IgG 1:64

Bệnh nhân được giải miễn cảm theo quy trình của nghiên cứu với 4 lần thay huyết tương trước ghép. 2 lần lọc huyết tương đầu với dịch thay thế là albumin 5%, tỷ lệ thay thế là 1:1. 2 lần lọc huyết tương sau với dịch thay thế là albumin 5% và huyết tương tươi đông lạnh AB+, tỷ lệ thay thế 2/3 albumin 5% và 1/3 FFP AB+.

Diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, kháng sinh trong và sau mổ tiếp tục duy trì Ceftazidim, dẫn lưu cạnh thận ghép và ống thông niệu đạo được rút hậu phẫu ngày 5. Chúng tôi ngưng Ceftazidim vào ngày hậu phẫu thứ 7. Hậu phẫu ngày thứ 14 lâm sàng bệnh nhân ổn định, nước tiểu mỗi ngày từ khoảng 4000 ml/24h, creatinine huyết thanh ổn định dao động (1,09 → 1,1 mg/dL), Bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 10 (creatinine huyết thanh 0,83 mg/dL, nồng độ tacrolimus 8,1 ng/mL). Sau ghép 6 tháng bệnh nhân bệnh nhân đang dùng tacrolimus 2,5 mg 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 5 – 5,5 ng/mL), mycophenolate mofetil 1500 mg uống chia 2 lần/ngày và prednisolone 5 mg/ngày. Creatinine huyết thanh 1,15 mg/dl.

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	CẤP 1	CẤP 2	CẤP 3
Người hiến	Vợ	Cha	Anh ruột
Tuổi	51	69	48
Giới tính	Nữ	Nam	Nam
Creatinin HT (mg%) trước mổ	0,86	0,83	0,96
eGFR(ml/phút/1,73m ²) trước mổ	113	95	98
Người nhận	Chồng	Con ruột	Em ruột
Tuổi	54	30	45
Giới tính	Nam	Nam	Nam
Nguyên nhân suy thận	Không rõ	Không rõ	Không rõ
Thời gian CTNT (tháng)	12	58	10
Bệnh kèm theo	THA, Lao TA, Sỏi NQ	THA	THA β thalassemia
PRA	0	0	0
HLA mismatch(A/B/DR)	6/6	3/6	0/6
DSA	0	0	0
Ngày ghép	29/12/2021	12/10/2022	30/11/2022
Tương hợp nhóm máu	A $\rightarrow$ B	B $\rightarrow$ A	A $\rightarrow$ B
HGKT IgG trước PE	1/16	1/32	1/64
Số lần PE	2	4	4
HGKT IgG lúc mổ	1/8	1/8	1/8
HGKT IgG lúc xuất viện	1/8	1/4	1/16
HGKT IgG sau 1 tháng	1/8	1/4	1/16
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	6	3	3
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	61	159	118
Thời gian mổ (phút)	240	270	180
Rút dẫn lưu (hậu phẫu ngày)	6	5	5
Rút thông niệu đạo (hậu phẫu ngày)	7	5	7
Rút ống thông JJ (hậu phẫu ngày)	30	33	33
Thời gian nằm viện	26	33	29

eGFR: độ lọc cầu thận ước đoán, CTNT: chạy thận nhân tạo; HLA: kháng nguyên bạch cầu người; DSA: kháng thể kháng HLA người hiến; HGKT: hiệu giá kháng thể; PE: lọc huyết tương

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, số bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối ngày càng nhiều, tuy nhiên, và danh sách chờ ghép thận ngày càng

dài, do các nguyên nhân: thiếu người hiến tạng sống cùng huyết thống phù hợp, chương trình ghép tạng từ người hiến tạng đã chết chưa phát triển... Trong bối cảnh này, ghép thận ABOi là một giải pháp thay thế khả thi để tăng số trường hợp ghép thận. Ghép thận ABOi đã mở rộng đáng kể nhóm người hiến thận sống trên toàn thế giới, do các tiến bộ trong sử dụng thuốc ức chế miễn dịch và quy trình giải miễn cảm giúp cải thiện sống còn

của thận ghép và bệnh nhân tuy nhiên chi phí lớn và nguy cơ thải ghép cấp cao và nhiễm trùng đe dọa tính mạng sau ghép vẫn là những rào cản lớn đối với ghép thận ABOi. Do đó, dù ca ghép thận tương hợp nhóm máu ABO từ người hiến thận sống được thực hiện ở Việt Nam từ năm 1992, ghép thận ABOi chưa bao giờ được thực hiện cho đến tháng 12 năm 2021. Có thể hiểu được, có rất nhiều yếu tố củng cố thái độ tránh né này do có những lo ngại lớn về các biến chứng thải ghép thể dịch và nhiễm trùng sau ghép và mất bệnh nhân do sự phát triển của các bệnh nhiễm trùng nghiêm trọng.

Nhiều quy trình giải miễn cảm đã được áp dụng để góp phần loại bỏ các rào cản trong ghép thận ABOi. Hiện các quy trình giải miễn cảm trước ghép thận đã được đơn giản hóa và kết quả của ghép thận ABOi có thể so sánh với ghép thận tương thích ABO. Rituximab là một phần không thể thiếu của quy trình giải miễn cảm trong ghép thận ABOi. Hầu hết các trung tâm sử dụng rituximab với liều 375 mg/m². Tuy nhiên, Ray và cộng sự [4] đã sử dụng rituximab 200 mg/liều và đã báo cáo khả năng sống sót của bệnh nhân và mảnh ghép tuyệt vời. Fuchinoue và cộng sự [5] dùng rituximab ở các liều khác nhau (100 mg, 200 mg và 500 mg) cho bệnh nhân ghép thận ABOi, và tỷ lệ sống sót sau 1 năm của thận ghép là 100% cho cả ba nhóm. Habicht et al [6] đã báo cáo tỷ lệ biến chứng nhiễm trùng tăng lên với liều rituximab tiêu chuẩn (375 mg/m²). Lee và cộng sự [7] đã chứng minh rằng ít biến chứng nhiễm trùng xảy ra với liều rituximab thấp (200 mg) so với liều tiêu chuẩn và kết quả ghép là tương tự nhau. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, ba trường hợp ghép thận ABOi đều đã sử dụng rituximab liều 200 mg. Chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp thải ghép hoặc mất

thận ghép nào trong suốt thời gian theo dõi (dài nhất là 16 tháng).

Tử vong do nhiễm trùng sau ghép thận ABOi thường phổ biến ở các nước đang phát triển do mật độ dân số cao, nghèo đói, suy dinh dưỡng, điều kiện vệ sinh và nhà ở kém. Việc nhập viện thường xuyên do nhiễm trùng sau ghép thận có thể dẫn đến mất việc làm và mất thêm thu nhập. Đây là một trong những nguyên nhân chính gây tử vong và mất mảnh ghép ở những bệnh nhân này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiễm trùng là biến chứng phổ biến nhất, chúng tôi có 1 trường hợp (ca lâm sàng 1) nhiễm BKV vào tháng thứ chín sau ghép với tải lượng virus là $4,15 \times 10^4$ copies, sau khi được điều chỉnh giảm liều thuốc ức chế miễn dịch không phát hiện tải lượng BK virus/máu. 1 trường hợp (ca lâm sàng 2) bệnh nhân bị viêm phổi do PCP sau ghép thận 5 tháng và điều trị kịp thời với thuốc TMP-SMZ truyền tĩnh mạch. 2 trường hợp (bệnh nhân số 2 và 3) bị nhiễm COVID-19 thể nhẹ được điều trị với Molnupiravir.

Chức năng thận ghép: cả 3 bệnh nhân sau ghép đều có nước tiểu nhiều và creatinine huyết thanh giảm nhanh đều và ổn định trong thời gian theo dõi. Chúng tôi chưa ghi nhận biến chứng thải ghép ở 3 bệnh nhân này.

Kết quả ghép thận ABOi tại Nhật, với thời gian theo dõi hơn 20 năm được chia thành 2 giai đoạn: giai đoạn đầu (1989-2000) và giai đoạn sau (2001-2010). Trong giai đoạn đầu, tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và thận ghép là 84% và 58%. Trong giai đoạn sau, tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và thận ghép lần lượt là 91% và 83% sau 9 năm. Sống còn của bệnh nhân và thận ghép được cải thiện đáng kể trong giai đoạn sau (2001-2010) do sử dụng ức chế miễn dịch duy trì dựa trên tacrolimus, mycophenolate mofetil và Rituximab [3].

Chi phí cao hơn của ghép thận ABOi cũng là một rào cản lớn khi thực hiện. Tuy nhiên, nếu so sánh chi phí, những nguy cơ rủi ro của các bệnh đồng mắc và chất lượng cuộc sống phụ thuộc vào thận nhân tạo hay thẩm phân của một bệnh nhân trong danh sách chờ ghép thận có khi đến phải đến hàng năm để chờ đợi tương hợp nhóm máu với chi phí nhằm thực hiện các phương pháp giải miễn cảm trước ghép ABOi thì có thể thấy chi phí dành cho ABOi không phải là vấn đề lớn.

V. KẾT LUẬN

Ghép thận ABOi sẽ mở rộng đáng kể nhóm người hiến thận còn sống và mang lại hy vọng cho một số lượng lớn bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối không có người hiến tương thích với nhóm máu ABO. Tuy nhiên, chi phí cao và nguy cơ thải ghép cấp và nhiễm trùng vẫn là mối quan tâm lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hume DM, Merrill JP, Miller BF, Thorn GW.** Experiences with renal homotransplantation in the human: Report of nine cases. *J Clin Invest* 1955;34:327-82
2. **Alexandre GP, Squifflet JP, De Bruyère M, Latinne D, Reding R, Gianello P, Carlier M, Pirson Y.** Present experience in a series of 26 ABO incompatible living donor renal allografts. *Transplant Proc* 1987;19:4538–4542.
3. **Takahashi K, Saito K.** ABO-incompatible kidney transplantation. *Transplant Rev (Orlando)* 2013; 27:1–8.
4. **Ray DS, Thukral S.** Outcome of ABO-incompatible living donor renal transplantations: a single-center experience from eastern India. *Transplant Proc.* 2016;48:2622–8.
5. **Fuchinoue S, Ishii Y, Sawada T, Murakami T, Iwadoh K, Sannomiya A, et al.** The 5-year outcome of ABO-incompatible kidney transplantation with rituximab induction. *Transplantation.* 2011;91:853–7.
6. **Habicht A, Bröker V, Blume C, Lorenzen J, Schiffer M, Richter N, et al.** Increase of infectious complications in ABO-incompatible kidney transplant recipients: a single centre experience. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26:4124–31.
7. **Lee J, Lee J, Kim S, Ju M, Joo D, Kim M, et al.** Infectious complications in ABO incompatible kidney transplantation recipient according to the rituximab dose [abstract] *Am J Transplant.* 2015;15(suppl 3):C88.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN BÃI CHÁY NĂM 2023

Dương Xuân Hiệp¹, Thái Xuân Thủy¹, Lê Văn Trọng¹,
Nguyễn Văn Quyết¹, Nguyễn Văn Trường¹, Nguyễn Thị Việt Trinh¹,
Lê Bá Khánh¹, Trần Lý Bách¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bãi Cháy năm 2023.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả, cắt ngang 52 bệnh nhân sỏi thận san hô được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bãi Cháy.

Kết quả: Tuổi trung bình: $57,42 \pm 10,05$ tuổi; Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là $41,08 \pm 13,31$ mm; Phân loại sỏi: Sỏi san hô toàn phần 16/52 bệnh nhân (chiếm 30,8%), sỏi san hô bán phần 36/52 bệnh nhân (chiếm 69,2%); Số đường hầm: 1 đường hầm 38/52 bệnh nhân (chiếm 73,1%), 2 đường hầm 11/52 bệnh nhân (chiếm 21,1%); 3 đường hầm 2/52 bệnh nhân (chiếm 3,8%), 4 đường hầm 1/52 bệnh nhân (chiếm 1,9%). Thời gian chọc dò: $8,24 \pm 4,80$ phút; Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 9/52 bệnh nhân (chiếm 17,3%); Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là: 13/52 bệnh nhân chiếm 25%, sau 1 tháng là 17/52 bệnh nhân chiếm 32,7%; Kết quả chung sau phẫu thuật: Tốt 16 bệnh nhân 30,8%, trung bình 27 ca 51,9%, xấu 9 ca 17,3%.

Kết luận: Điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi nội soi qua da tại Bệnh viện Bãi Cháy là phương pháp an toàn, hiệu quả và biến chứng thấp.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF TREATMENT OF STAGHORN CALCULI BY MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT BAI CHAY HOSPITAL IN 2023

Objective: To evaluate the result of treatment of staghorn calculi by mini percutaneous nephrolithotomy at Bai Chay Hospital in 2023.

Patients and Methods: descriptive cross – sectional study of 52 patients with staghorn calculi undergone treatment treated with mini percutaneous nephrolithotomy at Bai Chay Hospital in 2023.

Results: The mean age was 57.42 ± 10.05 years old; The mean stone size on computed tomography was 41.08 ± 13.31 mm; Classification of staghorn calculi: whole of staghorn calculi with 16/52 patients (30.8%), half of staghorn calculi with 36/52 patients (69.2%); Number of tract: single tract was 73.1%, double tracts was 21.1% and triple tracts 3.8% and 4 tracts was 1.9%; Probe time: 8.24 ± 4.80 minutes; The rate of complications after surgery was 17.3% with 9/52 patients; the rate of stone removal after surgery was: 25%, after 1 month was 32.7%;

¹Bệnh viện Bãi Cháy, Quảng Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Thái Xuân Thủy

ĐT: 0983487386

Email: dr.thaixuanthuy@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 17/6/2023

Overall outcome after surgery: Good was 30.8%, average was 51.9%, bad was 17.3%.

Conclusion: Treatment of staghorn calculi by mini percutaneous nephrolithotomy at Bai Chay Hospital is safe, effective and less complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp ở nước ta và nhiều nước trên thế giới [1]. Trong các loại sỏi tiết niệu thì sỏi thận san hô là nguy hiểm và khó điều trị nhất, do đặc điểm về hình thái, sinh bệnh học và những biến chứng. Sỏi thận được gọi là sỏi thận san hô khi sỏi bề thận có nhánh vào trong ít nhất hai đài thận. Sỏi thận san hô chiếm 25,4% sỏi thận, có thể gây ra các biến chứng như viêm nhiễm, suy giảm hoặc mất chức năng thận. Năm 2017 tại Bệnh viện Bãi Cháy triển khai phương pháp tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm, kích cỡ ống nong và Amplatz là 18fr đã mang lại kết quả nhất định. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, qua đó chúng tôi thực hiện đề tài: **“Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bãi Cháy năm 2023”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là sỏi thận san hô được điều trị tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với năng lượng Holmium Laser tại Bệnh viện Bãi Cháy trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 04 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Được chẩn đoán là sỏi thận san hô (theo tiêu chuẩn của Rassweiler J.J và theo phân loại Moores W.K., Boyce P.J. (1976) [3].

- Được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với năng lượng Holmium Laser.

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đang có nhiễm khuẩn tiết niệu nặng.
- Đái tháo đường chưa điều trị ổn định.
- Rối loạn đông máu
- Phụ nữ có thai.
- Phình động mạch chủ bụng, phình – hẹp động mạch thận
- Bệnh nhân có dị tật hệ tiết niệu: thận lạc chỗ, thận móng ngựa.

- Bệnh nhân có chít hẹp niệu quản, hẹp khúc nối bể thận niệu quản.

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng; lấy mẫu thuận tiện với tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Bãi Cháy.

Phương tiện nghiên cứu: hệ thống dàn máy nội soi và dụng cụ phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung
- Thời gian chọc dò, thời gian tán sỏi , thời gian nằm viện, thời gian rút dẫn lưu thận
- Số đường hầm sử dụng tán sỏi
- Các tai biến của phẫu thuật:
 - + Thất bại không tiến hành được tán sỏi
 - + Chọc dò nong tạo đường hầm lạc đường, thủng rách bể thận, cổ đài, vách đài, nhu mô trong quá trình phẫu thuật.
 - + Tụ dịch, tụ máu hố thận, thủng rách tràn dịch tràn máu tràn khí màng phổi.
 - + Chảy máu trong phẫu thuật phải dừng hoặc chuyển phương pháp phẫu thuật, truyền máu sau mổ, sốt.

- Kết quả sớm sau phẫu thuật

Sạch sỏi: Trên phim CTscanner hệ tiết niệu không còn sỏi hoặc còn các mảnh sỏi nhỏ < 4mm. Sốt sỏi: Trên phim CTscanner hệ tiết niệu còn sỏi ≥ 4 mm.

- Kết quả chung sau phẫu thuật: Theo tiêu chuẩn từ nghiên cứu của Hoàng Long năm 2017 [5]:

+ Tốt: Tán vụn và sạch sỏi; Không có tổn thương dài bề thận; Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật; Xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu sau mổ trong giới hạn bình thường.

+ Trung bình: Tán vụn và sạch sỏi: Còn sỏi có đường kính ≥ 4 mm; Có tổn thương dài bề thận nhưng không cần can thiệp; Có chảy máu nhưng không cần truyền máu; Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu các chỉ số trong giới hạn cho phép.

+ Xấu: Không tán được sỏi; Chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở; Tổn thương tạng; Có các biến chứng nặng: tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, ngộ độc nước; Xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu có thay đổi lớn gây nguy hiểm cho bệnh nhân, phải truyền máu; Tử vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2021 đến tháng 4/2023 có 52 bệnh nhân sỏi thận san hô được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Bãi Cháy.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là $57,42 \pm 10,05$ tuổi, tuổi thấp nhất là 32 tuổi, cao nhất là 86 tuổi.

- Số lượng bệnh nhân nam là 29/52 bệnh nhân chiếm 55,8%, nữ 23/52 bệnh nhân chiếm 44,2%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,26/1.

- Tiền sử ngoại khoa bên thận phẫu thuật: không có bệnh nhân nào có tiền sử phẫu thuật mở hay tán sỏi thận qua

- 100% bệnh nhân được nuôi cấy nước tiểu trước mổ, có 6/52 bệnh nhân có mọc vi khuẩn chiếm 11,5%

- Tỷ lệ thận bên phải được mổ là 24/52 bệnh nhân (chiếm 46,2%), bên trái là 28/52 bệnh nhân (chiếm 53,8%).

- Kích thước trung bình của sỏi trên chẩn đoán hình ảnh là $41,08 \pm 13,31$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 78 mm và nhỏ nhất là 22mm.

- Số lượng sỏi trên CTscanner: có 7/52 bệnh nhân (chiếm 13,4%) là sỏi nguyên 1 khối, có 45/52 bệnh nhân (chiếm 86,5%) có từ hai viên sỏi trở lên.

- Phân loại hình thái sỏi: có 16/52 bệnh nhân sỏi san hô toàn phần (chiếm 30,8%) và 36/52 bệnh nhân sỏi san hô bán phần (chiếm 69,2%).

3.2. Đánh giá kết quả tán sỏi qua da điều trị sỏi san hô

- Số đường hầm sử dụng tán sỏi: 1 đường hầm có 38/52 bệnh nhân (chiếm 73,1%), 2 đường hầm 11/52 bệnh nhân (chiếm 21,1%); 3 đường hầm 2/52 bệnh nhân, 4 đường hầm 1/52 bệnh nhân.

- Thời gian chọc dò: $8,24 \pm 4,80$ phút (3 – 21 phút).

- Thời gian tán sỏi trung bình là $83,27 \pm 31,03$ phút (40 – 190 phút).

- Thời gian lưu dẫn lưu thận ra da trung bình $6,15 \pm 3,12$ ngày (2 – 14 ngày)

- Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 9/52 bệnh nhân (6 ca truyền máu, 3 ca sốt) (chiếm 17,3%); Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là: 13/52 bệnh nhân chiếm 25%, sau 1 tháng là 17/52 bệnh

nhân chiếm 32,7%.

- Thời gian nằm viện trung bình 14,27±5,18 ngày (8 – 31 ngày).

- Thời gian dùng giảm đau đường tiêm trung bình 2,87±1,40 ngày (1 – 7 ngày), thời

gian dùng giảm đau đường uống trung bình

1,44±1,46 ngày (0 – 4 ngày).

- Trong nghiên cứu có 25 bệnh nhân chỉ

tán sỏi 1 lần, 25 bệnh nhân phẫu thuật 2 lần và 2 bệnh nhân phẫu thuật lần 3.

Bảng 1. Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu	6	13,5
Sốt	3	9,6
Tổng	9	17,3

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung của nghiên cứu là 17,3%

Bảng 2. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ

Tỷ lệ sạch sỏi	Sau mổ	Sau 1 tháng
n	13	17
%	25	32,7

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 13/52 bệnh nhân (chiếm 25%) sạch sỏi sau mổ. Có 17/52 bệnh nhân sạch sỏi 1 tháng sau mổ.

- Kích thước trung bình sỏi còn sót khi ra viện của bệnh nhân là 8,83±4,44mm, lớn nhất là 19mm, nhỏ nhất là 4mm.

Bảng 3. Kết quả chung sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	16	30,8
Trung bình	27	51,9
Xấu	9	17,3
Tổng	52	100

Nhận xét: Nghiên cứu cho thấy kết quả chung sau phẫu thuật có 16/52 bệnh nhân (chiếm 30,8%) tốt sau mổ. Trung bình 27/52 bệnh nhân (chiếm 51,9%), Xấu có 9/52 bệnh nhân (chiếm 17,3%).

Bảng 4: Sự liên quan giữa loại sỏi và kết quả phẫu thuật

	Kết quả chung			Tổng
Sỏi san hô	Tốt	Trung bình	Xấu	
Bán phần	15 (41,7%)	17 (47,2%)	4 (11,1%)	36 (69,2%)
Toàn phần	1 (6,2%)	10 (62,5%)	5 (31,2%)	16 (30,8%)
Tổng	16 (30,8%)	27 (51,9%)	9 (17,3%)	52
P=0,041				

Nhận xét: Sự liên quan giữa loại sỏi với kết quả phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê với P=0,041<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi $57,42 \pm 10,05$ tuổi cao hơn so với các tác giả Đào Mạnh Cường [6] $53,4 \pm 11,75$ tuổi và Nguyễn Minh An [2] $54,9 \pm 11,9$ tuổi. Số lượng bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ giữa các nghiên cứu là tương đương nhau.

Kích thước sỏi trung bình của chúng tôi là $41,08 \pm 13,31$ mm, lớn nhất là 78 mm và nhỏ nhất là 22mm. Lớn hơn tác giả Nguyễn Minh An [2] lần lượt là $28,1 \pm 5,6$ mm; 39mm; 17mm.

Phân loại hình thái sỏi: có 16/52 bệnh nhân sỏi san hô toàn phần (chiếm 30,8%) và 36/52 bệnh nhân sỏi san hô bán phần (chiếm 69,2%). Tác giả Đào Mạnh Cường [6] có sỏi san hô toàn phần 42,5%, sỏi san hô bán phần 57,5%

4.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

- Trong tán sỏi nội soi qua da, số đường hầm vào thận tỉ lệ thuận với tỉ lệ hết sỏi, nhưng lại làm tăng nguy cơ xuất hiện các biến chứng. Các tác giả thường chủ trương giảm tối đa tỉ lệ biến chứng tuy nhiên vẫn tăng tỉ lệ hết sỏi dựa vào việc giảm tối đa số đường hầm vào thận đồng thời mở rộng chỉ định tán sỏi ngoài cơ thể phối hợp [1], [2].

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có 1 đường hầm có 38/52 bệnh nhân (chiếm 73,1%), 2 đường hầm 11/52 bệnh nhân (chiếm 21,1%); 3 đường hầm 2/52 bệnh nhân, 4 đường hầm 1/52 bệnh nhân. Trường hợp sử dụng 4 đường hầm là bệnh nhân được thực hiện 3 lần phẫu thuật với sỏi san hô toàn phần. Tác giả Nguyễn Minh An [2] tỷ lệ bệnh nhân có 1 đường hầm vào thận là 73,1%, 2 đường hầm vào thận 21,1%.

- Thời gian phẫu thuật giữa các bệnh nhân khác nhau thường ở giai đoạn tán sỏi, thời gian tán sỏi đóng vai trò rất quan trọng

đối với phẫu thuật tán sỏi thận qua da. Thời gian tán sỏi ngắn giúp giảm những tai biến về phẫu thuật cũng như tai biến về gây mê hồi sức. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, Thời gian tán sỏi trung bình là $83,27 \pm 31,03$ phút, ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 190 phút. Tác giả Nguyễn Minh An [2] có thời gian tán sỏi trung bình là $57,94 \pm 17,0$ phút, ngắn nhất là 35 phút, dài nhất là 100 phút. - Thời gian lưu dẫn lưu thận ra da của chúng tôi trung bình $6,15 \pm 3,12$ ngày, nhanh nhất là 2 ngày, lâu nhất là 14 ngày. Tác giả Đào Mạnh Cường [6] lần lượt là $2,8 \pm 1,5$ ngày; 2 ngày và 14 ngày. Giải thích cho lý do thời gian rút dẫn lưu thận trung bình của chúng tôi cao hơn các tác giả khác là vì số lượng bệnh nhân chỉ định phẫu thuật lần 2 của chúng tôi là 25 ca (48,08%) và lần 3 là 2 ca (3,8%).

- Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật của nghiên cứu là 9/52 bệnh nhân (17,3%) trong đó có 6 ca thiếu máu cần truyền máu, sau truyền máu bệnh nhân ổn định, 3 ca xuất hiện sốt hậu phẫu được xử trí ổn định bằng hạ sốt và kháng sinh, trong 3 ca này có 1 ca có kết quả nuôi cấy vi khuẩn trước mổ có mọc vi khuẩn. Nguyễn Minh An [2] tỷ lệ biến chứng là 13/52 bệnh nhân (chiếm 25,0%) trong đó có 5 bệnh nhân (chiếm 9,6%) sau mổ xuất hiện sốt, có 7 bệnh nhân (chiếm 13,5%) có chảy máu thứ phát sau mổ.

- Tỷ lệ sạch sỏi khi ra viện là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Nhưng đối với sỏi thận san hô mà đặc biệt là sỏi san hô toàn phần thì tỷ lệ sạch sỏi là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tán sỏi thận qua da nói chung qua đường hầm tiêu chuẩn và đường hầm nhỏ là những phương pháp điều trị sỏi thận có tỷ lệ

sạch sỏi rất cao. Tỷ lệ sạch sỏi của hầu hết các tác giả khác được xác định là khi không còn mảnh sỏi hoặc mảnh sỏi < 4 mm trên chụp C-arm sau mổ kết hợp chụp X quang hệ tiết niệu sau mổ 3 ngày. Trong nghiên cứu này của chúng tôi sử dụng chụp Ctscanner để đánh giá kết quả sạch sỏi sau mổ: Tỷ lệ sạch sỏi ra viện của chúng tôi là: 13/52 bệnh nhân chiếm 25%. Có 39/52 bệnh nhân còn các mảnh sỏi $\geq 4\text{mm}$ (chiếm 75%). Tỷ lệ sạch sỏi 1 tháng sau mổ là 17/52 bệnh nhân chiếm 32,7%. Tác giả Nguyễn Minh An [2] 67,3% sạch sỏi khi ra viện và tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng 80,8%. Tác giả Đào Mạnh Cường [6] cho tỷ lệ sạch sỏi khi ra viện 95,9%.

- Kết quả chung sau phẫu thuật. Kết quả chung sau phẫu thuật chúng tôi áp dụng theo tiêu chuẩn từ nghiên cứu của Hoàng Long năm 2017 [5], được chia 3 mức Tốt, Trung bình và Xấu. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 16/52 bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật (chiếm 30,8%), có 27/52 bệnh nhân kết quả trung bình (chiếm 51,9%) và có 9 bệnh nhân đạt kết quả xấu (chiếm 17,3%). Tác giả Đào Mạnh Cường [6] có 95,9% bệnh nhân đạt loại tốt và 4,1% loại trung bình. Tác giả Nguyễn Minh An [2] 67,3% có kết quả tốt, 30,7% trung bình và 1,9% kết quả xấu.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp an toàn và mang lại hiệu quả nhất định trong điều trị sỏi thận san hô, có thể thực hiện phẫu thuật nhiều lần và nhiều

đường hầm để đạt được mục đích phẫu thuật. Sử dụng CTscanner để đánh giá tỷ lệ sạch sỏi tốt nhất cho phương pháp phẫu thuật này. Tỷ lệ biến chứng nhẹ sau phẫu thuật chiếm 17,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Phạm Ngọc Đăng, Nguyễn Văn Ân, Nguyễn Ngọc Châu** (2015), “Đánh giá hiệu quả của tán sỏi thận qua da bằng siêu âm trong sỏi bán san hô”, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 19, số 1, 17-23.
2. **Nguyễn Minh An** (2020), “Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2020”, Tạp chí y học Việt Nam tập 503, tháng 6, số 2, tr66-70.
3. **Rassweiler J.J, C. Renner And F. Eisenberger** (2000). The management of complex renal stones. BJU International (2000), 86, 919-928.
4. **Pierre A. Clavien, Jeffrey Barkun, Michelle L. de Oliveira** (2009), “The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications Five-Year Experience”, Annals of Surgery, Volume 250, Number 2, August 2009.
5. **Hoàng Long và CS** (2016), “Kết quả tán sỏi thận qua da bằng holmium laser tại bệnh viện đại học Y Hà Nội”, Y học Việt Nam. 445, tháng 8, số đặc biệt, tr. 62-71.
6. **Đào Mạnh Cường** (2019), “Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi san hô”, Luận Văn chuyên khoa cấp 2.

PHẪU THUẬT NỘI SOI BA CHIỀU SAU PHÚC MẠC LẤY THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG

Phó Minh Tín¹, Trần Ngọc Sinh¹, Lê Mạnh Hùng¹
 Nông Văn Huy¹, Trần Hữu Tài¹, Phạm Văn An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá bước đầu phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc lấy thận ghép từ người cho sống tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu mô tả cắt ngang 25 trường hợp hiến thận từ người cho sống cùng huyết thống tại khoa tiết niệu, bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 06/2019 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Có 25 trường hợp (TH) người cho được phẫu thuật lấy thận ghép, gồm 8/25TH (32%) nam và 17/25TH (68%) nữ. Tuổi trung bình 47 ± 11 tuổi (28-65). BMI 22 ± 3 kg/m² (17-29). Cùng huyết thống 25TH (100%). Thời gian mổ: 137 ± 33 phút. Thời gian thiếu máu nóng: $4,8 \pm 1,2$ phút. Thời gian nằm viện: $7,9 \pm 1,0$ ngày. Máu mất không đáng kể trong 25 trường hợp, không TH nào phải chuyển mổ mở hay mổ lại. Chức năng thận còn lại của người cho sau mổ: eGFR 69 ± 15 ml/phút/1,73m² so với trước mổ 92 ± 14 ml/phút/1,73m². Biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo: 0/25 trường hợp (0%).

Kết luận: Người cho thận sống an toàn với kỹ thuật phẫu thuật nội soi 3D lấy thận ghép.

Chức năng thận sau khi cho thận ghi nhận giảm nhẹ. Thời gian mổ và thời gian thiếu máu nóng trong giới hạn cho phép. Di chứng sau mổ không gặp. Kỹ thuật phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc có nhiều ưu điểm và khả thi. Kỹ thuật này hiện nay là kỹ thuật thường quy tại BV Đại học Y Dược TP.HCM.

Từ khóa: Lấy thận để ghép từ người cho sống. Phẫu thuật nội soi 3D sau phúc mạc lấy thận để ghép.

SUMMARY

THREE-DIMENSIONAL LAPAROSCOPY FOR LIVING-DONOR NEPHRECTOMY

Objective: to survey and evaluate our initial 3D laparoscopic donor nephrectomy technique at the University Medical Center HCM city.

Methods: Cross-sectional descriptive retrospective study from 06/2019 to 12/2022. People selected for living donor nephrectomy are those who have family relationships with the recipient at urology department.

Results: There were 25 living donors, including 8/25 (32%) males and 17/25 (68%) females. The average age was 47 ± 11 y.o (28-65). BMI 22 ± 3 kg/m² (17 - 29). Related donors 25/25 (100%). Operating time: 137 ± 33 minutes. Warm ischemia time: 4.8 ± 1.2 minutes. Hospital stay: 7.9 ± 1.0 days. Blood loss was negligible in 25 cases, none of which required conversion to open surgery or reoperation. Donors renal function post-op: eGFR 69 ± 15 ml/min/1.73m² compared with

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phó Minh Tín

ĐT: 0982070836

Email: tin.pm@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/5/2023

Ngày phản biện: 30/5/2023

Ngày duyệt đăng: 16/6/2023

renal function pre-op: eGFR 92 ± 14 ml/min/1.73m². No complications post-op (Clavien-Dindo classification).

Conclusion: The 3D-RPLDN is patient-friendly. Donors' renal function post-op was noted to be slightly decreased and recovered well. Operating time and warm ischemic time were acceptable. Complications post-op were not found. The 3D-RPLDN is feasible and with many advantages. It has been a routine surgery at the UMC.

Keywords: Living Donor Nephrectomy (LDN). 3D - Laparoscopic Living Donor Nephrectomy (3D-RPLDN).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận từ những người cho sống hiện nay đã trở nên phổ biến do sự thiếu hụt người hiến tạng chết não. Phẫu thuật nội soi (PTNS) lấy thận ghép cũng đã trở thành một kỹ thuật được chọn lựa hàng đầu trong phẫu thuật thay thế cho phẫu thuật mổ mở lấy thận ghép trước đây vì tính ít xâm hại và kết quả bảo tồn thận ghép tốt như mổ mở^[1]. Gần đây với sự phát triển của các phương tiện kỹ thuật, PTNS dưới sự hỗ trợ robot lấy thận ghép cũng đã được ứng dụng ở một số trung tâm PTNS lớn với hình ảnh 3 chiều (3D) giúp cho phẫu thuật viên có thể quan sát phẫu trường tốt hơn, thực hiện thao tác dễ dàng hơn, hạn chế tai biến có thể xảy ra^[2]. Tuy nhiên PTNS dưới sự hỗ trợ robot lấy thận ghép đưa ra gánh nặng về chi phí hơn so với PTNS thông thường. Vấn đề đặt ra làm thế nào để có thể lấy thận ghép một cách nhanh chóng, an toàn, thẩm mỹ mà vẫn tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân thì PTNS thông thường với hình ảnh 3D lấy thận ghép có thể là một giải pháp hài hòa phù hợp với phần lớn người hiến thận sống ở Việt Nam. Tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ

Chí Minh, từ năm 2019 đã bắt đầu triển khai ghép thận với kỹ thuật PTNS 3D sau phúc mạc lấy thận từ người hiến còn sống. Mục đích của báo cáo này nhằm đánh giá kết quả bước đầu kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Là những người tự nguyện hiến một thận cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Người cho thận có quan hệ huyết thống với người nhận và được chọn theo tiêu chuẩn quốc gia và thông qua Hội Đồng Ghép tạng BV Đại học Y Dược TPHCM.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu mô tả cắt ngang. Thời gian thực hiện từ tháng 06/2019 đến tháng 12/2022.

Tiêu chuẩn chọn bên thận lấy dựa vào chức năng là chính: 2 thận có chức năng bình thường, bên thận được chọn là:

- Thận trái, nếu 2 thận có độ lọc cầu thận ước tính qua đồng vị phóng xạ bằng nhau.
- Thận có độ lọc cầu thận kém hơn.
- Thận có độ lọc cầu thận bằng nhau nhưng có sỏi nhỏ hay nang thận lành tính...

Kỹ thuật mổ được áp dụng: PTNS 3D sau phúc mạc lấy thận ghép từ người cho thận sống (phẫu thuật nội soi với 3 trocar, lấy thận trực tiếp qua đường rạch da hông lưng nối giữa hai chân trocar cách nhau 6 - 8 cm được dự tính trước dựa vào đường kính ngang của thận).

Dụng cụ và trang thiết bị: Hệ thống dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn.

- Dàn máy nội soi ổ bụng Karl- Storz Endoscope® bao gồm scope 3D 30 độ.
- Dụng cụ nội soi ổ bụng tiêu chuẩn.
- Máy cắt đốt đơn cực, lưỡng cực.
- Máy cắt đốt siêu âm Harmonic Scapel (Ethicon)®.
- Clip Titanium 300, 400. ±

- Hem-O-lok 400 (weck).
- Gạc bắc dài 30cm x 1cm có cột sợi chỉ ở đầu (mèche).
- Bình nước nóng 100 độ C để ngâm Telescope.

2.3. Nội dung nghiên cứu

Đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật PTNS 3D lấy thận ghép từ người cho sống với các biến số: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, thời gian nằm viện, biến chứng trong mổ và sau mổ, sự thay đổi hemoglobin và chức năng thận của người cho trước và sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 25 TH người cho thận được thực hiện lấy thận ghép bằng PTNS 3D sau phúc mạc từ tháng 06/2019 đến tháng 12/2022.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

		Trung bình +/- DLC Số trường hợp (tỷ lệ %) (n = 25)
Tuổi trung bình người hiến thận (SD)		47 ± 11
Người hiến nam, n(%)		8 (32%)
Thận trái, n(%)		17 (68%)
BMI trung bình, kg/m ² (SD)		22 ± 3
Hemoglobin trước mổ, g/L (SD)		136 ± 13
eGFR trước mổ, mL/phút/1,73m ² (SD)		92 ± 14
Số lượng động mạch thận hiến, n(%)	1	21(84%)
	2	4(16%)
Số lượng tĩnh mạch thận hiến, n(%)	1	16(64%)
	2	6(24%)
	3	3(12%)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

	n = 25
Thời gian mổ, phút (SD)	137 ± 33
Thời gian thiếu máu nóng, phút (SD)	4,8 ± 1,2
Chuyển mổ mở, n(%)	0
Truyền máu, n(%)	0
Ngày rút dẫn lưu, ngày (SD)	3,3 ± 0,5
Thời gian nằm viện, ngày (SD)	7,9 ± 1,0
Biến chứng trong mổ, n(%)	0
Biến chứng sau mổ, n(%)	0
Hemoglobin sau mổ, g/l (SD)	131 ± 10,4
eGFR sau mổ, ml/phút/1,73m ² (SD)	69 ± 15

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi được áp dụng, phẫu thuật nội soi đã là một cuộc cách mạng thực sự trong thực hành lâm sàng vì tính an toàn, tính khả thi và thẩm mỹ. PTNS ngày càng được thực hiện trên những ca mổ khó và phức tạp hơn. Tuy nhiên, PTNS khó học hơn và đòi hỏi các kỹ năng vận động tâm lý khác với phẫu thuật mở: Phẫu thuật viên làm việc trong không gian ba chiều, nhưng được hướng dẫn bằng hình ảnh hai chiều. Hạn chế này có thể là một thách thức, đặc biệt là đối với các thao tác đòi hỏi sự chính xác và khéo léo [3]. Những hạn chế chính của PTNS hai chiều (2D) bao gồm: thiếu cảm nhận chiều sâu, mất định hướng không gian với khả năng gia tăng căng thẳng phẫu thuật, tăng nguy cơ sai sót. Điều này dẫn đến đường cong học tập kéo dài vì cần phải giải thích các dấu hiệu không gian thứ cấp như bóng và thị sai chuyển động. Sự mất thông tin về độ sâu không gian trong hệ thống 2D thường được bù đắp bằng kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật và khả năng giải thích độ sâu không gian của bộ não con người [4].

PTNS ba chiều (3D) khắc phục được tình trạng mất tầm nhìn lập thể và do đó cải thiện kỹ năng thao tác nội soi. Tầm nhìn lập thể trong hệ thống nội soi 3D đạt được bằng cách kết hợp hai hình ảnh riêng biệt nhận được bởi cả hai mắt một cách riêng biệt, do đó khắc phục được những nhược điểm của hệ thống 2D [5].

Mặc dù công nghệ ba chiều (3D) đã được giới thiệu vào đầu những năm 1990, nhưng thời gian đầu công nghệ 3D vẫn không được

áp dụng rộng rãi vì sự khó chịu của phẫu thuật viên khi sử dụng mang kính 3D màn trập nặng, độ phân giải hình ảnh kém. Tuy nhiên với sự tiến bộ khoa học kỹ thuật, hiện tại công nghệ 3D đã làm cho thị trường trở nên thoải mái, rõ nét do kính phân cực nhẹ, độ phân giải cao (HD và 4K) và chi phí dễ chấp nhận hơn.

Các nghiên cứu [6,7] đã chỉ ra những lợi thế rõ ràng của hệ thống PTNS 3D ở những phẫu thuật viên đang được đào tạo, lý do là việc cải thiện sự phối hợp, nhận thức về không gian và thời gian so với hình ảnh 2D truyền thống. PTNS 3D có thể giảm thời gian cần thiết để huấn luyện và do đó sẽ có lợi cho việc đào tạo phẫu thuật viên mới. Romero-Loera và cộng sự [8] đã báo cáo một nghiên cứu so sánh chỉ bao gồm những phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm về nội soi và kết luận rằng PTNS 3D vượt trội hơn 2D với tỷ lệ hoàn thành nhiệm vụ cao hơn, thời gian thực hiện thao tác nhanh hơn và đường cong học tập ngắn hơn so với PTNS 2D.

Các phẫu thuật viên có kinh nghiệm có thể không phải lúc nào cũng cần hệ thống 3D vì họ có thể sử dụng thị sai bóng hoặc chuyển động làm tín hiệu chiều sâu thay vì hình ảnh nổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện bởi Ohuchida [9] và Cicione [7] đã chứng minh PTNS 3D có thể góp phần làm giảm các tai biến phẫu thuật và có thể tạo điều kiện thuận lợi cho sự linh hoạt của bàn tay ở phẫu thuật viên với các kỹ năng PTNS sẵn có.

Trong PTNS 3D, kỹ năng bóc tách và xác định cấu trúc mạch máu tốt hơn. Ngay cả

việc kiểm soát những vị trí chảy máu cũng tốt hơn cho do cảm nhận độ sâu tốt hơn dẫn đến việc xác định nhanh chóng những vị trí chảy máu. Do tầm nhìn rõ ràng, nhận biết chiều sâu tốt và phối hợp tay mắt phù hợp, các bước quan trọng trong quá trình phẫu thuật như bóc tách cuống thận và xác định cấu trúc tốt hơn nhiều với hệ thống 3D khi so sánh với 2D. Ngoài ra trong quá trình khâu, việc giữ mép mô, hướng kim và chọn đường khâu chính xác hơn và dễ dàng hơn trong hệ thống 3D. Tất cả những yếu tố này khi kết hợp với nhau, làm giảm thời gian PTNS khi sử dụng hệ thống 3D so với hệ thống 2D thông thường [8].

Hệ thống 3D hiện nay đắt hơn hệ thống 2D, tuy nhiên những lợi thế mà hệ thống 3D mang lại khi so sánh với 2D khiến 3D trở nên hấp dẫn. Với sự phát triển của phẫu thuật nội soi hỗ trợ robot trong những năm gần đây cho thấy nhiều lợi thế của hình ảnh 3D thực sự, tuy nhiên cũng cho thấy các vấn đề khác đi kèm như chi phí tăng cao và đường cong học tập của phẫu thuật này. Các hệ thống nội soi 3D hiện nay có thể được so sánh với các hệ thống phẫu thuật robot về khả năng cảm nhận độ sâu tốt, giảm căng thẳng cho phẫu thuật viên, hệ thống 3D nhỏ gọn dễ di chuyển cùng với ưu điểm là tiết kiệm chi phí so với phẫu thuật hỗ trợ robot. Việc sử dụng hệ thống nội soi 3D độ phân giải cao thế hệ mới có thể được coi là một “sự kết hợp” thuận lợi được thực hiện bằng cách kết hợp hai yếu tố khác nhau: chất lượng thị giác được cải thiện (3D từ phẫu thuật hỗ trợ robot) và phản hồi xúc giác và cảm nhận (từ

phẫu thuật nội soi 2D) [5,8].

Park và cộng sự [10] đã báo cáo một nghiên cứu so sánh giữa các hệ thống 2D, 3D và robot liên quan đến phẫu thuật viên mới bắt đầu và phẫu thuật viên có kinh nghiệm và kết luận rằng PTNS hỗ trợ robot hữu ích cho phẫu thuật viên mới bắt đầu, trong khi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện nhiệm vụ tốt như nhau trong tất cả các hệ thống, thậm chí còn nhanh hơn trong PTNS 3D khi so với PTNS hỗ trợ robot.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy là những trường hợp đầu tiên được thực hiện PTNS 3D lấy thận ghép nhưng không có trường hợp nào có tai biến trong và sau mổ, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, thời gian mổ cũng tương đương với một số trung tâm ghép thận đã có nhiều kinh nghiệm ở Việt Nam. Thời gian nằm viện của bệnh nhân còn dài gần 10 ngày do bệnh nhân phải nhập viện chuẩn bị trước phẫu thuật 03 ngày, cùng ngày nhập viện với bệnh nhân nhận thận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ba chiều sau phúc mạc lấy thận ghép có tính khả thi và thể hiện các ưu điểm của một phương pháp phẫu thuật ít xâm hại. PTNS ba chiều được thực hiện từ những trường hợp lấy thận ghép đầu tiên tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và mang lại kết quả đáng khích lệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Breda A, Budde K, Figueiredo A, Lledó García E, Olsburgh J, Regele H. (2020).

- European Association of Urology (EAU) Guidelines on Kidney Transplantation. Version 2020.
2. **Giacomoni A, Di Sandro S, Lauterio A, et al.** (2014) Evolution of robotic nephrectomy for living donation: from hand-assisted to totally robotic technique. *Int J Med Robot*; 10:286-93.
 3. **Lusch A, Bucur PL, Menhadji AD, Okhunov Z, Liss MA, Perez-Lanzac A, McDougall EM, Landman J.** (2014). Evaluation of the impact of three-dimensional vision on laparoscopic performance. *J Endourol.* 28:261–66
 4. **Antonino Agrusa, Giuseppe Di Buono, Salvatore Buscemi, Gaspare Cucinella, Giorgio Romano and Gaspare Gulotta.** (2018). 3D laparoscopic surgery: a prospective clinical trial. *Oncotarget*; 9:17325-17333.
 5. **Suresh B. Patankar, Gururaj R. Padasalagi.** (2017). Three-dimensional versus two-dimensional laparoscopy in urology: A randomized study. *Indian J Urol.* 33(3): 226–229.
 6. **Izquiedo L, Peri L, Garcia-Cruz E, Musquera M, Ciudin A, Perez M, et al.** (2012). 3D advances in laparoscopic vision. *Eur Urol Rev.* 7:137–9.
 7. **Cicione A, Autorino R, Breda A, De Sio M, Damiano R, Fusco F, et al.** (2013). Three-dimensional vs. standard laparoscopy: Comparative assessment using a validated program for laparoscopic urologic skills. *Urology*; 82:1444–50
 8. **Romero-Loera S, Cárdenas-Lailson LE, de la Concha-Bermejillo F, Crisanto-Campos BA, Valenzuela-Salazar C, Moreno-Portillo M.** (2015). Skills comparison using a 2D vs. 3D laparoscopic simulator. *Obes Surg*; 25:2120–4
 9. **Ohuchida K, Kenmotsu H, Yamamoto A, Sawada K, Hayami T, Morooka K, et al.** (2009). The effect of CyberDome, a novel 3-dimensional dome-shaped display system, on laparoscopic procedures. *Int J Comput Assist Radiol Surg*; 4:125–32
 10. **Park YS, Oo AM, Son SY, Shin DJ, Jung Do H, et al.** (2016). Is a robotic system really better than the three-dimensional laparoscopic system in terms of suturing performance? comparison among operators with different levels of experience. *Surg Endosc*; 30:1485–90.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHI VIÊM THẬN LUPUS KÈM HUYẾT KHỐI VI MẠCH TẠI THẬN TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Lương Thị Mỹ Tín¹, Nguyễn Thị Vân Anh¹, Bùi Trung Hiếu¹
Trần Nguyễn Minh Phúc¹, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở bệnh nhi viêm thận lupus kèm huyết khối vi mạch tại thận tại bệnh viện Nhi đồng 2.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả loạt ca

Kết quả: Trong 91 bệnh nhi viêm thận lupus, 13 bệnh nhi có TMA tại thận (14,3%). Suy thận gặp ở 7 bệnh nhi trong nhóm TMA và 11 bệnh nhi trong nhóm không TMA (53,8% so với 14,1%, $P = 0,003$). Sau 6 tháng điều trị đầu tiên, có 3 bệnh nhân tử vong đều thuộc nhóm không TMA. Trong nhóm TMA, tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn, một phần và không đáp ứng lần lượt là 53,8%; 30,7% và 15,5% so với nhóm không TMA còn sống là 89,3%; 8% và 2,7% ($P = 0,004$).

Kết luận: Bệnh nhi viêm thận lupus kèm TMA có tỉ lệ suy thận và kém đáp ứng sau 6 tháng điều trị cao hơn so với nhóm không kèm TMA.

Từ khóa: Huyết khối vi mạch, viêm thận lupus

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF LUPUS NEPHRITIS WITH RENAL THROMBOTIC MICROANGIOPATHY IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objective: to describe clinical, paraclinical features and the results of treatment for children with lupus nephritis with renal thrombotic microangiopathy in Children's hospital 2.

Methods: A case series study

Results: There were 13 patients who had renal TMA among 91 children diagnosed with lupus nephritis. Kidney failure was seen in 7 TMA patients and 11 non-TMA patients (53.8% vs 14.1%; $P = 0.003$). After 6 months of initial treatment, the proportion of complete response, partial response and no kidney response were 53.8%; 30.7% and 15.5% for TMA group compared with 89.3%; 8% and 2.7% for non-TMA group ($P = 0.004$).

Conclusion: Patients with lupus nephritis with TMA had higher rates of kidney failure and poorer response after 6 months of initial treatment compared to the group without TMA.

Keywords: Thrombotic microangiopathy, lupus nephritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống là bệnh viêm tự miễn mạn tính, trong đó khoảng 10 – 20% trường hợp khởi phát ở trẻ em [3]. Bệnh có thể gây tổn thương đến nhiều hệ cơ quan của cơ thể, trong đó viêm thận lupus chiếm 40% [3]. Ngoài cầu thận, tổn thương mạch máu là

¹Khoa Thận-Nội tiết, Bệnh viện Nhi Đồng 2, Tp Hồ Chí Minh

²Bộ môn Nhi, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Mỹ Tín

ĐT: 0989278350

Email: luongthimytin@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/5/2023

Ngày phản biện: 31/5/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

một trong những yếu tố góp phần tiên lượng xấu đến chức năng thận, trong đó có huyết khối vi mạch (TMA). Đây là một trong những tổn thương lớp nội mô mạch máu được ghi nhận ở 1 – 4% bệnh nhân viêm thận lupus [10]. Đặc điểm và ảnh hưởng của TMA ở bệnh nhân viêm thận lupus được nghiên cứu nhiều trên thế giới trong thời gian gần đây nhưng đa phần ở người lớn [2], [6], [9] mà chưa tìm thấy các nghiên cứu tương tự ở bệnh nhi tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm của bệnh nhi viêm thận lupus có kèm TMA tại thận và kết quả điều trị trên thận sau giai đoạn điều trị tấn công.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi, viêm thận lupus đang theo dõi

nội trú và ngoại trú tại bệnh viện Nhi đồng 2 đến tháng 8/2022.

Tiêu chuẩn nhận vào:

- Chẩn đoán xác định lupus (thỏa 1 trong 3 tiêu chuẩn ACR 1997 hoặc SLICC 2012 hoặc EULAR/ACR 2019)

- Kết quả giải phẫu bệnh thận xác định chẩn đoán viêm thận lupus, có hoặc không có hình ảnh vi huyết khối trong các tiểu động mạch thận hoặc mao mạch.

Tiêu chuẩn loại ra: Ngưng tái khám trước 6 tháng hoặc chưa đủ 6 tháng điều trị tính từ khi được chẩn đoán viêm thận lupus lần đầu (trừ trường hợp tử vong).

Cách tiến hành:

Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận mẫu được ghi nhận các đặc điểm về dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, giải phẫu bệnh thận, điều trị và đáp ứng điều trị. Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2013 và xử lý bằng phần mềm R i386 3.5.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 91 bệnh nhi viêm thận lupus thỏa tiêu chuẩn vào nghiên cứu, trong đó có 13 kèm TMA (14,3%) và 78 không kèm TMA (85,7%). Tỉ số nam/nữ không có sự khác biệt giữa nhóm TMA và không TMA (1/12 với 14/64).

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi và thời gian bệnh

Đặc điểm	TMA Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Không TMA Trung vị (khoảng tứ phân vị)	P*
Tuổi hiện tại	15 (12; 15)	14 (12; 15)	0,57
Thời gian bệnh	10,93 (8,67; 17,03)	35,22 (17,18; 50,96)	0,001
Tuổi khởi bệnh	12,44 (10,44; 14,52)	10,71 (9,04; 12,48)	0,01

(* t.test)

Một trường hợp nhóm TMA biến chứng thận khởi phát sau chẩn đoán lupus 6 tháng, còn lại đều được chẩn đoán ngay khi khởi phát lupus. Phần lớn nhóm không TMA biến chứng thận ngay khi khởi bệnh lupus, còn lại 8 trường hợp khởi phát sau chẩn đoán bệnh lupus từ 1 đến 41 tháng.

Bảng 3.2. Đặc điểm tổn thương cơ quan tại thời điểm chẩn đoán viêm thận lupus

Đặc điểm	TMA (n=13)	Không TMA (n=78)	P*
Huyết học			
Giảm bạch cầu (n(%))	3 (23,1)	18 (23,1)	1
Thiếu máu (n(%))	13 (100)	45 (57,7)	0,003
Giảm tiểu cầu (n(%))	4 (30,8)	32 (41)	1
Thiếu máu + giảm tiểu cầu (n(%))	4 (30,8)	29 (37,2)	1
Tổng phân tích nước tiểu ban đầu			
Tiểu đạm (n(%))	2 (15,4)	18 (23,1)	0,72
Tiểu máu (n(%))	11 (84,6)	60 (76,9)	0,72
Tiểu đạm + tiểu máu (n(%))	11 (84,6)	60 (76,9)	0,72
Tiểu đạm ngưỡng thận hư (n(%))	10 (76,9)	42 (53,8)	0,14
Suy thận (n(%))	7 (53,8)	11 (14,1)	0,003
Tăng huyết áp (n(%))	11 (84,6)	47 (60,2)	3×10^{-5}

(* fisher.test)

Về miễn dịch học, hai nhóm bệnh nhi viêm thận lupus có TMA và không TMA không có sự khác biệt về xét nghiệm Coombs, bổ thể và kháng thể kháng phospholipid.

Bảng 3.3. Đặc điểm về hoạt tính miễn dịch

Đặc điểm		TMA (n=13)	Không TMA (n=78)	P**
Coombs (trực tiếp, gián tiếp)	Cả hai âm (n(%))	5 (38,5)	28 (35,9)	1
	Một hoặc cả hai dương (n(%))	8 (61,5)	50 (64,1)	
Kháng thể kháng phospholipid	Âm tính (n(%))	9 (69,2)	64 (82)	0,3
	Dương tính* (n(%))	4 (30,8)	14 (18)	
Bổ thể (C3, C4)	Không giảm (n(%))	1 (7,7)	3 (3,8)	0,2
	Một hoặc cả hai giảm (n(%))	12 (92,3)	75 (96,2)	

(*Một trong ba loại anticardiolipin, lupus anticoagulant hoặc $\beta 2$ -glycoprotein-I dương tính; ** fisher.test)

Về đặc điểm giải phẫu bệnh, trong khi tăng sinh tế bào và chỉ số mạn tính ở nhóm TMA đều cao hơn thì chỉ số hoạt động lại không khác biệt giữa hai nhóm.

Bảng 3.4. Đặc điểm giải phẫu bệnh thận

Đặc điểm	TMA (n=13)	Không TMA (n=78)	Tổng (n=91)
Nhóm II (n (%))	0 (0)	4 (5,1)	4 (4,4)
Nhóm III (n (%))	2 (15,4)	31 (39,7)	33 (36,2)
Nhóm IV (n (%))	9 (69,2)	29 (37,2)	38 (41,7)
Nhóm III/V (n (%))	0 (0)	4 (5,1)	4 (4,4)
Nhóm IV/V (n (%))	2 (15,4)	7 (9)	9 (9,9)
Nhóm V (n (%))	0 (0)	3 (3,8)	3 (3,3)
Chỉ số hoạt động (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	$16,8 \pm 1,9$	$15,7 \pm 3,5$	$P^* = 0,13$

Chỉ số mạn tính (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	3,8 $\pm$ 1,6	1,2 $\pm$ 1,5	P= 2,1x10 ⁻⁷
Xơ hóa (%)	0,1	0,3	P= 0,11
Tăng sinh gian mao mạch (%)	91,8	83,6	P= 0,01
Tăng sinh trong mao mạch (%)	63,8	45,2	P= 0,006
Xâm nhập bạch cầu (%)	88,4	78,2	P= 0,04
Vỡ nhân (%)	58,6	46,1	P= 0,01
Wire – loop (%)	53,7	42,3	P= 0,01
Hoại tử fibrin (%)	27,7	5,7	P= 1,3x10 ⁻⁵
Lắng đọng hyaline (%)	54,1	42,8	P= 0,01
Xơ hyaline (%)	16	7,8	P= 0,003
Hyaline thrombi (%)	28,1	1,2	P= 7,4x10 ⁻²²
Liềm tế bào (%)	5,4	7,2	P= 0,34
Teo ống thận + xơ hóa mô kẽ (%)	22,9	16	P= 1,1x10 ⁻⁵

(*t-test)

Ngoài điều trị nền tảng là hydroxycloquin được dùng cho tất cả bệnh nhi, thì methyprednisolone và cyclophosphamide dạng tĩnh mạch được dùng nhiều ở nhóm TMA hơn.

Bảng 3.5. Đặc điểm điều trị cho bệnh nhi viêm thận lupus

Điều trị	TMA n=13	Không TMA n=78	P*
HCQ	13 (100)	78 (100)	1
Methylprednisolone			0,03
0 liều (n (%))	0 (0)	4 (5,1%)	
1liều (n (%))	0 (0)	12 (15,4)	
2 liều (n (%))	0 (0)	7 (9)	
3 liều (n (%))	2 (15,4)	17 (21,8)	
4 liều (n (%))	0 (0)	11 (14,1)	
5 liều (n (%))	2 (15,4)	1 (1,3)	
6 liều (n (%))	9 (69,2)	26 (33,3)	
Cyclophosphamide tĩnh mạch (n (%))	5 (38,5)	9 (11,5)	0,01
Mycophenolate mofetil (n (%))	10 (77)	70 (89,7)	1
Cyclosporin (n (%))	0 (0)	10 (12,8)	0,34
Thay huyết tương (n (%))	5 (38,5)	6 (7,7)	0,008
IVIg (n (%))	0 (0)	4 (5,1)	1
Chạy thận nhân tạo (n (%))	5 (38,5)	4 (5,1)	0,002
Kháng đông (n (%))	7 (53,8)	3 (3,8)	2x10 ⁻⁵

(*fisher.test)

Sau mỗi 3 tháng và 6 tháng điều trị tấn công, tỉ lệ bệnh nhi đáp ứng ở nhóm không TMA cao hơn so với nhóm TMA (P=0,009 và P=0,005). Trong nhóm TMA, tỉ lệ bệnh nhi đáp ứng sau 3 tháng và 6 tháng không có sự khác biệt (P=0,4). Trong nhóm không TMA, tỉ lệ bệnh nhi đáp ứng sau 6 tháng cao hơn so với 3 tháng (P=0,004).

Bảng 3.6. Bảng đánh giá đáp ứng trên thận sau 3 tháng và 6 tháng tấn công

Đáp ứng điều trị	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	TMA n (%)	Không TMA n (%)	TMA n (%)	Không TMA n (%)
Đáp ứng hoàn toàn	4 (30,8)	53 (68)	7 (53,8)	67 (89,3)
Đáp ứng một phần	4 (30,8)	17 (21,8)	4 (30,7)	6 (8)
Không đáp ứng	5 (38,4)	8 (10,2)	2 (15,5)	2 (2,7)
Tổng	13 (100)	78 (100)	13 (100)	75 (100)

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhi viêm thận lupus có kèm TMA tại thận là 14,3%, cao hơn so với các nghiên cứu khác (4%) nhưng gần bằng các thống kê trên người lớn (0,5% đến 10%, có nghiên cứu đến 24,3%) [1], [8]. Điều này có thể do chúng tôi xếp nhóm TMA chỉ dựa trên giải phẫu bệnh mà không bắt buộc kèm theo thiếu máu hay giảm tiểu cầu. Tuổi khởi bệnh của nhóm TMA sớm hơn nhưng thời gian theo dõi bệnh lại ngắn hơn trong khi tuổi hiện tại không có sự khác biệt. Điều đó đặt ra giả thuyết có thể nhóm TMA có thời gian sống ngắn hơn nên không tiếp tục theo dõi tái khám và do đó không được đưa vào mẫu nghiên cứu lần này.

Tỉ lệ bệnh nhi có tăng huyết áp, suy thận và thiếu máu cao hơn ở nhóm TMA so với nhóm không TMA, tương tự các nghiên cứu khác [3], [5]. Trong khi đó, mặc dù tỉ lệ tiểu đạm ngưỡng thận hư ở nhóm TMA cao hơn nhưng không có sự khác biệt với nhóm không TMA. Tương tự giảm tiểu cầu và tiểu máu cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận sự khác biệt về thay đổi Coombs, bổ thể và kháng thể kháng phospholipid, như trong các nghiên cứu khác [8]. Riêng đối với bổ thể, sự không tương đồng này có thể nhờ

vào việc đi sâu hơn các thành phần dưới lớp vỏ thể mà chưa thể được tiến hành trong nghiên cứu của chúng tôi lần này.

Về mặt giải phẫu bệnh thận, tuy không có sự khác biệt về số cầu thận bị xơ hóa và số liềm tế bào trung bình giữa nhóm TMA và không TMA, nhưng tỉ lệ tăng sinh gian mao mạch, tăng sinh trong mao mạch, xâm nhập bạch cầu, vỡ nhân, wire-loop, hoại tử fibrin, lắng đọng hyaline, xơ hyaline và hyaline thrombi trung bình ở nhóm TMA đều cao hơn so với nhóm không TMA, tương tự như các nghiên cứu khác [8]. Mặc dù vậy, so với nhóm không TMA, nhóm TMA có chỉ số mạn tính trung bình cao hơn nhưng không có sự khác biệt về chỉ số hoạt động trung bình. Điều này có thể sai số từ cỡ mẫu còn nhỏ.

Tỉ lệ bệnh nhi được điều trị bằng truyền methylprednisolone và cyclophosphamide, cũng như chạy thận nhân tạo, thay huyết tương và dùng khác đông nhiều hơn ở nhóm TMA nhưng kết quả điều trị kém hơn so với nhóm không TMA ở cả hai thời điểm 3 tháng và 6 tháng tấn công. Điều này tương tự như kết quả ghi nhận trong các nghiên cứu khác, mặc dù có những nghiên cứu đánh giá vào thời điểm xa hơn sau điều trị so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Tuy nhiên, tỉ lệ tử vong và đáp ứng hoàn toàn chung trong

nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu trước đây trên cùng dân số [7].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhi viêm thận lupus kèm theo TMA tại thận có tỉ lệ suy thận, tăng huyết áp, thiếu máu và chỉ số mạn tính trung bình cao hơn so với nhóm không TMA. Mặc dù được điều trị với nhiều thuốc và phương tiện hỗ trợ khác nhưng đáp ứng trong 6 tháng điều trị tấn công cũng kém hơn ở nhóm TMA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brocklebank V, Wood KM, and Kavanagh D** (2018), "Thrombotic Microangiopathy and the Kidney", Clin J Am Soc Nephrol, 13(2), pp. 300-317.
2. **Chen X, Chen W, Wang G, et al.** (2021), "Clinical Characteristics and Prognosis of Renal Thrombotic Microangiopathy in Lupus Nephritis", Iran J Kidney Dis, 15 (3), pp.169-176.
3. **Deborah ML** (2020), "Childhood-onset systemic lupus erythematosus (SLE): Clinical manifestations and diagnosis", from <https://www.uptodate.com>, accessed 13/1/2022.
4. **International Society of Nephrology** (2021), "Chapter 10: Lupus nephritis", KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Glomerular Diseases, Elsevier, pp. S207-230.
5. **James NG and Carla N** (2021), "Diagnostic approach to suspected TTP, HUS, or other thrombotic microangiopathy (TMA)", from <https://www.uptodate.com>, accessed 13/1/2022.
6. **Li C, Chan G, Wen YB, et al.** (2019), "Clinical Outcomes and Clinico-pathological Correlations in Lupus Nephritis with Kidney Biopsy Showing Thrombotic Microangiopathy", J Rheumatol, 46 (11), pp.1478-1484.
7. **Nguyễn Huỳnh Trọng Thi, Trần Thị Mộng Hiệp và Hoàng Thị Diễm Thúy** (2010), "Kết quả điều trị viêm thận lupus tại bệnh viện Nhi đồng 2", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 14 (4), tr.61-65.
8. **Song D, Wu LH, Wang FM, et al.** (2013), "The spectrum of renal thrombotic microangiopathy in lupus nephritis", Arthritis Res Ther, 15 (1), p. R12.
9. **Song D, Wu LH, Wang FM, et al.** (2013), "The spectrum of renal thrombotic microangiopathy in lupus nephritis", Arthritis Res Ther, 15 (1), p. R12.
10. **Wright RD, Bannerman F, Beresford MW, et al.** (2020), "A systematic review of the role of eculizumab in systemic lupus erythematosus-associated thrombotic microangiopathy", BMC Nephrol, 21 (1), p. 245.

ĐIỀU TRỊ GIÃN TĨNH MẠCH TÍNH BẰNG PHẪU THUẬT VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

Cao Văn Trí¹, Nguyễn Minh Tuấn¹,
Võ Thiện Ngôn², Lê Đình Khánh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật vi phẫu tại bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng.

Đối tượng và phương pháp: 18 bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh được điều trị bằng phẫu thuật vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Đà Nẵng từ tháng 04/2022 đến tháng 04/2023. Bệnh nhân được đánh giá sau phẫu thuật.

Kết quả: Tỷ lệ thành công sau phẫu thuật vi phẫu điều trị là 100%. Đánh giá kết quả tốt sau phẫu thuật đạt 88,9%, Tái khám sau 3 tháng cho thấy kết quả tốt chiếm 83,3%, không có tính trạng trào ngược tĩnh mạch tinh trên siêu âm Doppler, kích thước tĩnh mạch tinh trước và sau mổ 3 tháng lần lượt là $2,93 \pm 0,57$, $1,49 \pm 0,36$ ($p < 0,05$).

Kết luận: Điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật vi phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả cao.

Từ khóa: giãn tĩnh mạch tinh, phẫu thuật vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch tinh.

SUMMARY

MICROSURGICAL TREATMENT OF VARICOCELE AT DA NANG HOSPITAL

Objective: Evaluation of the results of treatment of varicocele with microsurgery.

Materials and Methods: 18 patients with varicocele between April 2012 and April 2014 at Danang Hospital.

Results: The overall success rate was 100 %. Good results after surgery reached 88.9%. Re-examination after 3 months showed good results accounted for 83.3%. There was reflux on color Doppler ultrasound, The mean diameters of the varicocele veins of the patients before and 3 months after surgery were 2.93 ± 0.57 , 1.49 ± 0.36 respectively ($p < 0.05$).

Conclusion: Microsurgical treatment of varicocele is a safe and high effective procedure.

Keywords: varicocele, microsurgery treatment of varicocele.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh (GTMT) là sự giãn nở bất thường của hệ tĩnh mạch tinh hoàn [1], gây ra tình trạng trào ngược dòng máu vào tĩnh mạch tinh làm các tĩnh mạch tinh giãn tạo thành búi ngoằn ngoèo ở bìu. Ước tính có 9-15% nam giới bị giãn tĩnh mạch tinh với những hậu quả tiềm ẩn như tinh hoàn cùng bên kém phát triển, đau bìu và là một trong những nguyên nhân gây vô sinh ở nam giới. Bệnh lý này có thể điều trị triệt để bằng phẫu thuật [1], [2], [5.]

¹Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng

²Bệnh viện Vinmec Đà Nẵng

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Khánh

ĐT: 0913453945

Email: ldtkhanh@hueuni.edu.vn

Ngày nhận bài: 31/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

Bệnh nhân đi khám chủ yếu là do đau tức vùng bẹn bùi hoặc hiếm muộn con cái. Chẩn đoán GTMT từ trước đến nay chủ yếu là dựa vào thăm khám lâm sàng. Hiện nay SA Doppler màu tinh hoàn và mào tinh hoàn là phương thức tốt giúp chẩn đoán và theo dõi bệnh GTMT [6].

Phẫu thuật điều trị GTMT có nhiều phương pháp (PP) bao gồm phẫu thuật (PT) thắt TMT bằng mổ mở kinh điển, qua nội soi, mổ vi phẫu hoặc và PP can thiệp nội mạch.

Năm 1992, Goldstein M. là người đầu tiên áp dụng vi phẫu thuật để thực hiện thắt TMT [5]. Nhờ sự phóng đại phẫu trường nên việc nhận biết tĩnh mạch tinh giãn (TMTG) để thắt một cách triệt để và bảo tồn động mạch tinh cũng như hệ bạch huyết, ống dẫn tinh, giúp giảm tỉ lệ tái phát, tránh được biến chứng teo tinh hoàn và tràn dịch tinh mạc về sau. Và PP vi phẫu thuật ưu việt hơn các PP khác là tỷ lệ tái phát tình trạng GTMT với tỷ lệ 0,6% - 45% tùy tác giả, so với PP mổ mở và nội soi trung bình là 20% [2]. Vì vậy vi phẫu thuật trong điều trị GTMT đã được chấp nhận và đang được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới. Để góp phần nghiên cứu về hiệu quả của phẫu thuật vi phẫu điều trị giãn tĩnh mạch tinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị và các tai biến, biến chứng của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán là GTMT và được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật vi phẫu tại Khoa Ngoại Tiết Niệu bệnh viện Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 4/2022 đến tháng 4/2023. Những trường hợp loại trừ bao gồm: Các bệnh nhân có nghi ngờ GTMT trên lâm sàng nhưng không có dấu hiệu giãn và

dòng trào ngược của TMT trên siêu âm Doppler, có bệnh lý ở bụng: U thận, u sau phúc mạc, bệnh nhân không đến tái khám đầy đủ, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được khám lâm sàng xác định lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng, làm các xét nghiệm cơ bản về huyết học, sinh hóa máu, phân tích nước tiểu và chức năng thận. Siêu âm xác định mức độ giãn tĩnh mạch tinh và đánh giá dòng trào ngược.

Các chỉ tiêu chẩn đoán: Bệnh nhân đến khám với triệu chứng: Đau tức bùi, vô sinh, bùi giãn ... Khám lâm sàng: khám bệnh nhân tư thế đứng và kết hợp với nghiệm pháp Valsalva khi cần. Đánh giá vị trí bên bị bệnh, đánh giá mức độ GTMT, phát hiện những bệnh lý kèm theo (nếu có): nang mào tinh hoàn, bất sản ống dẫn tinh... Cận lâm sàng: Siêu âm, đánh giá đường kính của TMT lớn nhất trong búi TMT hai bên khi bệnh nhân ở tư thế nằm và bệnh nhân ở tư thế đứng có kết hợp với nghiệm pháp Valsalva, có dòng trào ngược hay không và dòng trào ngược này là liên tục hay không liên tục, xác định thể tích tinh hoàn hai bên, xác định các bệnh lý kèm theo. Kết luận GTMT khi TMT giãn và có dòng trào ngược.

Chẩn đoán: Dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau bùi, bùi thấy giãn tĩnh mạch tinh... và kết quả siêu âm thấy tĩnh mạch tinh giãn và có dòng trào ngược.

Bộ phẫu thuật vi phẫu, gồm có: Kính mổ Zeiss phóng đại 4,5 lần; Bộ dụng cụ vi phẫu thuật; Bộ dụng cụ mổ mở truyền thống.

Trước mổ 30 phút bệnh nhân được tiêm TM 1g kháng sinh thuộc nhóm cephalosporine. Bệnh nhân được gây tê tùy sống, tư thế bệnh nhân nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng. Rạch da ngang qua lỗ bẹn ngoài dài khoảng 2-3cm, đi qua lớp cân nông bụng tới bao thớ thừng tinh. Dùng dissector bóc lộ

thường tinh, luồn Nelaton qua thường tinh và kéo thường tinh ra ngoài qua vết mổ. Đẩy tinh hoàn ra khỏi bìu qua vết mổ. Dùng kính phóng đại và sử dụng dụng cụ vi phẫu tiến hành phẫu tích bộc lộ và thắt các TMT ngoài và tĩnh mạch dây treo tinh hoàn bằng chỉ prolene 4/0-5/0. Sau khi kết thúc thì này, đưa tinh hoàn trở lại bìu và cố định thường tinh trên vết mổ bằng sonde nelaton nhỏ. Lần lượt mở lá ngoài và lá trong của bao thò thường tinh. Bước tiếp theo là xác định và cô lập các đường bạch mạch. Thông thường có 3-4 đường bạch mạch. Đối với các thành phần nằm giữa lá ngoài và lá trong, lần lượt xác định và bộc lộ riêng ống dẫn tinh và động mạch ống dẫn tinh, động mạch cơ bìu. Những TMTG sẽ được bộc lộ, thắt bằng chỉ prolene 4/0-5/0 và vicryl 4/0-5/0, và cắt rời các đoạn TMTG. Tiến hành đặt lại thường tinh trong ống bẹn, khâu đóng bao thường tinh. Khâu đóng cân nông, mở dưới da bằng chỉ vicryl 4/0. Đóng da.

Sau mổ 4h bệnh nhân được tiêm thêm 1g kháng sinh thuộc nhóm cephalosporine bằng đường tĩnh mạch. Nếu bệnh nhân có huyết động ổn định, không sốt, vết mổ khô thì cho xuất viện trong vòng 48h sau mổ; được hẹn tái khám cắt chỉ và sau đó hai đến ba tháng hoặc khi có các biểu hiện bất thường trong thời gian chờ tái khám (sốt, nhiễm khuẩn vết thương...). Tái khám xác định các triệu chứng lâm sàng, siêu âm tinh hoàn 2 bên để đánh giá tĩnh mạch tinh [3], [4].

Các chỉ tiêu đánh giá kết quả: Thời gian mổ, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, thời gian hậu phẫu. Đánh giá kết quả PT sau khi bệnh nhân ra viện dựa theo các chỉ tiêu: tình trạng vết mổ, đau tinh hoàn và bìu bên mổ, biến chứng có thể xảy ra (tụ máu bìu, phù nề tràn dịch tinh mạc,...). Phân loại kết quả: Tốt: vết mổ khô, liền tốt, không đau tinh

hoàn hay bìu sau mổ, không có biến chứng; Trung bình: nhiễm trùng vết mổ nhưng chỉ cần điều trị kháng sinh, bệnh nhân ra viện vẫn đau tức nhẹ vùng bìu hay tinh hoàn (VAS mức độ II), có biến chứng (tụ máu bìu, phù nề hay tràn dịch tinh mạc...) nhưng ở mức độ nhẹ không phải can thiệp ngoại khoa; Xấu: phải mổ lại do chảy máu, tụ máu bìu, tràn dịch tinh mạc nhiều phải mổ lại dẫn lưu dịch.

Đánh giá kết quả điều trị (thông qua tái khám sau 3 tháng): Thăm khám tình trạng chung và tại chỗ: đánh giá tình trạng toàn thân, đau tức vùng bìu, tình trạng vết mổ, kiểm tra vùng bìu xem có diễn biến bất thường như giãn TMT tái phát; Siêu âm Doppler vùng bẹn bìu: đánh giá tình trạng tinh hoàn, thường tinh, tĩnh mạch tinh, tràn dịch tinh mạc, teo tinh hoàn... Phân ra các kết quả [2]: Tốt: hết đau tức bìu ở những bệnh nhân vi phẫu thuật TMTG vì lý do đau tức bìu, không còn tình trạng giãn tĩnh mạch tinh (trên lâm sàng không sờ thấy TMT và siêu âm Doppler không còn dòng trào ngược), bệnh nhân không có tràn dịch tinh mạc, không có teo tinh hoàn, bệnh nhân đi khám vì lý do vô sinh, khi khám lại có sự cải thiện hoặc là đã có con sau mổ; Trung bình: còn đau tức bìu sau mổ tuy mức độ và cường độ đau có giảm, còn tình trạng TMTG trên lâm sàng nhưng trên siêu âm không có dòng trào ngược; Xấu: giãn tĩnh mạch tinh tái phát, teo tinh hoàn sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 04/2022 đến tháng 04/2023 đã có 18 bệnh nhân với chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh điều trị bằng phẫu thuật vi phẫu tại Bệnh viện Đà Nẵng.

Lứa tuổi < 40 tuổi chiếm 94,4%. Trong đó độ tuổi trung bình là 28,5 tuổi.

Lý do vào viện nhiều nhất là đau tức búi mạch tĩnh: giãn tĩnh mạch tĩnh 2 bên chiếm 83,3%, còn lại là đến vì lý do hiếm muộn chiếm 16,7%. Phân bố bên bị giãn tĩnh mạch tĩnh: giãn tĩnh mạch tĩnh 2 bên chiếm 66,7%, chỉ giãn bên trái chiếm 27,8%, chỉ bên phải chiếm 5,5%. (Bảng 1)

Bảng 1: Vị trí bên giãn tĩnh mạch tĩnh

Vị trí giãn	Số trường hợp	Tỷ lệ %
2 bên	12	66,7
Bên trái	5	27,8
Bên phải	1	5,5
Tổng	18	100

Siêu âm tĩnh hoàn 2 bên để đánh giá độ giãn tĩnh mạch tĩnh cho thấy hầu hết chỉ định phẫu thuật với giãn độ II chiếm 22,2% và độ III chiếm 77,8% (Bảng 2). Tất cả các bệnh nhân đều có dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsalva khi thực hiện siêu âm Doppler tĩnh mạch tĩnh giãn. Trong 29 đơn vị bên giãn tĩnh mạch tĩnh (11 trường hợp giãn 2 bên) có 3 đơn vị bên giãn tĩnh mạch tĩnh có teo tinh hoàn kèm theo chiếm 10,4%.

Bảng 2: Mức độ giãn tĩnh mạch tĩnh

Độ giãn tĩnh mạch tĩnh	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Độ I	0	0
Độ II	4	22,2
Độ III	14	77,8
Tổng	18	100

Chỉ định phẫu thuật vì phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tĩnh có 2 nguyên nhân hay gặp là đau tức búi bên GTMT kéo dài mạn tính là chủ yếu chiếm 83,3% và hiếm muộn con do giãn tĩnh mạch tĩnh chiếm 16,7% (Bảng 3).

Bảng 3. Các chỉ định phẫu thuật vì phẫu thuật điều trị GTMT

Chỉ định phẫu thuật vì phẫu thuật GTMT	n=18	%
Đau tức búi mạn tính cùng bên GTMT	15	83,3
Hiếm muộn con	3	16,7
Teo tinh hoàn cùng bên GTMT	0	0

Thời gian phẫu thuật mỗi bên GTMT trung bình là 27,33 phút. Trong mổ hầu như không có tai biến gì xảy ra trong tất cả các ca phẫu thuật. Tai biến sau mổ: chỉ có 2 ca xuất hiện tụ máu búi nhẹ sau mổ chiếm 11,1%. (Bảng 4)

Bảng 4: Tai biến sau mổ

Tai biến sau mổ	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tụ máu búi	2	11,1
Nhiễm trùng	0	0
Không có	16	88,9
Tổng	18	100

Tỷ lệ thành công sau phẫu thuật vì phẫu thuật điều trị là 100%. Đánh giá kết quả tốt sau phẫu thuật đạt 88,9%, trung bình đạt 11,1%, không có kết quả xấu. Số ngày hậu phẫu trung bình 2,61 ngày (dài nhất: 5 ngày, ngắn nhất: 1 ngày). (Bảng 5)

Bảng 5: Thời gian hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu (ngày)	n=18	%	Mean $\pm$ SD (Min – Max)
1-2	9	50,0	2,61 $\pm$ 1,02 (1-5)
3-4	8	44,4	
5	1	5,6	

Tái khám sau 3 tháng, khám lâm sàng không thấy tĩnh mạch tinh giãn khi quan sát qua da bìu, không sờ thấy tĩnh mạch tinh giãn nếu không làm nghiệm pháp Valsalva. Có 5 trường hợp sờ thấy tĩnh mạch tinh giãn khi làm nghiệm pháp Valsalva khi tái khám ở mức độ nhẹ, chiếm 27,8%. Siêu âm bẹn bìu

kiểm tra mức độ giãn của tĩnh mạch tinh sau khi tái khám, hầu hết đều đã giảm dưới 3mm, độ giãn đã giảm hầu hết ở tất cả bệnh nhân, có ý nghĩa thống kê với $P = 0,000 < 0,001$ (Bảng 6). Không phát hiện ca nào có tình trạng trào ngược tĩnh mạch tinh so với trước phẫu thuật.

Bảng 6. So sánh đường kính trung bình TMT trước và sau PT (không làm nghiệm pháp Valsalva khi siêu âm)

Đường kính trung bình TMT (mm)	Trước PT	Sau PT 3 tháng	P
Mean $\pm$ SD	2,93 $\pm$ 0,57	1,49 $\pm$ 0,36	0.000*
(Min - Max) mm	(2,6-3,4)	(1,5-2,5)	0,000**

Đánh giá kết quả điều trị sau khi tái khám, kết quả tốt khỏi giãn tĩnh mạch tinh chiếm 83,3%, triệu chứng giảm nhiều chiếm 16,7% (Bảng 7).

Bảng 7. Kết quả vi phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh sau 2- 3 tháng

Kết quả	n=134	%
Tốt	15	83,3
Trung bình	3	16,7
Xấu	0	0
Tổng	18	100

IV. BÀN LUẬN

Giãn TMT là một bệnh phổ biến của nam giới trong độ tuổi sinh sản, hầu hết các tác giả đều thừa nhận giãn TMT là một trong các nguyên nhân gây hiếm muộn ở nam giới và cũng là một nguyên nhân phổ biến làm ảnh hưởng đến cả số lượng và chất lượng tinh trùng [1]. Về tuổi, kết quả của chúng tôi với nhóm tuổi ≤ 40 , tuổi trung bình của nghiên

cứu là 28,5 tuổi tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thảo (95,8%)[2] và Thái Xuân Thủy (94,8%)[5]. Điều này nhấn mạnh lại rằng bệnh lý GTMT thường gặp ở nam giới trong độ tuổi sinh sản ≤ 40 , ít gặp sau tuổi 40. Lý do vào viện nhiều nhất là đau tức bìu chiếm 83,3%. Kết quả này cao hơn so với Nguyễn Hoài Bắc là 53,0% [1] và Nguyễn Hữu Thảo báo cáo 67% đau tức tinh hoàn

[2]. Bệnh nhân bị GTMT đi khám bởi triệu chứng đau, là một trong những chỉ định điều trị vi phẫu thuật GTMT khi đã loại trừ tất cả các nguyên nhân gây đau tinh hoàn mạn tính kéo dài khác. Và kết quả phẫu thuật có thể mang lại thành công 80% điều trị đau tinh hoàn mạn tính kéo dài cho người bệnh tuy nhiên kết quả này còn ảnh hưởng dưới một số yếu tố khác như mức độ GTMT, BMI, phương pháp phẫu thuật được lựa chọn [6].

Phân bố bên bị giãn tĩnh mạch tinh: giãn tĩnh mạch tinh 2 bên chiếm 66,7%, chỉ giãn bên trái chiếm 27,8%, chỉ bên phải chiếm 5,5%. Khác nhiều so với các tác giả trước đây: Nguyễn Hoài Bắc GTMT trái 98,5%, hai bên 1,5% [1]; Nguyễn Hữu Thảo GTMT trái 95,8%, hai bên 4,2% [2]. Trong các nghiên cứu này GTMT bên phải đơn thuần gặp khá ít, chính vì có sự đặc biệt bên bị bệnh GTMT nguyên phát như vậy mà giúp các bác sĩ lâm sàng thật sự cẩn thận trọng trước khi đưa ra chỉ định điều trị [7].

Siêu âm Doppler có độ nhạy 93-100%, độ đặc hiệu 55%. Siêu âm Doppler không chỉ giúp khẳng định GTMT khi nghi ngờ trên lâm sàng từ đó chúng ta sẽ xác định được những trường hợp GTMT dưới lâm sàng. Đối với tĩnh mạch có đường kính trên 3,0mm và có dòng máu tĩnh mạch phụt ngược sau khi làm nghiệm pháp Valsalva thì coi như chẩn đoán xác định GTMT. Tất cả người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được làm siêu âm Doppler tinh hoàn, mào tinh hoàn. Nghiên cứu của chúng tôi kết luận dựa trên lâm sàng và siêu âm doppler bìu, giãn độ II chiếm 22,2% và độ III chiếm

77,8%. Các tác giả khác cho thấy tỷ lệ gặp GTMT độ II, III lần lượt là: Nguyễn Hoài Bắc 24,6% và 56,2%[1]; Nguyễn Hữu Thảo 40,3% và 56,9%[2]. Điều này có một ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng cho việc theo dõi và quyết định chỉ định điều trị can thiệp phẫu thuật đối với những người bệnh có dấu hiệu giãn từ độ II trở lên và có giảm kích thước tinh hoàn cùng bên so với bên đối diện, ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người bệnh [7]. Theo các tác giả Paick S cũng như Esteves SC đều khẳng định có dòng trào ngược ở 100% trên siêu âm [6], [7].

Một phương pháp điều trị được cho là có hiệu quả phải là một phương pháp phải có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ thất bại thấp và ít biến chứng. Ngoài ra, PT phải có hiệu quả trong việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng và các yếu tố sinh sản của nam giới. Vi phẫu thắt TMT thực chất là phương pháp PT mở có sự hỗ trợ của kính vi phẫu. Nhờ sự phóng đại của kính vi phẫu nên phẫu thuật viên có thể xác định được các thành phần một thuận lợi và chính xác hơn. Điều này làm cho kết quả phẫu thuật có tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ các biến chứng thấp, cải thiện tốt hơn, người bệnh ít đau và nhanh chóng trở lại cuộc sống thường ngày. Chính vì vậy, vi phẫu thắt giãn TMT đã nhanh chóng trở nên phổ biến và trở thành phương pháp tiêu chuẩn để điều trị cho nam giới bị giãn TMT [7].

Quá trình vi phẫu thuật cho 18 người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành thuận lợi và không có tai biến đáng kể nào xảy ra. Tỷ lệ thành công sau phẫu

thuật vi phẫu điều trị là 100%. Đánh giá kết quả tốt sau phẫu thuật đạt 88,9%. Thời gian phẫu thuật mỗi bên trung bình là 27,33 phút. Chỉ có 2 ca xuất hiện tụ máu bìu nhẹ sau mổ chiếm 11,1%. Thời gian hậu phẫu trung bình của nhóm nghiên cứu là 2,61 ngày (dài nhất: 5 ngày, ngắn nhất: 1 ngày). Nguyễn Hữu Thảo ghi nhận thời gian phẫu thuật GTMT trung bình $60,64 \pm 22,54$ phút, nhanh nhất 24 phút, lâu nhất 135 phút [2]. Nguyễn Hoài Bắc cho thấy thời gian trung bình của vi phẫu thuật $71,2 \pm 11,9$ phút [1]. Càng ngày vi phẫu thuật GTMT trở thành thường quy và phổ biến ở những cơ sở có trang bị kính vi phẫu, thời gian phẫu thuật về sau càng rút ngắn hơn so với trước đây. Tác giả Nguyễn Hữu Thảo báo cáo kết quả ra viện tốt 98,6%, trung bình 1,4% và không có kết quả xấu [2]. Các tác giả khác không có ghi nhận biến chứng hậu phẫu nào cần phải can thiệp ngoại khoa như chảy máu, tràn dịch màng tinh hoàn hay tụ máu bìu lớn [3], [4], [6].

Tái khám sau 3 tháng, kết quả chung được đánh giá dựa trên các chỉ tiêu: Đau tức vùng bìu, giãn tĩnh mạch tinh tái phát trên lâm sàng và siêu âm kèm có dòng trào ngược hay không, tràn dịch tinh mạc, teo tinh hoàn. Khám lâm sàng không thấy tĩnh mạch tinh giãn qua quan sát, không sờ thấy tĩnh mạch tinh giãn nếu không làm nghiệm pháp Valsalva. Kết quả siêu âm đánh giá người bệnh khi khám lại cho thấy sự cải thiện đường kính trung bình TMT khi không làm nghiệm pháp Valsalva trước PT là $2,93 \pm 0,57$ mm (bé nhất là 2,6mm, lớn nhất là 3,4mm) so với sau PT 2-3 tháng là

$1,49 \pm 0,36$ mm (bé nhất 1,5, lớn nhất là 2,5mm), sự giảm kích thước TMT này khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P=0,000 < 0,01$ (bảng 6). Tác giả Nguyễn Hữu Thảo nhận thấy có sự giảm đường kính TMT trung bình sau PT $2,16 \pm 0,45$ mm so với trước PT $2,97 \pm 0,66$ mm [2].

Kết quả tốt khỏi giãn tĩnh mạch tinh chiếm 83,3%, triệu chứng giảm nhiều chiếm 16,7%. Siêu âm ben bìu kiểm tra mức độ giãn của tĩnh mạch tinh sau khi tái khám, hầu hết đều đã giảm dưới 3mm, độ giãn đã giảm hầu hết ở tất cả bệnh nhân. Không phát hiện ca nào có trào ngược tĩnh mạch tinh trên siêu âm. Chúng tôi thấy sự cải thiện kích thước tĩnh mạch tinh giãn và triệu chứng là rất đáng kể, bệnh nhân không còn đau bìu hay giảm nhiều, một số trường hợp có con sau 03 tháng. Tác giả Nguyễn Hoài Bắc có tỉ lệ khỏi bệnh là 96,2% [1], Nguyễn Hữu Thảo báo cáo kết quả tốt chiếm tỷ lệ 97,2%; trung bình (2,8%) và không có người bệnh nào kết quả xấu [2].

Qua thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy vấn đề chỉ định đúng vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh hết sức quan trọng, tránh cho người bệnh phải chịu đựng một cuộc mổ không đáng có, đặc biệt mang lại kết quả điều trị tối đa cho người bệnh. Để thực hiện được phương pháp vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại các bệnh viện tuyến tỉnh, cần có sự đồng bộ chuyên môn sâu các chuyên ngành như bác sĩ tiết niệu nam khoa, bác sĩ được đào tạo siêu âm tĩnh mạch tinh và cần có trang thiết bị đầy đủ cho việc thực hiện kỹ thuật vi phẫu thuật. Ngoài

ra, kinh nghiệm và kỹ năng của phẫu thuật viên cũng là yếu tố góp phần vào sự thành công của cuộc mổ, rút ngắn thời gian phẫu thuật, hạn chế tối đa thất bại và giảm tai biến cho phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu là do điều kiện khách quan chúng tôi không thể làm xét nghiệm tinh dịch đồ và xét nghiệm testosterone, LH, FSH trên các trường hợp phẫu thuật để có được cái nhìn tổng quan và rõ nét hơn về hiệu quả của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phẫu thuật vi phẫu là phương pháp an toàn và hiệu quả, ít sang chấn, tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoài Bắc (2018)**, Nghiên cứu ứng dụng phương pháp vi phẫu thắt giãn tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh nam. Hà Nội: Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Hữu Thảo (2016)**, Đánh giá kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hà Nội: Luận văn Bác sĩ nội trú, Đại học Y Hà Nội; 2016.
3. **Võ Hoàng Tâm, Phạm Văn Linh, Đàm Văn Cương (2022)**, “ Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả vi phẫu thuật hai bên ngả bẹn bìu điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ”, Y học Cộng Đồng, tập 63, Tr. 35-42
4. **Nguyễn Trần Thành, Trần Hoài Nam (2022)**, “Hiệu quả của vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh giãn trên bệnh nhân vô sinh tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an”, Y học Cộng Đồng, tập 63, Tr. 17-25
5. **Thái Xuân Thuỷ (2020)**, Kết quả vi phẫu thuật điều trị giãn tĩnh mạch tinh tại Trung Tâm Nam Học- Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Hà Nội: Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
6. **Paick S, Choi WS (2019)**, Varicocele and Testicular Pain: A Review. The world journal of men's health. Jan 2019;37(1):4-11.
7. **Esteves SC, Cho C-L, Majzoub A, Agarwal A (2019)** Varicocele and Male Infertility: A Complete Guide. Springer.

KẾT QUẢ TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TƯ THẾ NẰM NGHIÊNG, ĐỊNH VỊ BẰNG SIÊU ÂM ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN ĐÀI DƯỚI (KINH NGHIỆM TRÊN 520 BỆNH NHÂN)

Dương Văn Trung¹, Trịnh Hoàng Hoàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế bệnh nhân nằm nghiêng, định vị bằng siêu âm điều trị sỏi thận đài dưới.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu, các bệnh nhân được điều trị sỏi thận đài dưới bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, định vị sỏi bằng siêu âm, tư thế nằm nghiêng tại Bệnh viện Bưu Điện từ 8/2017 – 8/2022.

Kết quả: Nghiên cứu trên 520 bệnh nhân. Độ tuổi trung bình là $52,6 \pm 10,5$ tuổi. Kích thước sỏi trung bình $21,5 \pm 1,2$ mm. Đường vào thận qua đài dưới chiếm 78,3%, đài giữa chiếm 20,2%, đài trên 1,5%. Thời gian tạo đường hầm trung bình: $5,7 \pm 3,7$ phút (từ 2 - 35 phút). Thời gian tán sỏi trung bình $34,3 \pm 8,1$ phút (từ 15 - 65 phút). Thời gian nằm viện trung bình $3,7 \pm 1,2$ ngày (từ 3 - 10 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi 97,3%. Biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu 8,3%, biến chứng chảy máu phải truyền máu 0,4%.

Kết luận: Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng, định vị bằng siêu âm điều trị sỏi thận đài dưới là phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, sỏi thận đài dưới.

SUMMARY

THE RESULTS OF MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY IN THE FLANK POSITION, UNDER ULTRASOUND-GUIDED TO TREATMENT OF LOWER CALYCEAL STONES

Objective: The results of mini percutaneous nephrolithotripsy (mini-PCNL) under ultrasound guidance with the patient in a flank position to treatment of lower calyceal stones.

Patients and methods: Prospective study. The patients who have calyceal stones were treated by mini percutaneous nephrolithotripsy (mini-PCNL) under ultrasound with the patient in a flank position in Buu Dien hospital, from August 2017 to August 2022.

Results: Study of 520 patients have calyceal stones. The mean age was 52.6 ± 10.5 years (range 26 to 83 ages), the mean stone size is 21.5 ± 1.2 mm (range 14 mm to 27 mm). The lower calyx puncture is 78.3%, middle calyx puncture is 20.2%, and upper calyx puncture is 1.5%, time of tract dilation is 5.7 ± 3.7 minutes (range 2 to 35 minutes), the average time of lithotripsy is 34.3 ± 8.1 minutes (range 15 to 65 minutes). The hospitalization is 3.7 ± 1.2 days (range 3 to 10 days). The stone-free rate is 97.3%. Complications: Urinary infection is 8.3%, the bleeding is 0.4%.

Conclusions: The mini percutaneous nephrolithotripsy (mini-PCNL) under ultrasound guidance with the patient in a flank position is a safe, effective, and convenient method to treatment of lower calyceal stones.

¹Bệnh viện Bưu Điện, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Dương Văn Trung

ĐT: 0913534343

Email: trungnoiso@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

Keywords: Lower calyceal stones, mini-PCNL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay có nhiều phương pháp được áp dụng điều trị sỏi thận đài dưới mà không phải mổ mở như: Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), tán sỏi nội soi ngược dòng ống mềm (FURS), tán sỏi thận qua da tiêu chuẩn (PCNL), tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL).

Tán sỏi thận qua da được Fernstrom và Johansson thực hiện từ năm 1976, từ đó tán sỏi qua da dần hoàn thiện và phát triển. Lúc đầu đường hầm tiêu chuẩn có đường kính từ 24 - 30Fr [4][9]. Từ năm 2008 tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ đã được áp dụng trên thế giới với kích cỡ ống nong từ 12- 20Fr đã mang lại hiệu quả cao, khắc phục được hạn chế cũng như giảm thiểu biến chứng của tán sỏi qua da tiêu chuẩn [10]. Đồng thời tư thế bệnh nhân cũng như phương pháp định vị sỏi cũng có nhiều lựa chọn.

Chúng tôi nghiên cứu kết quả đạt được khi thực hiện kỹ thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL), tư thế nằm nghiêng, định vị sỏi bằng siêu âm điều trị sỏi thận đài dưới với mục tiêu đánh giá hiệu quả cũng như mức độ an toàn của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

520 bệnh nhân đã được tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận đài dưới, Sử dụng siêu âm định vị sỏi và tư thế bệnh nhân nằm nghiêng, được thực hiện tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Bưu Điện - Hà Nội. Từ tháng 8 năm 2017 đến tháng 8 năm 2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

Lựa chọn bệnh nhân:

- Kích thước sỏi > 2cm nằm ở đài dưới thận.

- Kích thước sỏi < 2 cm: Tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi nội soi ngược dòng bằng ống soi mềm thất bại hoặc bệnh nhân không đồng ý sử dụng 2 phương pháp trên.

- Loại trừ những bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu, và các bệnh lý toàn thân nặng

Các bước thực hiện

- Chuẩn bị bệnh nhân: làm xét nghiệm thường qui, chụp thận thuốc

- Gây mê toàn thân, hoặc gây tê tủy sống.

- Đặt ống thông niệu quản: Bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, soi niệu quản và đặt thông niệu quản 7fr.

- Định vị sỏi:

+ Tư thế bệnh nhân: Nằm nghiêng 90 độ

+ Định vị sỏi bằng siêu âm

+ Dùng kim dài 20cm chọc dò vào đài bể thận dưới hướng dẫn siêu âm: dấu hiệu xác định kim đã vào trong đài bể thận là nước chảy qua kim, hoặc dấu hiệu kim chạm vào sỏi thận.

- Đặt dây dẫn (PCNL guide wire) qua kim chọc dò

- Nong đường hầm:

+ Rạch da khoảng 6-7mm

+ Tạo đường hầm bằng nong theo các cỡ từ 8fr đến 18fr

+ Đặt Amplatz vào đài thận- bể thận.

- Tán sỏi:

+ Soi đài bể thận qua amplatz xác định sỏi đài dưới.

+ Tiến hành tán sỏi bằng laser.

+ Bơm rửa lấy sỏi vụn qua amplatz.

+ Đặt ống thông JJ bể thận -niệu quản

+ Dẫn lưu thận bằng ống nhựa cỡ 16fr

Tiêu chuẩn đánh giá sạch sỏi và sót sỏi:

Theo hướng dẫn của Hiệp hội tiết niệu châu Âu năm 2015 [9] đưa ra:

- Sạch sỏi là khi không còn sỏi trên kết quả siêu âm sau tán sỏi hoặc khi còn sót sỏi nhỏ có kích thước < 4mm.
- Sốt sỏi: là khi còn một hoặc nhiều sỏi trên 4mm, phải tiếp tục theo dõi hoặc phối hợp các phương pháp khác để điều trị.

Xử lý số liệu: chương trình toán thống kê SPSS 20.0 và các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả thu được qua nghiên cứu 520 bệnh nhân sỏi thận đài dưới được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thể nằm nghiêng.

Bảng 1. Các chỉ số bệnh nhân trước tán sỏi (n= 520)

Các chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	340	65,4
	Nữ	180	34,6
Tuổi trung bình (tuổi)		52,6 ± 10,5 [26 - 83]	
Triệu chứng lâm sàng	Có triệu chứng	414	79,6
	Không có triệu chứng	106	20,4
Vị trí	Thận phải	243	46,7
	Thận trái	277	53,3
Số lượng sỏi	Một viên	393	75,6
	Trên một viên	127	24,4
Kích thước sỏi trung bình (mm)		21,5 ± 1,2 [14-27]	
Ứ nước thận	Không ứ nước	410	78,8
	Độ 1	71	13,7
	Độ 2	39	7,5
Tổng		520	100

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,6 ± 10,5 tuổi, tỷ lệ nam cao hơn nữ chiếm 65,4% và 34,6%. Sỏi thận phải chiếm 46,7%, thận trái là 53,3%. Tỷ lệ có sỏi đài dưới thận một viên chiếm 75,6% và sỏi trên một viên chiếm 24,4%. Kích thước sỏi trung bình là 22,5 ± 5,0 mm. Thận không ứ nước chiếm tỷ lệ cao 78,8% còn lại là thận ứ nước độ I chiếm 13,7% và độ II là 7,5%.

Bảng 2. Quá trình phẫu thuật (n= 520)

Các chỉ số	Biến số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Vị trí chọc dò	Đài trên	8	1,5
	Đài giữa	105	20,2
	Đài dưới	407	78,3
Tạo đường hầm	Thất bại	3	0,6
	Thành công	517	99,4
Thời gian	Tạo đường hầm	5,7 ± 3,7 [2 - 35]	
	Tán sỏi và đặt JJ	34,3 ± 8,1 [15 - 65]	

Vị trí chọc dò chủ yếu là nhóm đài dưới chiếm tỷ lệ 78,3% còn lại đài giữa và đài trên. Có 99,4% tạo thành công đường hầm với thời gian trung bình $5,7 \pm 3,7$ phút. Có 3 trường hợp thất bại trong tạo đường hầm do

không tiếp cận được vào đài bể thận và chảy máu phải chuyển phương pháp khác. Thời gian tán sỏi và đặt JJ trung bình là $34,3 \pm 8,1$ phút, nhanh nhất là 15 phút, dài nhất là 65 phút.

Bảng 3. Theo dõi sau phẫu thuật (n=517) (loại trừ 3 bệnh nhân thất bại do không tạo được đường hầm, còn 517 bệnh nhân)

Các chỉ số		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Biến chứng sau mổ	Sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu	43	8,3
	Truyền máu sau mổ	2	0,4
Không có biến chứng sau mổ		472	91,3
Tổng		517	100
Theo dõi sau mổ	Thời gian rút dẫn lưu thận (ngày)	$3,4 \pm 1,3$ [1 - 7]	
	Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	$3,7 \pm 1,4$ [3 - 10]	
	Thời gian rút JJ (ngày)	$25 \pm 1,8$ [15 - 45]	

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,7% phần lớn là các trường hợp sốt sau tán sỏi, còn 2 trường hợp (0,4%) chảy máu sau mổ cần truyền máu. Thời gian rút dẫn lưu thận trung bình là $3,4 \pm 1,3$ ngày và thời gian nằm viện trung bình là $3,7 \pm 1,4$ ngày, rút dẫn lưu trung bình sau $25 \pm 1,8$ ngày.

Bảng 4. Tỷ lệ sạch sỏi (n=517) (loại trừ 3 bệnh nhân thất bại do không tạo được đường hầm, còn 517 bệnh nhân)

Các chỉ số	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Sạch sỏi	503	97,3
Không sạch sỏi	14	2,7

Sau mổ có 97,3% sạch sỏi, còn lại các trường hợp sỏi sỏi điều trị nội khoa không can thiệp khác.

IV. BÀN LUẬN

Sỏi thận đài dưới chiếm phần lớn các trường hợp sỏi đài thận [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,6 \pm 10,5$ tuổi, tỷ lệ nam chiếm 65,4%, và nữ chiếm 34,6% (bảng 1). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Li MM trên 103 bệnh nhân có tuổi trung bình là $49,89 \pm 13,09$, tỷ lệ nam chiếm 72,8% [6];

nghiên cứu của Dongol UMS (2018) tuổi trung bình là 32 tuổi [18 - 71], tỷ lệ nam chiếm 60% nữ chiếm 40% [3].

Trong nghiên cứu có 79,6% trường hợp có triệu chứng lâm sàng, chủ yếu là đau âm ỉ vùng hố thắt lưng. Có 20,4% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng (bảng 1). Kết quả của chúng tôi tương tự Darrad (2007) nghiên cứu 1180 bệnh nhân sỏi đài dưới thận thì có 74,9% có triệu chứng lâm sàng, chủ yếu là đau âm ỉ thắt lưng [2]. Sỏi thận đài dưới thường không gây tắc nghẽn nên tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng thấp hơn

các nghiên cứu về sỏi thận nói chung.

Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu là $21,5 \pm 1,2$ mm. Trong đó sỏi 1 viên chiếm 75,6% còn lại là sỏi trên 1 viên chiếm 24,4% (bảng 1). Theo nghiên cứu của Dongol UMS (2018) kích thước sỏi trung bình là 17,6 mm (15 - 28mm), trong đó kích thước sỏi > 20 mm chiếm 61,5% [3]. Tác giả Ziaee nghiên cứu có 27 trường hợp sỏi đài dưới một viên (48,2%) còn lại 29 bệnh nhân (51,8%) là sỏi nhiều viên [12]. Theo Hiệp hội Tiết niệu Châu Âu (EAU 2015), mini PCNL được khuyến cáo là liệu pháp lựa chọn cho sỏi thận lớn (> 20 mm) và các viên nhỏ hơn (10–20 mm) chống chỉ định hoặc thất bại với tán sỏi ngoài cơ thể [9].

Trong nghiên cứu có 78,8% trường hợp thận không ứ nước, 13,7% trường hợp thận ứ nước độ I hoặc ứ nước đài dưới và 7,5% trường hợp thận ứ nước độ II (bảng 1). Sỏi đài dưới thận đơn thuần không gây tắc nghẽn nên ít gây ra hiện tượng ứ nước thận, hoặc chỉ ứ nước cục bộ đài dưới. Những trường hợp thận ứ nước là do sỏi đài dưới kích thước lớn có một phần nằm ở bể thận. Ngoài ra thận ứ nước còn gặp ở 1 số bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật sỏi thận.

Tư thế bệnh nhân: theo PCNL chuẩn được Fernstrom và Johansson mô tả là tư thế bệnh nhân nằm sấp và định vị sỏi bằng x-quang, tư thế này tránh tổn thương đại tràng và các tạng trong ổ bụng, đồng thời tiếp cận thận được gần nhất, tránh được xương sườn. Tuy nhiên tư thế nằm sấp gây khó khăn cho chuyển tư thế bệnh nhân, giảm hiệu suất tim, giảm khả năng giãn nở phổi, gây mê gặp khó khăn. Chúng tôi lựa chọn tư thế nằm nghiêng và định vị sỏi bằng siêu âm. Theo chúng tôi

tư thế bệnh nhân nằm nghiêng là tư thế quen thuộc với phẫu thuật viên tiết niệu, có thể giúp giải quyết nhanh các tai biến trong mổ. Pan và cộng sự trong một nghiên cứu năm 2015 trên 100 bệnh nhân chia đều làm 2 nhóm nằm nghiêng và nằm sấp đã kết luận tư thế nằm nghiêng ít gây rối loạn huyết động và khí máu [7]. Siêu âm có lợi thế là xác định được những sỏi không cản quang, đánh giá được liên quan của thận với các tạng, tránh nhiễm tia x-quang. Zhu (2017) nghiên cứu so sánh 2 nhóm bệnh nhân định vị sỏi dưới hướng dẫn của siêu âm và màn huỳnh quang cho kết quả điều trị tương đương, nhưng định vị bằng siêu âm giúp tránh phơi nhiễm bức xạ [11].

Lựa chọn vị trí chọc dò vào thận là rất quan trọng trong. Vị trí chọc dò đảm bảo cho kiểm soát tốt sỏi, hạn chế các biến chứng do tạo đường hầm gây ra. Trên nguyên tắc là chọn vị trí chọc dò vào đài thận gần nhất với sỏi. Nghiên cứu này trên các bệnh nhân sỏi thận đài dưới, vì vậy chúng tôi ưu tiên chọc dò vào đài dưới, tiếp cận trực tiếp sỏi với tỷ lệ 78,3%; một số trường hợp chọc dò vào vị trí đài giữa 20,2% và 1,5% chọc dò đài trên (bảng 2). Một số bệnh nhân chọc đài dưới khó khăn chúng tôi phải chuyển sang vị trí đài giữa và đài trên. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Abdelhafez (2012) báo cáo 83 bệnh nhân tán qua da chọc dò đài trên là 4,8%, đài giữa là 10,8% và chọc dò vào đài dưới là 84,4% [1].

Trong nghiên cứu có 99,4 bệnh nhân tạo đường hầm thành công. Có 3 bệnh nhân tạo đường hầm thất bại (0,6%) bao gồm 2 trường hợp không tiếp cận vào đài bể thận và 1 trường hợp chảy máu trong quá trình thực

hiện. Đây đều là các trường hợp gặp phải trong giai đoạn đầu chúng tôi thực hiện kỹ thuật này. Một số bệnh nhân sỏi đài dưới kích thước không lớn, thậm chí không ứ nước đã gây khó khăn khi chọc dò vào đài bể thận. Thời gian tạo đường hầm trung bình của chúng tôi là $5,7 \pm 3,7$ ngắn nhất là 2 phút và dài nhất là 35 phút.

Thời gian tán sỏi và đặt JJ trung bình là $34,3 \pm 8,1$ phút trong đó ngắn nhất là 15 phút, dài nhất là 65 phút. Thời gian tán sỏi liên quan tới kích thước, vị trí của sỏi, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của Guler trên 96 bệnh nhân sỏi thận đài dưới với kích thước sỏi trung bình lớn hơn của chúng tôi ($26,05 \pm 3,30\text{mm}$) thì thời gian tán sỏi trung bình là $57,54 \pm 11,9$ phút [5].

Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,7%, phần lớn các trường hợp đều là sốt, nhiễm khuẩn tiết niệu (8,3%) còn lại 2 trường hợp cần truyền máu sau mổ chiếm 0,4% (bảng 3). Nguyên nhân nhiễm khuẩn có thể là trong viên sỏi chứa một lượng vi khuẩn mà xét nghiệm trước mổ vẫn bình thường, khi sỏi tán vụn đã giải phóng vi khuẩn ra ngoài. Không có trường hợp nào nhiễm khuẩn huyết hay sốc nhiễm khuẩn. Để hạn chế các biến chứng, tất cả các bệnh nhân cần được kiểm soát tốt tình trạng nhiễm khuẩn trước mổ. Chúng tôi gặp 2 bệnh nhân phải truyền máu là do quá trình tạo đường hầm gặp khó khăn và do sỏi ăn sâu vào trong nhu mô thận cho nên quá trình tán và lấy sỏi đã gây chảy máu. Guler nghiên cứu 96 bệnh nhân có 10,4% biến chứng trong đó có 1 trường hợp tổn thương màng phổi; 2 trường hợp (2%) phải truyền máu; còn lại là biến chứng nhiễm khuẩn [5].

Bệnh nhân được kiểm tra lại sau mổ đánh giá tỷ lệ sạch sỏi bằng kết quả siêu âm và chụp x quang. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 97,3%; tỷ lệ sót sỏi sau mổ là 2,7% không có trường hợp nào phải tán sỏi qua da lần 2 hoặc áp dụng các phương pháp khác (bảng 4). Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao có thể do sỏi đài dưới thận đơn thuần, kích thước sỏi không quá lớn. Kết quả này tương đương với các kết quả nghiên cứu trên thế giới như Li MM nghiên cứu 103 bệnh nhân tỷ lệ sạch sỏi là 93,2% sau mổ [6].

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là $3,4 \pm 1,3$ ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình trong nghiên cứu là $3,7 \pm 1,4$ ngày, ngắn nhất 3 ngày và dài nhất 10 ngày (bảng 3). Kết quả này tương đương với các nghiên cứu trên thế giới như Guler nghiên cứu và báo cáo tán sỏi qua da đường hầm nhỏ lấy sỏi đài dưới thận có thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $2,9 \pm 1,1$ ngày [5]. Dongol UMS nghiên cứu 55 bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ là 4,1 ngày [3]. Chúng tôi tiến hành khám hẹn khám lại rút ống thông JJ với tất cả các bệnh nhân thời gian rút JJ trung bình là $25 \pm 1,8$ ngày.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng, định vị bằng siêu âm trong điều trị sỏi thận đài dưới, là một phương pháp an toàn, đạt hiệu quả cao, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn giúp bệnh nhân nhanh hồi phục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abdelhafez, M.F., J. Bedke, B. Amend, et al.** Minimally invasive percutaneous nephrolitholapaxy (PCNL) as an effective and safe procedure for large renal stones. *BJU Int*, 2012, 110(11 Pt C): p. E1022 – 6.
2. **Darrad M.P., Yallappa S., Metcalfe J. et al.** The natural history of asymptomatic calyceal stones. *BJU Int*, 2018. 122(2), 263 – 269.
3. **Dongol UMS, Sandeep Bohora.** Outcome of Percutaneous Nephrolithotomy in the Management of Lower Pole Stones . *J Nepal Health Res Counc*, 2018. Jul-Sep;16(40): 274 – 8.
4. **Fernstrom I và Johansson B.** Percutaneous pyelolithotomy: a new extraction technique, *Scand J Urol Nephrol.* 1976; 10 : 257 – 259.
5. **Guler Y** (2020). Comparison of RIRS and Mini-PCNL for 2-3 cm Renal Lower Calyx Stones. *Arch Urol*, 2020. 3: 007.
6. **Li MM, Yang HM, Liu XM.** Retrograde intrarenal surgery vs miniaturized percutaneous nephrolithotomy to treat lower pole renal stones 1.5–2.5 cm in diameter. *World J Clin Cases*, 2018. 6: 931 – 5.
7. **Pan, T., B. Liu, S. Wei, et al.** Flank-suspended versus prone percutaneous nephrolithotomy: changes of haemodynamics, arterial blood gases and subjective feelings. *Urologia*, 2015. 82(2): p. 102-5
8. **Skolarikos A., Straub M., Knoll T., et al.** Metabolic evaluation and recurrence prevention for urinary stone patients: EAU guidelines, *Eur Urol*, 2015. 67(4), pp. 750 – 763
9. **Turk, C., A. Petrik, K. Sarica, et al.** EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. *Eur Urol*, 2016. 69(3): p. 475 – 82.
10. **Zeng, G., Z. Zhao, S. Wan, et al.** Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for simple and complex renal caliceal stones: a comparative analysis of more than 10,000 cases. *J Endourol*, 2013. 27(10): p. 1203 - 8.
11. **Zhu, W., J. Li, J. Yuan, et al** (2017). A prospective and randomised trial comparing fluoroscopic, total ultrasonographic, and combined guidance for renal access in mini-percutaneous nephrolithotomy. *BJU Int*, 2017, 119(4): p. 612 – 618.
12. **Ziaee SA et al.** PCNL in the management of lower pole caliceal calculi. *Urol J*, 2004. Summer;1(3):174 – 6

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NỘI SOI BÓC U BÀNG QUANG NGUYÊN KHỐI TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Thanh Tuấn¹, Ngô Thị Mỹ¹,
Nguyễn Thị Phương Hoa², Đỗ Ngọc Thế¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp nội soi bóc u bàng quang nguyên khối điều trị u bàng quang nông

Đối tượng và phương pháp: 14 bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là u bàng quang dựa vào siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng, soi bàng quang và được phẫu thuật nội soi bóc u bàng quang nguyên khối qua niệu đạo từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023. Các chỉ số về các đặc điểm khối u: số lượng, vị trí, kích thước, kết quả giải phẫu bệnh, sự xuất hiện cơ detrusor trong mẫu bệnh phẩm, các tai biến và biến chứng phẫu thuật được đưa ra và nghiên cứu.

Kết quả: Kích thước u trung bình là 1,98 (cm). 11/14 trường hợp (chiếm 78,6%) là ung thư biểu mô đường niệu thể nhú. U có độ biệt hóa thấp chiếm tỷ lệ cao nhất 50% các trường hợp, độ biệt hóa cao là 28,6%, có 3 trường hợp viêm bàng quang mạn tính (21,4%). Có 10 trường hợp lấy được cơ detrusor trong mẫu bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh (chiếm 71,4%). 2 trường hợp có kích thích dây thần kinh bị trong mô. Không ghi nhận các tai biến, biến chứng nặng như thủng bàng quang, chảy máu cần truyền máu.

Kết luận: Kết quả bước đầu nội soi bóc u bàng quang nguyên khối (ERBT) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả so với phương pháp nội soi cắt u bàng quang quy ước (cTURBT) trong điều trị u bàng quang chưa xâm lấn cơ.

Từ khóa: bóc u bàng quang nguyên khối.

SUMMARY

ASSESSMENT OF INITIAL RESULTS OF THE EN BLOC RESECTION OF BLADDER TUMOR AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Evaluating the efficacy and safety of the en bloc resection of bladder tumor.

Materials and methods: 14 patients were diagnosed preoperatively as bladder tumors based on ultrasound, abdominal computed tomography, cystoscopy and underwent en bloc resection of bladder tumor from July 2022 to July 2023. The indicators of tumor characteristics include number, location, size, pathological results, the presence of detrusor muscle in the specimen, complications and surgical complications were included and studied.

Results: The average tumor size was 1.98 (cm). 11/14 cases (accounting for 78.6%) are papillary urothelial carcinoma. Tumors with low grade accounted for the highest rate of 50% of cases, with high grade of 28.6%, there were 3 cases of chronic cystitis (21.4%). There were 10 cases where the detrusor muscle was presented from the specimen for pathology (accounting for 71.4%). 2 cases with nerve irritation suffered during surgery. No serious complications, such

¹Trung tâm Tiết niệu và Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trung tâm Khám bệnh Đa khoa và Điều trị Theo yêu cầu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Thế

Email: dongocthe@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 18/6/2023

as bladder perforation, bleeding requiring blood transfusion.

Conclusion: Initial results of en bloc resection of bladder tumor (ERBT) at 108 Military Central Hospital show that this is a safety and effective surgical method compared to conventional transurethral resection of bladder tumor (cTURBT) in the treatment of non-muscle-invasive bladder cancer.

Keywords: En-bloc resection of the bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là bệnh ác tính tiết niệu thường gặp thứ hai và là bệnh ung thư phổ biến thứ chín trên toàn thế giới [1]. Ở Việt nam, ung thư bàng quang chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh lý ung thư đường tiết niệu. Theo thống kê của Globocan năm 2018, ở Việt Nam có 1502 ca mắc mới và 883 ca tử vong mỗi năm.

Tỷ lệ tái phát sau nội soi cắt u bàng quang qua niệu đạo khoảng 60% và khoảng 20% sẽ tiến triển qua giai đoạn xâm lấn cơ [2]. Do tỷ lệ tái phát cao, bệnh nhân mắc NMIBC cần được theo dõi nội soi bàng quang thường xuyên và thường cần can thiệp lại. Mặc dù tốc độ tiến triển của NIMBC tương đối thấp, một số tác giả [3] tin rằng có sự phân tán một lượng lớn các tế bào ung thư vào hệ thống tuần hoàn trong quá trình thực hiện kỹ thuật nội soi cắt u bàng quang theo phương pháp truyền thống (Piecemeal resection in fractions). Năm 2000, Ukai và cộng sự [4] đã phát triển một phương pháp TURBT mới để cải thiện chất lượng chẩn đoán mô học, với việc loại bỏ khối u và các tổ chức xung quanh một cách nguyên vẹn. Bỏ sót lớp cơ detrusor trong mẫu bệnh phẩm có liên quan với nguy cơ tái phát sớm. Theo đó, sự hiện diện của cơ detrusor trong mẫu bệnh phẩm được coi là một tiêu chí cho chất lượng phẫu thuật. Chính vì vậy, việc phát triển một kỹ thuật mới để có thể lấy được các

mẫu bệnh phẩm tốt nhất là rất quan trọng. Những nghiên cứu gần đây cho thấy rằng việc bóc u bàng quang nguyên khối (ERBT) làm tăng tần suất cơ detrusor hiện diện trong mẫu bệnh phẩm (đến 95%) [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán trước phẫu thuật là u bàng quang dựa vào siêu âm, cắt lớp vi tính ổ bụng, soi bàng quang và được phẫu thuật nội soi bóc u bàng quang nguyên khối qua niệu đạo từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca bệnh không có đối chứng.

- Các chỉ số thống kê chính bao gồm: Một số đặc điểm của bệnh nhân, kết quả giải phẫu bệnh, các tai biến của kỹ thuật.

- Chỉ định: Kỹ thuật bóc u bàng quang nguyên khối được chỉ định cho những trường hợp u bàng quang kích thước $\leq 3\text{cm}$, số lượng khối u ≤ 4 .

- Quy trình kỹ thuật nội soi bóc u bàng quang nguyên khối tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

+ Tiến hành vô cảm: Gây tê tùy sống hoặc gây mê nội khí quản.

+ Đặt tư thế bệnh nhân: tư thế sản khoa

+ Tiến hành đặt máy soi bàng quang, quan sát toàn bộ lòng bàng quang và ghi nhận đặc điểm khối u: Vị trí, số lượng, kích thước, hình thái khối u.

+ Sau đó thực hiện cắt đốt u bằng dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực: Cắt khoanh niêm mạc quanh $\frac{3}{4}$ chân - khối u ở phía trước và 2 bên, chiều rộng đường viền 5mm. Bóc tách lớp cơ bàng quang chân khối u bằng cơ học và cắt đốt cầm máu. Cắt viền niêm mạc bàng quang phía sau. Dùng anse gấp tròn khối u ra ngoài; bơm rửa bàng quang. Đốt cầm máu. Thu thập mẫu bệnh phẩm gửi xét nghiệm giải phẫu bệnh.

+ Sau khi kết thúc đặt thông niệu đạo bằng sonde Foley 3 chạc 22Fr.

2.3. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu:

- Các hoạt động trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến môi trường và sức khỏe bệnh

nhân, được bệnh nhân chấp nhận và tự nguyện tham gia.

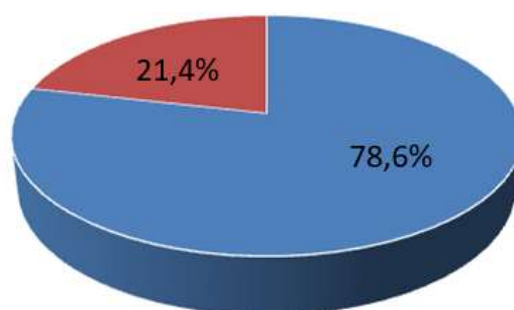
- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối (các mẫu phiếu bệnh án được mã hóa).

- Mọi thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho đề tài nghiên cứu, không sử dụng cho bất kì mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của u bàng quang

Kết quả GPB



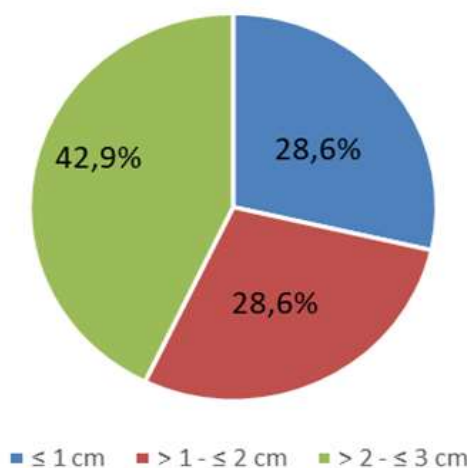
■ Ung thư biểu mô nhú đường niệu ■ Viêm BQ mạn

Biểu đồ 1. Kết quả giải phẫu bệnh

- Trong tổng số 14 trường hợp, có 3 trường hợp kết quả giải phẫu bệnh là viêm bàng quang mạn tính (chiếm 21,4%), còn lại 11 trường hợp là ung thư biểu mô đường niệu thể nhú.

- Số lượng u: Tất cả 14 trường hợp đều có 1 u bàng quang.

Nhóm kích thước u



■ ≤ 1 cm ■ > 1 - ≤ 2 cm ■ > 2 - ≤ 3 cm

Biểu đồ 2: Kích thước u

- Kích thước u trung bình là 1,98 (cm).
- Số u có kích thước $> 2 - \leq 3$ cm chiếm tỷ lệ cao nhất 42,9%

Bảng 1: Vị trí khối u

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thành bên bàng quang	8	57,1
Vị trí khác	6	42,9
Tổng	14	100

- Kết quả cho thấy vị trí u nằm ở thành bên chiếm đa số với 8 trường hợp chiếm 57,1%. U nằm ở vị trí khác là 6 trường hợp chiếm 42,9%.

Bảng 2: Độ biệt hóa

Độ biệt hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Độ biệt hóa thấp	7	50,0
Độ biệt hóa cao	4	28,6
Khác	3	21,4
Tổng	14	100.0

- U có độ biệt hóa thấp chiếm tỷ lệ cao nhất 50% các trường hợp.
- Có 3 trường hợp viêm bàng quang mạn tính (chiếm 21,4%).

Bảng 3: Sự xuất hiện của cơ detrusor

Cơ detrusor	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	10	71,4
Không	4	28,6
Tổng	14	100.0

- Có 10 trường hợp lấy được cơ detrusor trong mẫu bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh (chiếm 71,4%).

3.2. Các biến chứng trong và sau phẫu thuật

Bảng 4: Các biến chứng trong phẫu thuật

Biến chứng	Ghi nhận
Kích thích dây thần kinh bị	2 trường hợp
Chảy máu	0 trường hợp
Thủng bàng quang	0 trường hợp

- Trong quá trình phẫu thuật, với 14 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi hầu như không ghi nhận biến chứng gì đáng kể. Có 2 trường hợp ghi nhận kích thích dây thần kinh bị nhưng không dẫn đến chảy máu hoặc thủng bàng quang.

IV. BÀN LUẬN

Ung thư bàng quang là một trong hai bệnh lý ác tính thường gặp nhất ở đường tiết

niệu, chiếm khoảng 7% trong tất cả bệnh ung thư nói chung [6], ở Việt Nam với sự tiến bộ về mặt kỹ thuật và sự phổ biến rộng rãi kiến thức chăm sóc sức khỏe thì số trường hợp mới mắc được phát hiện sớm tăng lên. Trong vấn đề điều trị cho ung thư bàng quang nói chung và ung thư không xâm lấn cơ nói riêng thì cắt đốt qua ngả niệu đạo với điện đơn cực hiện nay vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng, tuy nhiên trong quá trình thực hiện đã ghi

nhận được các nguy cơ bất lợi như: chảy máu trong và sau mổ, phản xạ thần kinh bị, thủng bàng quang, nhiều trường hợp không thể cắt được hết u [7].

Ngoài ra với phương pháp cắt đốt qui ước (cTURBT) còn có hạn chế khác là khả năng cung cấp mẫu mô làm xét nghiệm giải phẫu bệnh không đạt được yêu cầu gây khó khăn cho việc định được chính xác giai đoạn bệnh [8].

Kết quả bước đầu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, thông qua khảo sát và

phân tích 14 trường hợp nội soi bóc u bàng quang nguyên khối được thực hiện tại Khoa Tiết niệu dưới chúng tôi nhận thấy có một số ưu điểm đáng quan tâm. Điều đó được thể hiện trong phần bàn luận sau.

4.1. Đặc điểm của u bàng quang

Trong 14 trường hợp của nghiên cứu này, ghi nhận kích thước u trung bình: 1,98 (cm), khá tương đồng với 2 tác giả Zhang J là $2,42 \pm 1,34$ và Nguyễn Thanh Mộng là $1,96 \pm 0,57$.

Bảng 5: So sánh kết quả nghiên cứu

Đặc điểm	Chúng tôi N=14	Zhang J (2018) N=82 [9]	Mộng (2020) N=47
Kích thước	1,98	$2,42 \pm 1,34$	$1,96 \pm 0,57$
Thành bên	8/14 (57,1%)	54 (65,8%)	25 (53,2%)
Khác	6/14 (42,9%)	38 (46,2%)	22 (46,8%)
Biệt hóa thấp	7/14 50%	6,1%	19,1%
Biệt hóa vừa	0%	62,2%	25,5%
Biệt hóa cao	4/14 28,6%	31,7%	55,3%
	(Có 3/14 trường hợp GPB là viêm bàng quang mạn tính)		

Vị trí u ở 2 thành bên là 57,1% cũng khá tương đồng với các tác giả khác Zhang J (65,8%) và Nguyễn Thanh Mộng (53,2%), chiếm trên 50%.

Trong loạt trường hợp được thực hiện kỹ thuật bóc u bàng quang nguyên khối của chúng tôi, có 71,4% có hiện diện cơ detrusor trong diện cắt. Tỷ lệ này thấp hơn so với tác giả khác như Zhang J và Nguyễn Thanh Mộng có trên 98% có sự hiện diện của mô cơ trong mẫu bệnh phẩm cắt được. Tỷ lệ lấy được mẫu mô cơ thấp có thể do kỹ thuật bóc u bàng quang nguyên khối mới được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội

108, chưa có sự phối hợp tốt giữa phẫu thuật viên và bác sỹ khoa giải phẫu bệnh.

4.2. Các tai biến biến chứng sau phẫu thuật. Có 2 trường hợp kích thích dây thần kinh bị trong mổ nhưng không dẫn đến biến chứng thủng bàng quang hay chảy máu sau mổ. Các trường hợp còn lại đều không xảy ra các tai biến biến chứng sau mổ. Kết quả này tương tự với các tác giả khác thực hiện ERBT bằng dao điện lưỡng cực của Zhang J [9]. Tỷ lệ này tốt hơn so với các tác giả thực hiện nội soi cắt u bàng quang quy ước như tác giả Nieder AM [7] tỷ lệ này lần lượt là 2,3% và 3,5%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu nội soi bóc u bàng quang nguyên khối (ERBT) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 cho thấy đây là một phương pháp phẫu thuật an toàn và hiệu quả so với phương pháp nội soi cắt u bàng quang quy ước (cTURBT) trong điều trị u bàng quang chưa xâm lấn cơ. Tỷ lệ có cơ detrusor trong mẫu mô là 71%, không có tai biến-biến chứng trong và sau phẫu thuật ở loạt bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sebastien Antoni** (2017), "Bladder cancer incidence and mortality: a global overview and recent trends", *European urology*. 71(1), 96-108.
2. **Samantha Cambier** (2016), "EORTC nomograms and risk groups for predicting recurrence, progression, and disease-specific and overall survival in non-muscle-invasive stage Ta-T1 urothelial bladder cancer patients treated with 1-3 years of maintenance bacillus Calmette-Guérin", *European urology*. 69(1), 60-69.
3. **Helgi Engilbertsson** (2015), "Transurethral bladder tumor resection can cause seeding of cancer cells into the bloodstream", *The Journal of urology*. 193(1), 53-57.
4. **Rinzo Ukai, Eiso Kawashita Hiroshi Ikeda** (2000), "A new technique for transurethral resection of superficial bladder tumor in 1 piece", *The Journal of urology*. 163(3), 878-879.
5. **GEORGIANA XENIA Bălan** (2018), "Bipolar en bloc tumor resection versus standard monopolar TURBT-which is the best way to go in non-invasive bladder cancer", *Rom J Morphol Embryol*. 59(3), 773-780.
6. **Steven C Campbell Brian R Lane** (2012), "Malignant renal tumors", *Campbell-Walsh Urology*, 1413-1474. e33.
7. **Alan M Nieder** (2005), "Transurethral bladder tumor resection: intraoperative and postoperative complications in a residency setting", *The Journal of urology*. 174(6), 2307-2309.
8. **Charles C Guo** (2021), Contribution of bladder cancer pathology assessment in planning clinical trials, *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, Elsevier, 713-719.
9. **Junfeng Zhang** (2018), "Transurethral en bloc resection with bipolar button electrode for non-muscle invasive bladder cancer", *International Urology and Nephrology*. 50, 619-623.

LIÊN QUAN GIỮA ĐẶC ĐIỂM MẠCH CHẬU VÀ KỸ THUẬT KHÂU NỐI MẠCH MÁU Ở NGƯỜI BỆNH NHẬN THẬN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Lê Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm động mạch, tĩnh mạch chậu và liên quan giữa đặc điểm mạch chậu với kỹ thuật khâu nối mạch máu ở người bệnh được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103.

Đối tượng và phương pháp: Gồm 221 người bệnh được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống từ tháng 01/2020 đến 12/2021. Phương pháp: mô tả cắt ngang không so sánh.

Kết quả: Tuổi từ 18 đến 68, tỷ lệ nam/nữ: 68,7%/31,3%. Trên siêu âm Doppler: đường kính trung bình động mạch chậu trong: $6,21 \pm 1,32$ mm, động mạch chậu ngoài: $7,55 \pm 1,15$ mm, động mạch chậu chung: $9,80 \pm 1,70$ mm, phát hiện có xơ vữa động mạch chậu: 7,7%. Trong phẫu thuật: thành động mạch dày, chắc và cứng, có mảng vôi hóa: chậu trong 14,1%, chậu ngoài: 10%; mức độ xơ vữa sau khi cắt/mở động mạch: mức 1: 24,4%, mức 2: 13,1%, mức 3: 2,3%, tỷ lệ xơ vữa động mạch tăng theo tuổi và thời gian chạy thận nhân tạo. Tĩnh mạch chậu ngoài: Thành tĩnh mạch dày: 6,8%, thành mạch xơ cứng, teo nhỏ: 1,4%, có mảng huyết khối hóa giáng khi mở lòng tĩnh mạch: 2,3%. Kỹ thuật khâu nối mạch máu có bất thường động mạch:

lấy mảnh vữa xơ trong lòng mạch: 4,5%, khâu tăng cường thành động mạch: 6,3%, cỡ chỉ khâu mạch máu 6.0: 81,9%, chỉ 7.0: 18,1%. Tĩnh mạch: nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu chung kiểu tận-bên: 1,4%, vị trí khâu nối tĩnh mạch chậu có van tĩnh mạch: 25,8%, 100% cắt van tĩnh mạch trước khi khâu nối, cỡ chỉ khâu mạch máu: chỉ 6.0: 74,2%, chỉ 7.0: 25,8%.

Kết luận: Siêu âm trước phẫu thuật ở người bệnh nhận thận phát hiện có xơ vữa động mạch: 7,7%. Trong mổ: bất thường thành động mạch chậu trong: 34,4%, chậu ngoài: 11,8%, bất thường thành tĩnh mạch chậu ngoài: 12,7%. Có mảng huyết khối thoái hóa khi mở lòng tĩnh mạch: 2,3%. Đặc điểm mạch chậu của người nhận có ảnh hưởng đến kỹ thuật khâu nối mạch máu và đánh giá kết quả lâu dài của người bệnh, những người bệnh tuổi cao, thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép dài và có nhiều bệnh kết hợp cần được theo dõi về mạch máu thận ghép một cách lâu dài và cẩn thận.

Từ khóa: ghép thận, đặc điểm mạch chậu, kỹ thuật khâu nối mạch máu.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN ILIAC VESSEL CHARACTERISTICS AND VASCULAR ANASTOMOSIS TECHNIQUES IN RECIPIENTS AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: Describe some characteristics of iliac artery, iliac vein and the relationship between iliac vessel characteristics and vascular anastomosis technique of patients undergoing

¹Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

ĐT: 0903231797

Email: leanhtuan103@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

kidney transplant from living donors at Military Hospital 103.

Subjects and methods: Include 221 patients who underwent kidney transplant from living donors from January 2020 to December 2021. Research methods: non-comparative cross-sectional description.

Results: Age from 18 to 68, male/female: 68.7%/31.3%. In Doppler ultrasound: mean diameter of internal iliac artery: 6.21 ± 1.32 mm, external iliac artery: 7.55 ± 1.15 mm, common iliac artery: 9.80 ± 1.70 mm, found to have atherosclerosis: 7.7%. In surgery: arterial wall thick, firm and hard, with calcified plaque: internal iliac 14.1%, external iliac: 10%. The degree of atherosclerosis after arterectomy/opening: level 1: 24.4%, level 2: 13.1%, level 3: 2.3%, the rate of atherosclerosis increases with age and duration of dialysis. External iliac vein: vein wall thickening: 6.8%, sclerosis, atrophy: 1.4%, with thrombus when opening the vein: 2.3%. Technique of arterial anastomosis with iliac arterial abnormalities: remove intravascular atherosclerotic fragmentation: 4.5%, arterial wall strengthening sutures: 6.3%, vascular suture size 6.0: 81.9%, 7.0: 18.1%. Vein: renal vein anastomosis with common iliac vein end-to-side: 1.4%, position of iliac vein anastomosis has venous valve: 25.8%, vascular suture size: 6.0: 74, 2%, 7.0: 25.8%.

Conclusion: found to have atherosclerosis in ultrasound before surgery: 7.7%. Intraoperative: abnormal wall of internal iliac artery: 34.4%, external iliac artery: 11.8%, abnormal wall of external iliac vein: 12.7%. In kidney transplant, the vessel anastomosis technique depends on the recipient's characteristics of iliac vessel. Patients with advanced age, long duration hemodialysis and have multiple comorbidities should be monitored of renal vascular long-term and careful.

Keywords: kidney transplant, iliac vessel characteristics, vascular anastomosis technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một phương pháp thay thế tốt nhất cho các bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối. Trong ghép thận có nhiều kỹ thuật khác nhau, khâu nối mạch máu là kỹ thuật rất quan trọng, có thể nói là khâu máu chốt để đạt được thành công cho cuộc mổ. Mặc dù kỹ thuật ghép thận đã được chuẩn hóa nhiều nhưng trong quá trình phẫu thuật vẫn có những thay đổi tùy theo đặc điểm của từng trường hợp, đặc biệt là đặc điểm mạch máu của thận ghép và mạch chậu của người nhận.

Nghiên cứu về đặc điểm mạch máu vùng chậu của người nhận là cần thiết để chủ động trong lựa chọn kỹ thuật khâu khâu nối và làm giảm các biến chứng mạch máu. Mục tiêu của nghiên cứu này: Mô tả một số đặc điểm động mạch, tĩnh mạch chậu và mối liên quan giữa đặc điểm mạch chậu với kỹ thuật khâu nối mạch máu ở người nhận thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 221 người bệnh suy thận mạn tính được phẫu thuật ghép thận từ người cho sống từ 01/2020 đến 12/2021 tại Bệnh viện Quân y 103.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Tiến cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng.

- Trước phẫu thuật: Đánh giá một số đặc điểm và tình trạng xơ động mạch chậu trên siêu âm Doppler.

- Trong quá trình phẫu thuật:

+ Đánh giá thành động mạch chậu sau khi phẫu tích: thành động mạch mềm mại, thành động mạch dày cứng, sờ có mảng vữa xơ, thành mạch cứng, sờ có mảng vôi hóa.

Bảng 2.1. Tình trạng xơ động mạch theo phân loại của Vũ Công Hòe [1]:

Mức độ xơ	Tổn thương áo trong động mạch
Mức I	Chấm nhỏ, dài mỏng vàng nhạt
Mức II	Mảng xơ trắng hoặc vàng
Mức III	Mảng xơ có lắng vôi rắn cứng
Mức IV	Mảng xơ bị loét, chảy máu do huyết khối

+ Đánh giá tĩnh mạch chậu ngoài: thành mềm mại, xơ cứng, teo nhỏ, có huyết khối khi mở lòng mạch?

- Kỹ thuật khâu nối mạch máu liên quan đến đặc điểm mạch chậu người nhận.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0.

Trong đó Nam: 152 trường hợp (68,7%), Nữ: 69 trường hợp (31,3%).

3.1. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận thận

- Đặc điểm động mạch chậu trên siêu âm Doppler:

+ Đường kính động mạch chậu trên siêu âm Doppler:

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 221 người bệnh nhận thận, tuổi nhỏ nhất là 18 và lớn nhất là 66.

Bảng 3.1: Đường kính của động mạch chậu trên siêu âm Doppler trước mổ

Đường kính	$\bar{X} \pm SD$ (mm)	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)
Động mạch chậu trong	6.21±1.32	3.6	11.0
Động mạch chậu ngoài	7.55±1.15	5.1	11.5
Động mạch chậu chung	9.80±1.70	6.2	15.0

+ Tình trạng xơ động mạch chậu trên siêu âm Doppler :

. Có 17 trường hợp có xơ động mạch chậu (7,7%).

. Xơ gây hẹp lòng mạch từ 10%-31%.

- Đặc điểm động mạch chậu trong phẫu thuật:

Bảng 3.2: Đặc điểm thành động mạch chậu sau khi phẫu thuật

Đặc điểm	Động mạch chậu trong (%)	Động mạch chậu ngoài (%)
Thành mềm mại	145(65,6%)	195(88,2%)
Sờ có mảng xơ	45(20,3%)	04(1,8%)
Thành mạch dày, chắc	21(9,6%)	17(7,7%)
Thành mạch cứng, sờ có mảng vôi hóa	10(4,5%)	05(2,3%)
Tổng	221(100%)	221(100%)

Nhận xét: trong phẫu thuật thấy có 76 trường hợp (34,4%) có bất thường thành động mạch, trong đó 26 trường hợp (11,8%) có bất thường của cả động mạch chậu ngoài và động mạch chậu trong.

Đánh giá mức độ xơ vữa sau khi cắt/mở

động mạch: Các trường hợp xơ vữa của chúng tôi ở mức 1 đến mức III. Mức 1: 54 trường hợp (61,4%), mức 2: 29 trường hợp (32,9%), mức 3: 05 trường hợp (5,7%). Có 8 trường hợp thành mạch mềm mại, tuy nhiên khi mở mạch thấy có xơ vữa mức độ 1.

Bảng 3.3: Liên quan xơ vữa mạch máu với nguyên nhân gây suy thận mạn

Nguyên nhân	Mức 1	Mức 2	Mức 3	Tổng
Viêm cầu thận mạn	52(74,3%)	18(25,7%)	0	70(100%)
Tăng huyết áp	0	0	02(100%)	02(100%)
Đái tháo đường	0	09(75%)	03(25%)	12(100%)
Khác	02(50%)	02(50)	0	04(100%)
Tổng	54(61,4%)	29(32,9%)	05(5,7%)	88(100%)

Trong các nguyên nhân gây suy thận mạn tính thì 100% người bệnh bị đái tháo đường và tăng huyết áp đều bị xơ vữa động mạch, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

Tỷ lệ xơ vữa động mạch tăng theo tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ xơ vữa động mạch ở nam nhiều hơn nữ không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Thời gian chạy thận nhân tạo càng lâu, tỷ lệ xơ vữa động mạch càng cao có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. 100% người bệnh có thời gian chạy thận nhân tạo lớn hơn 5 năm động mạch đều bị xơ vữa hoặc xơ cứng.

- Đặc điểm tĩnh mạch chậu ngoài: thông thường tĩnh mạch chậu khó đánh giá qua siêu âm Doppler mạch chậu mà chỉ đánh giá được trong phẫu thuật.

Đặc điểm thành tĩnh mạch chậu ngoài sau khi phẫu tích:

+ Thành tĩnh mạch mềm mại: 193 trường hợp (87,3%).

+ Thành tĩnh mạch dày: 25 (11,3%)

+ Thành mạch xơ cứng, teo nhỏ: 3 trường hợp (1,4%).

Có mảng huyết khối thoái hóa khi mở lòng tĩnh mạch: 5 trường hợp (2,3%)

100% trường hợp có bất thường tĩnh mạch đều đã được đặt catheter tĩnh mạch đùi để chạy thận nhân tạo.

3.2. Kỹ thuật khâu nối mạch máu liên quan đến đặc điểm mạch chậu

- Kỹ thuật khâu nối động mạch:

+ Vị trí nối mạch chính của thận ghép:

Bảng 3.4: Vị trí khâu nối động mạch chính nuôi thận với động mạch chậu

Kỹ thuật khâu nối động mạch	Số lượng	Tỷ lệ
Tận - Tận với động mạch chậu trong	125	56,6%%
Tận – Bên với động mạch chậu ngoài	89	40,3%
Tận – Bên với động mạch chậu chung	07	3,1%
Cộng	221	100 %

Nhận xét: tỷ lệ khâu nối động mạch thận với động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài gần tương đương nhau.

+ Lấy mảnh vữa xơ trong lòng mạch: 10 trường hợp (4,5%).

+ Khâu tăng cường thành động mạch: 14 trường hợp (6,3%).

+ Cỡ chỉ khâu: chỉ mạch máu 6.0: 181 trường hợp (81,9%), chỉ 7.0: 40 trường hợp (18,1%).

- Kỹ thuật khâu nối tĩnh mạch:

+ Vị trí khâu nối tĩnh mạch thận ghép với tĩnh mạch chậu:

Nổi tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu ngoài kiểu tận-bên: 218 trường hợp (98,6%).

Nổi tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu chung kiểu tận-bên: 03 trường hợp (1,4%).

+ Vị trí khâu nối tĩnh mạch chậu có van tĩnh mạch: 57 trường hợp (25,8%).

+ Cỡ chỉ khâu: chỉ 6.0: 164 trường hợp (74,2%), chỉ 7.0: 57 trường hợp (25,8%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận thận

Trên siêu âm Doppler trước mổ:

Trên siêu âm Doppler có thể đo được kích thước động mạch chậu chung, chậu trong, chậu ngoài qua đó có thể so sánh với động mạch thận của người cho để có thể sơ bộ tính toán định hướng khâu nối động mạch.

Tuy nhiên, chỉ phát hiện được 7,7% trường hợp có mảng xơ vữa trong lòng mạch, chúng tôi cũng đã có nghiên cứu và thấy rằng tỷ lệ phát hiện mảng xơ vữa trong lòng mạch trên siêu âm Doppler thường thấp [2].

Các trường hợp phát hiện mảng xơ vữa trong lòng mạch trên siêu âm Doppler trong phẫu thuật có thể sờ thấy mảng xơ vữa cả trong động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài. Hiện nay, với các trường hợp nghi ngờ có xơ vữa trong lòng mạch trên siêu âm Doppler chúng tôi cho chụp cắt lớp đa dãy để đánh giá mạch máu trước ghép.

Đặc điểm động mạch trong phẫu thuật:

Sau khi phẫu tích động mạch chậu chúng tôi thấy: Thành động mạch mềm mại: 88,2% ở động mạch chậu ngoài và 65,6% ở động mạch chậu trong, bất thường thành động mạch: 34,4%, thường khi động mạch chậu

ngoài xơ chắc thì động mạch chậu trong cũng bị và thường có mảng xơ vữa trong lòng mạch.

- Sau khi cắt/mở động mạch: chúng tôi quan sát thấy 88 trường hợp (39,8%) lòng động mạch bất thường: nội mạc màu vàng, có mảng xơ vữa...

Căn cứ vào bảng phân loại vữa xơ động mạch của tổ chức y tế thế giới 1958 và theo Vũ Công Hoè: cách phân loại vữa xơ động mạch căn cứ vào hình thái đại thể của mảng vữa xơ là đơn giản, nhanh nhất và cũng đạt độ chính xác nhất định, tuy nhiên việc phân loại về đại thể chỉ thực hiện dễ dàng ở các mạch máu lớn. Kết quả của chúng tôi các trường hợp xơ vữa của chúng tôi ở mức 1 đến mức III. Tình trạng xơ vữa mạch máu là một trong các yếu tố tiên lượng, đánh giá kết quả lâu dài của người bệnh [4].

- Một số yếu tố ảnh hưởng đến xơ vữa động mạch:

+ Nguyên nhân gây suy thận mạn tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% người bệnh bị đái tháo đường và tăng huyết áp đều bị xơ vữa động mạch, giống như tác giả Kasister, Fellstro và cộng sự nhận thấy huyết áp cao, đái tháo đường là một trong các nguy cơ gây xơ vữa động mạch [4,7].

+ Thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép: tất cả người bệnh có thời gian chạy thận nhân tạo trên 5 năm đều có xơ vữa động mạch, thời gian chạy thận nhân tạo càng lâu tỷ lệ xơ vữa động mạch càng cao. Theo chúng tôi ở những người bệnh có thời gian chạy thận nhân tạo lâu cần chụp CT đa dãy để đánh giá tình trạng mạch trước ghép. Theo Galazka và nhiều tác giả khác: xơ vữa động

mạch là phổ biến ở người bệnh bị bệnh thận giai đoạn cuối khi lọc máu [5,8].

Đặc điểm tĩnh mạch trong phẫu thuật:

- Tĩnh mạch chậu rất khó đánh giá qua siêu âm Doppler mạch chậu trước mổ mà chỉ đánh giá được trong phẫu thuật.

- Trong phẫu thuật chúng tôi thấy: Thành tĩnh mạch mềm mại: 87,3%, bất thường tĩnh mạch: 12,7% trong đó thành tĩnh mạch xơ cứng, teo nhỏ: 1,4%. Có mảng huyết khối thoái hóa khi mở lòng tĩnh mạch: 2,3%.

- 100% trường hợp có bất thường tĩnh mạch đều đã được đặt catheter tĩnh mạch đùi để chạy thận nhân tạo, 3 trường hợp tĩnh mạch teo nhỏ đều có thời gian lưu catheter trên 1 tháng.

Thường tĩnh mạch chậu ít có bất thường hơn động mạch, tuy nhiên khi có bất thường sẽ khó khăn hơn cho phẫu thuật.

4.2. Đặc điểm mạch máu vùng chậu người nhận thận liên quan đến kỹ thuật khâu nối mạch máu

Động mạch chậu:

Từ kết quả thăm dò mạch chậu trên siêu âm Doppler trước phẫu thuật chúng tôi có thể dựa vào đặc điểm của động mạch thận ghép của người hiến dự kiến lấy từ đó sơ bộ tính toán định hướng sử dụng kỹ thuật khâu nối động mạch thận ghép với động mạch chậu người nhận.

Với kỹ thuật khâu nối động mạch có 2 sự lựa chọn, đó là: Nối động mạch thận tận-tận với động mạch chậu trong hoặc tận bên với động mạch chậu ngoài hoặc động mạch chậu chung [6,9]. Xu hướng hiện nay khâu nối động mạch chủ yếu là nối với động mạch chậu ngoài, tuy nhiên tại Bệnh viện Quân y 103 chúng tôi vẫn thực hiện khâu nối động

mạch thận với cả động mạch chậu trong và ngoài, với những trường hợp động mạch chậu trong mềm mại miệng nối động mạch chính nuôi thận nối với động mạch chậu trong, với những trường hợp động mạch chậu trong có mảng xơ vữa, thành mạch cứng chắc hoặc ở những bệnh nhân nhận thận có tuổi cao, chạy thận lâu thì khâu nối với động mạch chậu ngoài.

Các trường hợp thành động mạch vô hóa chúng tôi sử dụng bulldog để kẹp mạch, khi mở mạch dùng đột mạch máu, với các trường hợp có xơ vữa sau khi mở lòng mạch mà lớp nội mạch không tốt có nguy cơ lóc tách chúng tôi phải sử dụng chỉ 7.0 khâu tăng cường thành mạch trước khi khâu nối. Các trường hợp khác, mảng xơ vữa kích thước nhỏ, thành mạch mềm mại, lấy hết mảng xơ vữa trước khi thực hiện khâu nối. Theo một số tác giả tình trạng xơ vữa động mạch chậu có liên quan đến sự phức tạp trong phẫu thuật và ảnh hưởng làm chậm chức năng thận ghép trên bệnh nhân ghép thận [7].

Tĩnh mạch chậu:

Trong ghép thận, miệng nối tĩnh mạch thường được thực hiện đầu tiên bằng khâu nối tận-bên tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu gốc hoặc tĩnh mạch chậu ngoài, việc khâu nối với tĩnh mạch chậu gốc hay chậu ngoài phụ thuộc vào độ dài của tĩnh mạch thận và đặc điểm tĩnh mạch chậu [6,9].

Trong nghiên cứu tĩnh mạch chậu ngoài có 3 trường hợp phát hiện có huyết khối đã được lấy huyết khối trước khi thực hiện khâu nối. 3 trường hợp tĩnh mạch chậu ngoài xơ hóa, teo nhỏ, không đảm bảo lưu lượng máu trở về do đó chúng tôi đã nối tĩnh mạch thận với tĩnh mạch chậu chung.

Van tĩnh mạch tại vị trí khâu nối: những trường hợp bệnh nhân có van tại vị trí khâu nối. Khi thực hiện khâu nối cần cắt lá van tĩnh mạch, thành tĩnh mạch tại vị trí có van thường rất mỏng, do vậy khi khâu nối chúng tôi thường sử dụng chỉ 7.0 và chú ý đến kỹ thuật khâu nối vì rất dễ rách thành mạch gây chảy máu.

V. KẾT LUẬN

Trên siêu âm Doppler trước phẫu thuật ở người bệnh nhận thận: đường kính trung bình động mạch chậu trong: $6,21 \pm 1,32$ mm, động mạch chậu ngoài: $7,55 \pm 1,15$ mm, động mạch chậu chung: $9,80 \pm 1,70$ mm, phát hiện có xơ vữa động mạch: 7,7%. Trong mổ: bất thường thành động mạch chậu trong: 34,4%, chậu ngoài: 11,8%, bất thường thành tĩnh mạch chậu ngoài: 12,7%. Có mảng huyết khối thoái hóa khi mở lòng tĩnh mạch: 2,3%. Đặc điểm mạch chậu của người nhận có ảnh hưởng đến kỹ thuật khâu nối mạch máu và đánh giá kết quả lâu dài của người bệnh, những người bệnh tuổi cao, thời gian chạy thận nhân tạo trước ghép dài và có nhiều bệnh kết hợp cần được theo dõi về mạch máu thận ghép một cách lâu dài và cẩn thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Công Hoà và cộng sự (1980).** Xơ mỡ động mạch – Nội san hội giải phẫu và pháp

y, 3-5.

2. **Lê Anh Tuấn và cộng sự (2018).** Đặc điểm mạch chậu và một số yếu tố liên quan đến xơ vữa động mạch ở người bệnh nhận thận tại Bệnh viện Quân y 103. Tạp chí Y dược học quân sự, Vol 43, 52-47.
3. **David A. Goldfarb, Stuart M.F, Charles S.Modlin (2003)** “ Renal transplantation” Operative urology, p. 121- 132.
4. **Fellstro B, Backman U, Larsson E and Wahlberg J (1998)** . Accelerated atherosclerosis in the transplant recipient: role of hypertension. Journal of Human Hypertension; 12, 851–854.
5. **Galazka Z et al (2011).** Is severe atherosclerosis in the aortoiliac region a contraindication for kidney transplantation? Transplant Proc;43(8):2908-10.
6. **John M.Barry, Peter J.Morris (2001).** Surgical techniques of renal transplantation. Kidney transplantation principles and practice , Peter J.Morris, 5th Ed, p.159-171.
7. **Kasister BL (1988).** Risk factors for accelerated atherosclerosis in renal transplant recipients, Am J Med ;84(6):985-92.
8. **Lin H.T, Liu F.C, Lin J.R., et al., (2018).** Impact of the pretransplant dialysis modality on kidney transplantation outcomes: a nationwide cohort study. BMJ Open; 8: e020558.
9. **Rodríguez F.O, Boissier R, Budde K., et al., (2018).** European Association of Urology Guidelines on Renal Transplantation: Update 2018. European Urology Focus; 4: 208–215.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA GEN CYP3A5 VỚI NỒNG ĐỘ TACROLIMUS CỦA BỆNH NHÂN GHEP THẬN TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Trần Minh Tuấn¹, Nguyễn Quang Nghĩa¹,
Lê Nguyễn Vũ^{1,2}, Đỗ Hải Đăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá vai trò của gen CYP3A5 với nồng độ Tacrolimus của bệnh nhân ghép thận từ người hiến sống tại Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: Các bệnh nhân được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2021.

Kết quả: Tỷ lệ mang kiểu gen đồng hợp tử *3/*3 là 50,0%; dị hợp tử *1/*3 là 39,5%. 10,5% BN mang kiểu gen *1/*1. Tỷ lệ nam:nữ là 1,6/1. Nhóm tuổi 30-40 chiếm đa số (29,1%). 93,0% BN suy thận mạn do viêm cầu thận mạn, tỷ lệ lọc máu chu kỳ là 82,6%; tỷ lệ bảo tồn là 15,1%. Hòa hợp HLA 3/6 chiếm 43,0%, sau đó là 2/6 (20,9%); Không có sự khác biệt về nồng độ ure và creatinine tại các thời gian khác nhau sau ghép thận ($p>0,05$). Tuy nhiên có sự khác biệt về giá trị C0/D giữa nhóm mang allele CYP3A5*1 và CYP3A5*3 tại thời điểm ngày 1, 3, 7, 14 và tháng 1, 2, 6 và 12 sau ghép ($p<0,05$).

Kết luận: Gen CYP3A5 ảnh hưởng đến chuyển hóa của tacrolimus, xét nghiệm thường quy gen CYP3A5 có thể được cân nhắc nhằm tăng kết quả điều trị và hạn chế biến chứng ghép thận.

Từ khóa: Gen CYP3A5, tacrolimus, ghép thận.

SUMMARY

ROLE OF THE CYP3A5 POLYMORPHISMS IN THE TACROLIMUS CONCENTRATION OF KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS FROM LIVING DONORS AT THE ORGAN TRANSPLANT CENTER - VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Tacrolimus, a calcineurin inhibitor, is currently the most widely used drug. Recently, factors influencing the metabolism of tacrolimus, including the CYP3A5 gene, have gained increasing attention. This study aims to evaluate the role of the CYP3A5 polymorphisms in the tacrolimus levels of kidney transplant patients from living donors at the Organ Transplant Center, Viet Duc University Hospital.

Patients and Methods: The study included kidney transplant patients from living donors at Viet Duc University Hospital from January 2018 to December 2021.

Results: The proportion of homozygous *3/*3 genotype was 50.0%; heterozygous *1/*3 genotype was 39.5%. 10.5% of the patients had the 1/1 genotype. The male-to-female ratio was 1.6:1. The age group of 30-40 years accounted for the majority (29.1%). 93.0% of the patients

¹Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bộ môn Ngoại Tiết niệu-Nam học-Y học giới tính, Trường Đại học Y, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Tuấn

ĐT: 0912125374

Email: tuantran78@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/5/2023

Ngày phản biện: 31/5/2023

Ngày duyệt đăng: 9/6/2023

had chronic kidney disease due to chronic glomerulonephritis, with 82.6% underwent hemodialysis and a preservation rate of 15.1%. HLA matching of 3/6 was observed in 43.0% of the cases, followed by 2/6 (20.9%). There was no significant difference in urea and creatinine levels after kidney transplantation ($p>0.05$). However, there was a significant difference in the C0/D value between the CYP3A5*1 and CYP3A5*3 allele groups at day 1, 3, 7, 14, and month 1, 2, 6, and 12 post-transplantation ($p<0.05$).

Conclusion: The CYP3A5 polymorphisms has an impact on the metabolism of tacrolimus. Routine testing of the CYP3A5 gene could be considered to improve treatment outcomes and minimize complications in kidney transplantation.

Keywords: CYP3A5 polymorphisms, tacrolimus, kidney transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là biện pháp điều trị tối ưu nhất cho các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Tacrolimus, một chất ức chế calcineurin, là thuốc được sử dụng phổ biến nhất hiện nay ở các trung tâm ghép thận trên thế giới. Điều chỉnh liều thuốc theo phác đồ là công việc cần thực hiện thường xuyên nhằm cân bằng nguy cơ thải ghép và hạn chế độc tính và các tác dụng phụ của thuốc. Nhiều yếu tố đã được xác định là có ảnh hưởng đến nồng độ thuốc tacrolimus. Trong đó gần đây yếu tố liên quan đến gen CYP3A5 đang ngày càng được quan tâm. Tính đa hình đơn nucleotide (single nucleotide polymorphisms) của CYP3A5 gây ảnh hưởng khoảng 40-50% các trường hợp chuyển hóa và thanh thải tacrolimus. Tại Việt Nam, số lượng các trung tâm ghép tạng ngày càng tăng lên và nhu cầu ghép thận của các bệnh nhân cũng ngày càng lớn hơn, đòi

hỏi các yêu cầu lớn hơn nhằm tăng chất lượng thận ghép. Tuy vậy, xác định liều khởi đầu của tacrolimus hiện nay vẫn dựa chủ yếu trên liều khởi đầu thông thường và chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về tỉ lệ gặp và vai trò của gen CYP3A5 đối với bệnh nhân ghép thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng gồm các bệnh nhân được ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Đã được ghép thận từ người hiến sống tại bệnh viện Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2021 được theo dõi tại phòng khám ghép tạng P242.

- Được xác định kiểu gen CYP3A5.

- Tham gia một cách tự nguyện.

- Có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không theo dõi định kỳ hoặc không tuân thủ theo phác đồ điều trị chuẩn.

- Không dùng Tacrolimus sau ghép.

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

Tiêu chí nghiên cứu:

- Tuổi, giới, BMI. Tình trạng trước ghép (nguyên nhân, điều trị), nhóm máu, viêm gan, tiền miễn cảm, hòa hợp HLA. Thuốc ức chế miễn dịch: cellcept, myfortic, certican...

- Dạng biến thể kiểu gen CYP3A5: CYP3A5*1/*1; CYP3A5*1/*3; CYP3A5*3/*3. Tỉ lệ nồng độ đáy C0 và liều tacrolimus trung bình hiệu chỉnh theo cân nặng (C0/D-adjusted) sau ngày 3, 7, 14, sau 1 tháng, 2 tháng, 6 tháng, 12 tháng sau ghép.

- Kỹ thuật xác định kiểu gen CYP3A5: phối hợp với công ty Gentis (Công ty cổ phần dịch vụ phân tích di truyền) xác định kiểu gen.

2.3. Đạo đức nghiên cứu:

- Các hoạt động trong nghiên cứu không ảnh hưởng đến môi trường và sức khỏe bệnh nhân, được bệnh nhân chấp nhận và tự nguyện tham gia.

- Mọi thông tin cá nhân của đối tượng tham gia nghiên cứu đều được bảo mật tuyệt đối (các mẫu phiếu bệnh án được mã hóa).

- Mọi thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho đề tài nghiên cứu, không sử dụng cho bất kỳ mục đích nào khác.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý theo chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 - tháng 12/2021, chúng tôi thu thập được 86 BN ghép thận từ người cho sống và xét nghiệm xác định kiểu gen CYP3A5, kết quả như sau:

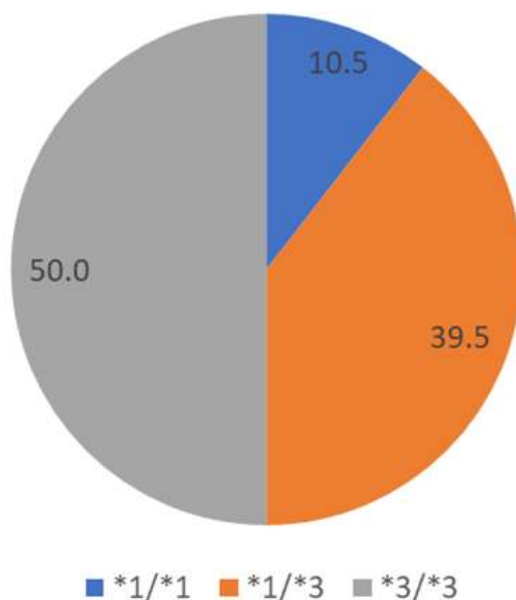
Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	N (%)
Tuổi	- ≤30	22 (25,6)
	- 30-40	25 (29,1)
	- 40-50	16 (18,6)
	- 50-60	16 (18,6)
	- >60	7 (8,1)
Giới	- Nam	53 (61,6)
	- Nữ	33 (38,4)
Tiền sử bệnh lý gây STM	- Viêm cầu thận mạn	80 (93,0)
	- Bệnh hệ thống	1 (1,1)
	- Tăng huyết áp	3 (3,5)
	- Khác, không rõ bệnh lý	2 (2,3)
Điều trị trước ghép	- Bảo tồn	13 (15,1)
	- Lọc máu chu kỳ	71 (82,6)
	- Lọc màng bụng	2 (2,3)
Nhóm máu	- A	21 (24,4)
	- B	27 (31,4)
	- AB	1 (1,2)
	- O	37 (43,0)
BMI	- <18,5	15 (17,4)
	- 18,5-23	56 (65,2)
	- ≥23	15 (17,4)
Viêm gan	- Không viêm gan	68 (79,1)
	- Viêm gan B	7 (8,1)
	- Viêm gan C	10 (11,6)
	- Đồng nhiễm B, C	1 (1,2)

HLA	- 0/6	4 (4,7)
	- 1/6	12 (14,0)
	- 2/6	18 (20,9)
	- 3/6	37 (43,0)
	- 4/6	12 (14,0)
	- 5/6	1 (1,2)
	- 6/6	2 (2,3)
Tiền miễn cảm	- Âm tính	80 (93,0)
	- Dương tính	6 (7,0)
Thuốc	- Tacrolimus	86 (100)
	- Cellcept	80 (93,0)
	- Myfortic	22 (25,6)
	- Certican	1 (1,2)
	- Corticoid	86 (100)

Đa phần BN là nam (61,6%), tỉ lệ nam:nữ là 1,6/1. Nhóm tuổi ≤ 30 và 30-40 tuổi chiếm đa số (lần lượt là 25,6 và 29,1%). Đa phần BN suy thận do viêm cầu thận mạn (93,0%), tỉ lệ suy thận mạn do tăng huyết áp là 3,5%; có 2,3% BN không rõ nguyên nhân suy thận. Điều trị lọc máu chu kì chiếm 82,6% và bảo tồn ở 15,1% trường hợp. Nhóm máu O chiếm đa số (43%), tỉ lệ BN có

BMI $< 18,5$ và ≥ 23 lần lượt là 17,4 và 17,4%. Tỉ lệ viêm gan B là 8,1%; viêm gan C là 11,6%; 1 BN (1,2%) đồng nhiễm cả viêm gan B và viêm gan C. Hòa hợp HLA 3/6 chiếm đa số (43%), sau đó là 2/6 (20,9%). Có 6 BN (7,0%) có tiền miễn cảm (kháng thể kháng HLA) dương tính, tuy nhiên không phải can thiệp trước mổ.



Biểu đồ 1. Đặc điểm kiểu gen CYP3A5

Bảng 2. So sánh nồng độ ure và creatinin, tỉ lệ nồng độ đáy trên liều thuốc hiệu chỉnh theo cân nặng (C0/D-adjusted) theo kiểu gen CYP3A5

	Thông số	CYP3A5*1/*1-*	CYP3A5*3*3	P-value
Ngày 1	Ure	12,0±4,2	12,9±4,3	0,31
	Creatinin	260,8±172,3	281,9±161,2	0,56
	C0/D hiệu chỉnh	56,80±29,3	185,29±152,8	<0,001*
Ngày 3	Ure	10,1±3,7	11,6±5,1	0,15
	Creatinin	129,0±43,9	148,0±85,3	0,20
	C0/D hiệu chỉnh	61,72±40,33	423,81±752,18	0,002*
Ngày 7	Ure	11,0±5,9	10,8±5,5	0,86
	Creatinin	117,3±39,7	118,0±43,3	0,94
	C0/D hiệu chỉnh	34,03±13,03	92,95±62,00	<0,001*
Ngày 14	Ure	8,5±3,5	7,6±2,1	0,15
	Creatinin	110,4±31,2	108,6±26,7	0,78
	C0/D hiệu chỉnh	60,72±27,72	142,64±72,28	<0,001*
Tháng 1	Ure	7,8±1,9	7,5±1,9	0,44
	Creatinin	108,2±22,5	107,3±20,7	0,85
	C0/D hiệu chỉnh	64,95±31,13	173,59±89,07	<0,001*
Tháng 2	Ure	7,3±1,9	6,7±2,1	0,21
	Creatinin	108,3±22,9	107,2±22,7	0,83
	C0/D hiệu chỉnh	71,38±58,54	177,75±95,73	<0,001*
Tháng 6	Ure	6,2±1,6	5,7±1,3	0,13
	Creatinin	105,5±23,1	100,9±17,6	0,29
	C0/D hiệu chỉnh	66,74±33,46	148,07±96,82	<0,001*
Tháng 12	Ure	6,2±1,8	6,1±1,6	0,66
	Creatinin	99,7±22,7	98,8±17,0	0,85
	C0/D hiệu chỉnh	60,27±24,88	135,02±69,37	<0,001*

Tỉ lệ mang kiểu gen đồng hợp tử *3/*3 là 50,0%; dị hợp tử *1/*3 là 39,5%. 10,5% BN mang kiểu gen *1/*1 (đồ thị 2). Không có sự khác biệt là giá trị ure và creatinine tại các thời điểm sau ghép ngày 1, ngày 3, ngày 7, ngày 14, tháng 1, tháng 2, tháng 6 và tháng 12 giữa nhóm mang và không mang gen CYP3A5*1 ($p>0,05$). Điều này cho thấy đa hình gen CYP3A5 không gây ảnh hưởng đến chức năng thận. Có sự khác biệt về giá trị C0/D hiệu chỉnh theo cân nặng giữa 2 kiểu gen tại các thời điểm sau ghép thận ngày 1,

ngày 3, ngày 7, ngày 14, tháng 1, tháng 2, tháng 6 và tháng 12 ($p\leq 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Theo tác giả Vũ Phương Nhung (2020), tỉ lệ kiểu gen CYP3A5*1/*1; CYP3A5*1/*3 và CYP3A5*3/*3 lần lượt là 10%, 45% và 45%, tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Tác giả Đỗ Tất Cường ghi nhận tỉ lệ mang allele CYP3A5*1 là khoảng 60%. Theo tác giả Chen, tỉ lệ tần số allele khác nhau giữa các quốc gia và chủng tộc. Tỉ lệ kiểu gen CYP3A5*1/*1; CYP3A5*1/*3 và

CYP3A5*3/*3 của người da trắng lần lượt là 1, 13-17 và 82-86%, người da vàng là 2,5-11; 38-57 và 32-60%; trong khi người da đen có tỉ lệ CYP3A5*1/*1 và CYP3A5*1/*3 lớn hơn nhiều (37-45 và 40-54%).

Hòa hợp HLA 3/6 chiếm đa số (43%), sau đó là 2/6 (20,9%). Tỉ lệ này cao hơn tác giả Lê Nguyên Vũ do người hiến trong NC đều là người hiến chết não và được ghép trong tình trạng cấp cứu. Kết quả này tương đương với tác giả Trịnh Minh Thanh khi ghi nhận hòa hợp 3/6 và 2/6 lần lượt là 38,8 và 29,4%, tuy nhiên tỉ lệ hòa hợp 4/6 của tác giả cao hơn (27,1 so với 14,0%). HLA vốn là một yếu tố quan trọng trong tiên lượng kết quả mảnh ghép.

Giá trị C0/D hiệu chỉnh theo cân nặng của chúng tôi tại thời điểm 1 tuần là $34,03 \pm 13,03$ và $92,95 \pm 62,00$; 1 tháng là $64,95 \pm 31,13$ và $173,59 \pm 89,07$; 2 tháng là $71,38 \pm 58,54$ và $177,75 \pm 95,73$ ở nhóm mang allele CYP3A5*1 và nhóm *3/*3. Kết quả này tương đương tác giả Zhang (Trung Quốc) công bố nghiên cứu năm 2005 trên 118 trường hợp ghép thận. Theo đó, Co/D ở nhóm CYP3A5*1/*1 và *1/*3 thấp hơn nhóm *3/*3 (lần lượt là $32,8 \pm 17,7$ và $41,6 \pm 15,8$ và $102,3 \pm 51,2$ sau 1 tuần; $33,1 \pm 7,5$ và $46,4 \pm 12,9$ và $103 \pm 47,5$ sau 1 tháng; $35,3 \pm 20,9$ và $59,0 \pm 20,6$ và $150 \pm 85,3$ sau ghép thận 3 tháng).

Nghiên cứu phân tích gộp đầu tiên trên thế giới là của tác giả Terrazino năm 2012. Nghiên cứu dựa trên 19 nghiên cứu trước đó với 2028 bệnh nhân cho thấy CYP3A5*3/*3 có nồng độ thuốc hiệu chỉnh theo liều thuốc hiệu chỉnh cao hơn nhóm còn lại, sau khi đã hiệu chỉnh chủng tộc và thời gian. Một nghiên cứu phân tích gộp khác của Rojas (2015) đánh giá về kết quả Co/D, tỉ lệ thải ghép cấp, độc tính thận cấp và mạn tính. Tác

giả ghi nhận C0/D thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm CYP3A5*1. Tỉ số Co/D ở nhóm CYP3A5*3/*3 cao hơn 1,8-2,5 lần so với nhóm CYP3A5*1 trong năm đầu tiên sau ghép thận. Nghiên cứu phân tích gộp của tác giả Khan (2020) tổng hợp 15 nghiên cứu từ quần thể người da trắng và 12 nghiên cứu từ quần thể người da vàng cho thấy có sự khác biệt về giá trị C0/D ở cả hai nhóm quần thể này. Người mang allele CYP3A5*1 sẽ cần liều thuốc tacrolimus cao hơn để đạt nồng độ đích. Thậm chí, vai trò của gen này còn lớn hơn ở nhóm dưới 15 tuổi do các bệnh nhân nhỏ tuổi của nguy cơ thải ghép hoặc độc tính cao hơn.

Tacrolimus, một chất ức chế calcineurin, là thuốc được sử dụng phổ biến nhất hiện nay ở các trung tâm ghép thận trên thế giới. Điều chỉnh liều thuốc theo phác đồ là công việc cần thực hiện thường xuyên. Nếu sử dụng liều thấp sẽ làm tăng nguy cơ thải ghép, trong khi liều cao sẽ làm tăng độc tính và các tác dụng phụ của thuốc. Kết quả này cho thấy chuyển hóa của BN có allele CYP3A5*3 chậm hơn so với nhóm còn lại. Vì vậy, phân tích đa hình kiểu gen này sẽ đóng vai trò quan trọng nhằm đưa ra được liều khởi đầu và đạt nồng độ đích tốt hơn cho các BN ghép thận.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt về giá trị tacrolimus và giá trị C0/D giữa nhóm mang allele CYP3A5*1 và CYP3A5*3 tại thời điểm ngày 1, ngày 3, ngày 7, ngày 14, tháng 1, tháng 2, tháng 6 và tháng 12 sau ghép ($p < 0,05$). Gen CYP3A5 ảnh hưởng đến chuyển hóa của tacrolimus, xét nghiệm thường quy gen CYP3A5 có thể được cân nhắc nhằm tăng kết quả điều trị và hạn chế biến chứng ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Nguyên Vũ** (2020). Đánh giá kết quả ghép thận từ người cho chết não sau 10 năm 2010-2020 tại Bệnh viện Việt Đức. Đề tài cơ sở, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
2. **Trịnh Minh Thanh** (2019). Kết quả áp dụng kỹ thuật nối niệu quản – bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir cải tiến trong ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bayat S., Kessler M., Briançon S., et al.** (2010). Survival of transplanted and dialysed patients in a French region with focus on outcomes in the elderly. *Nephrol Dial Transplant*, 25(1): 292-300.
4. **Chen L, Prasad GVR** (2018). CYP3A5 polymorphisms in renal transplant recipients: influence on tacrolimus treatment. *Pharmacogenomics Pers Med*. 11:23-33.
5. **Mendrinou E, Mashaly ME, Al Okily AM, Mohamed ME, Refaie AF, Elsayy EM, et al** (2020). CYP3A5 Gene-Guided Tacrolimus Treatment of Living-Donor Egyptian Kidney Transplanted Patients. *Frontiers in Pharmacology*; 11.
6. **Khan AR, Raza A, Firasat S, Abid A** (2020). CYP3A5 gene polymorphisms and their impact on dosage and trough concentration of tacrolimus among kidney transplant patients: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacogenomics J*. ;20(4):553-62.
7. **Vũ Phương Nhung, Nguyễn Đăng Tồn, Nguyễn Hải Hà** (2020). Study of CYP3A5 genetic polymorphism in Vietnamese Kinh ethnic group. *Tạp chí sinh học*; 42.
8. **Đỗ Tất Cường** (2019). Cá thể hóa liều tacrolimus trên bệnh nhân ghép thận dựa trên kiểu gene CYP3A5. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108.

KẾT QUẢ BÓC NHÂN PHÌ ĐẠI TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG DAO LƯỠNG CỰC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ (CƠ SỞ II)

Nguyễn Kim Tuấn¹, Lê Quang Thi¹,
Nguyễn Khoa Anh Tuấn¹, Hồ Duy Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá kết quả bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực tại Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở II.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu và mô tả cắt ngang 34 bệnh nhân chẩn đoán TSLT-TLT được phẫu thuật nội soi bóc nhân qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở II từ tháng 1/2021 đến 12/2022.

Kết quả: Tuổi trung bình $65,9 \pm 5,8$ tuổi, thể tích tuyến tiền liệt trung bình $70,4 \pm 10,5$ ml, bí tiểu cấp 58,8%. Tất cả bệnh nhân vào viện với triệu chứng lâm sàng nặng có điểm IPSS > 20 điểm. Có 82,4% trường hợp đánh giá mức sống khó khăn với điểm QoL ≥ 5 điểm. Thời gian phẫu thuật trung bình là $88,97 \pm 11,86$ phút, không có trường hợp nào truyền máu trong và sau mổ. Biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiễm trùng 11,76%. Thời gian đặt thông tiểu trung bình sau PT là $2,32 \pm 0,5$ ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là $5,65 \pm 0,69$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao trong cải thiện triệu chứng đường tiểu dưới. Những cơ sở

chưa có dụng cụ xây mô vẫn có thể thực hiện kỹ thuật này.

Từ khóa: Tăng sinh tiền liệt tuyến, phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực.

SUMMARY

RESULT OF BIPOLAR TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF THE PROSTATE AT HUE CENTRAL HOSPITAL 2

Objective: to evaluate the initial result of bipolar transurethral enucleation of the prostate at Hue Central Hospital 2.

Patients and methods: a prospective case-series study was performed on patients with benign prostatic hyperplasia, bipolar transurethral enucleation at the Department of General Surgery, Hue Central Hospital 2 from January 2021 to December 2022.

Results: Mean age 65.9 ± 5.8 years old, mean prostate volume 70.4 ± 10.5 ml, acute urinary retention 58.8%. All patients admitted to the hospital with severe clinical symptoms had IPSS scores > 20 points. There were 82.4% of the cases assessed that living standards were difficult with a score of QoL ≥ 5 points. The average surgery time was 88.97 ± 11.86 minutes, there were no cases of blood transfusion during and after surgery. Complications account for the highest rate is infection 11.76%. The mean time of catheterization after surgery was 2.32 ± 0.5 days. The mean postoperative time was 5.65 ± 0.69 days.

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Kim Tuấn

ĐT: 0914156495. Email: drtuanbv@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 20/6/2023

Conclusion: Bipolar transurethral enucleation of the prostate is safe and efficient. Hospitals that do not have morcellator can still perform this technique.

Keywords: benign prostatic hyperplasia, bipolar transurethral enucleation of the Prostate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL) là một bệnh lý niệu khoa thường gặp ở người đàn ông trên 50 tuổi, thuộc nhóm bệnh lý tắc nghẽn đường tiểu dưới. Trong các phương pháp điều trị phẫu thuật đối với bệnh lý TSLT-TTL, cắt đốt nội soi (CĐNS) bằng điện đơn cực qua ngã niệu đạo là lựa chọn tiêu chuẩn đối với các TTL có kích thước trung bình (30-80 ml) theo khuyến cáo của Hội Niệu khoa Châu Âu [10]. Bóc nhân TTL bằng LASER Holmium (HoLEP) và bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực (TUEB) là các lựa chọn thay thế với các TTL có kích thước trung bình. Và là phương pháp hiệu quả với các TTL có kích thước lớn hơn 80 ml.

Tuy nhiên, không phải Trung tâm hay Bệnh viện nào cũng được trang bị hệ thống LASER. Nakagawa đầu tiên phát triển và giới thiệu kỹ thuật bóc nhân TTL bằng điện lưỡng cực, bằng cách bóc nhân và xay nhân tuyến tiền liệt bằng máy xay mô trong lòng bàng quang. Đối với những Bệnh viện không có máy xay mô, Hirasawa và cộng sự đề ra kỹ thuật với tên gọi “Mushroom technique” [6]. Trong kỹ thuật này, nhân không được đẩy vào lòng bàng quang mà giữ dính lại ở cổ bàng quang. Phẫu thuật viên sẽ cắt thành những chip nhỏ và hút ra ngoài.

Tại bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở II, khoa Ngoại Tổng hợp chúng tôi áp dụng phương pháp bóc nhân TTL bằng điện lưỡng

cực từ đầu năm 2019 và thực hiện “Mushroom technique” khi không có máy xay mô. Vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài: “Kết quả bóc nhân phì đại tuyến tiền liệt bằng dao lưỡng cực tại Bệnh viện Trung ương Huế Cơ sở II” nhằm mục tiêu đánh giá bước đầu kết quả ứng dụng phẫu thuật bóc nhân TLT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 34 bệnh nhân chẩn đoán TSLT-TTL được phẫu thuật nội soi bóc nhân qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực tại khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Trung Ương Huế cơ sở II từ tháng 1/2021 đến 12/2022.

* Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Thể tích tuyến tiền liệt lớn hơn 50ml
- Có đủ điều kiện thực hiện mổ qua đường niệu đạo (bệnh nhân nằm được tư thế sản khoa, không có hẹp niệu đạo).
- Không có bệnh lý nền, hoặc có nhưng nhẹ và kiểm soát tốt ($ASA \leq 2$).
- Mô bệnh học sau mổ là tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang hàng loạt ca bệnh
- Trang thiết bị:
 - + Dàn máy phẫu thuật nội soi Full HD của hãng Olympus.
 - + Bộ dụng cụ cắt đốt lưỡng cực có lưỡi bóc nhân của hãng Olympus.
 - + Dao điện Lưỡng cực ESG 400 của hãng Olympus

Quy trình phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt:

- Vô cảm: Tê tủy sống hoặc Gây mê Nội khí quản
- Tư thế sản khoa



Hình 1: Cắt dọc 2 bên thùy giữa

- Các bước phẫu thuật:

+ Soi bàng quang, đánh giá vị trí hai miệng niệu quản, thành bàng quang, tam giác và cổ bàng quang, các thùy TTL.

+ Cắt dọc ở vị trí 12 giờ và 5 giờ, 7 giờ hai bên thùy giữa từ cổ bàng quang đến ngang mức ụ núi trong trường hợp thùy giữa phì đại, cắt ở vị trí 6 giờ khi không có thùy giữa.

+ Cắt 1 vòng tròn quanh niệu đạo TLT.

+ Bóc nhân thùy giữa từ ụ núi vào đến ngang cổ bàng quang. Chúng tôi không bóc rời hẳn mà để nhân còn dính một ít ở vùng cổ rồi tiến hành cắt đốt nhân TLT như CĐNS thông thường. Những mảnh nhỏ của nhân u sẽ được súc rửa lấy ra ngoài.

+ Làm tương tự các thùy Trái- Phải.

+ Súc rửa lấy các mảnh cắt ra ngoài.

+ Đốt cầm máu, đặt sonde 3 nhánh súc rửa liên tục

2.3. Xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2021 đến 12/2022, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật bóc u tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực cho 34



Hình 2: Bóc nhân

bệnh nhân u lành tuyến tiền liệt có tuổi trung bình $65,9 \pm 5,8$ (56 – 78 tuổi), 20 BN vào viện vì bí tiểu cấp (58,8%). Tất cả bệnh nhân vào viện với triệu chứng lâm sàng nặng có điểm IPSS > 20 điểm. Có 82,4% trường hợp đánh giá mức sống khó khăn với điểm QoL ≥ 5 điểm. Không có trường hợp bị rối loạn đông máu hay suy giảm chức năng thận nặng. Chỉ số PSA trung bình trước phẫu thuật là $9,1 \pm 9,9$ ng/mL. Thể tích trung bình tuyến tiền liệt là $70,41 \pm 10,52$ ml, trong đó lớn nhất là 93ml, nhỏ nhất là 54ml.

Tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật dưới vô cảm là tê tuỷ sống; thời gian phẫu thuật trung bình là $88,97 \pm 11,86$ phút (70 – 115 phút); không xuất hiện các dấu hiệu của hội chứng nội soi trong mổ. HGB giảm trung bình sau PT là $1,27 \pm 1,12$ g/dL, không có trường hợp nào truyền máu trong và sau mổ. Biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là nhiễm trùng 11,76%, ngoài ra còn các biến chứng khác như bí tiểu sau rút thông tiểu 8,8%, tiểu không kiểm soát tạm thời 5,88%. Không có trường hợp nào thủng vỏ TLT

hoặc tổn thương cổ bàng quang. Thời gian đặt thông tiểu trung bình sau PT là $2,32 \pm 0,5$ ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là $5,65 \pm 0,69$ ngày. 100% các trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh sau PT là “quá sản lành tính tuyến tiền liệt”.

IV. BÀN LUẬN

TSLT-TTL là một trong những bệnh lý thường gặp nhất ở thực hành niệu khoa và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống bệnh nhân đặc biệt ở người lớn tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là $65,9 \pm 5,8$ tuổi. Trong đó nhóm tuổi chiếm đa số là 60 - 70 tuổi (52.9%).

Thống kê này thấp hơn so với một số nghiên cứu của các tác giả như Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [1] $71,3 \pm 7,22$ tuổi, Võ Văn Chung [3] $73,7 \pm 10,4$ tuổi nhưng lại tương đồng một số tác giả nước ngoài Abou- Taleb [4] $65,5 \pm 6$ tuổi, Chiruvella [5] 64 ± 7 tuổi. Đa số bệnh nhân đến khám có triệu chứng đường tiểu nặng nề với điểm IPSS trung bình là $28,09 \pm 3,76$ điểm, và đánh giá chất lượng cuộc sống ở mức khó khăn, không chịu được với điểm QoL trung bình là $4,97 \pm 0,57$ điểm. Tỷ lệ bệnh nhân bí tiểu chiếm 58.8%, cao hơn tác giả Võ Văn Chung [3] 13,2%, thấp hơn tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [1] với 100%.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật trung bình và V_{TTL} của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Thời gian PT trung bình (phút)	Thể tích TLT(ml)
Trần Đức [2]	$66,2 \pm 14$	$81,6 \pm 16,5$
Peng Xu [7]	$43,1 \pm 4$	$72,4 \pm 10,2$
Reddy [9]	87,5	56,3
NC của chúng tôi	$88,97 \pm 11,86$	$70,4 \pm 10,5$

Thời gian PT trung bình của chúng tôi là $88,97 \pm 11,86$ phút. Thời gian phẫu thuật có thể phụ thuộc vào nhiều yếu tố khách quan như: bệnh kèm theo, diễn biến của phẫu thuật, kích thước bướu, trạng thiết bị, kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Theo Riedinger [8] việc kiểm soát thời gian phẫu thuật dưới 90 phút giúp giảm đáng kể tỉ lệ các biến chứng, nguy cơ biến chứng tăng lên đáng kể đối với các trường hợp kéo dài hơn 120 phút.

Phẫu thuật bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt là một phương pháp an toàn và hiệu quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có hội chứng cắt

đốt nội soi, thủng vỏ TLT hay tổn thương bàng quang. Chúng tôi luôn cố gắng rút ngắn thời gian phẫu thuật và kiểm soát sự thông thương của đường nước chảy ra. Quá trình bóc nhân TLT chú ý không đi quá sâu hay cắt đốt dễ làm thủng vỏ. Hơn nữa, sau khi bóc nhân TLT không đẩy vào lòng bàng quang để xay mô mà chúng tôi để lại 1 phần dính vào cổ bàng quang rồi cắt đốt thông thường. Chính vì vậy, chúng tôi không gặp trường hợp nào tổn thương bàng quang do máy xay mô, tuy nhiên thì cắt đốt ở cổ bàng quang cần chú ý độ sâu lát cắt, tránh phẫu thuật mở do chảy máu hay BN cử động đột

ngột gây tổn thương.

Biến chứng nhiễm khuẩn niệu là một biến chứng thường gặp trong trong bóc nhân TTL qua ngã niệu đạo. Có 4 trường hợp trong thời gian hậu phẫu có sốt, bạch cầu tăng đều được cấy lại nước tiểu, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ sau đó ổn định. 3

trường hợp bí tiểu sau rút thông niệu đạo được đặt lại và rút sau 1 ngày. 2 trường hợp sau rút thông tiểu BN tiểu không kiểm soát, tiểu rỉ tự hồi phục trong 2 tuần. Đây là biến chứng gây lo ngại và phiền toái nhất cho bệnh nhân nên trong phẫu thuật không đi quá ụ nùi làm tổn thương cơ thắt ngoài.

Bảng 2: Cải thiện điểm IPSS và QoL sau phẫu thuật

Chỉ số	Trước PT	Sau PT 1 tháng	P
IPSS	28,09 ± 3,76	14,59 ± 2,23	<0,05
QoL	4,97 ± 0,57	2,12 ± 0,33	<0,05

Sự cải thiện triệu chứng lâm sàng và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân là hoàn toàn rõ rệt. Điểm IPSS trung bình trước PT là $28,09 \pm 3,76$ điểm. sau PT 1 tháng $14,59 \pm 2,23$ điểm. Sự khác biệt này trước và sau PT có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$), điều đó cho thấy sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng trước và sau PT (Paired Samples Test). Một số nghiên cứu khác của các tác giả nước ngoài cũng chứng minh cho sự cải thiện rõ rệt này như: Peng Xu [7] (2018, n=54) điểm IPSS trung bình trước mổ và tái khám sau 1 tháng $22,1 \pm 3,2$ và $7,48 \pm 0,66$. Reddy [9] (2018, n=37) có điểm IPSS trung bình trước mổ và tái khám sau 1 tháng $31,6 \pm 4,8$ và $2,97 \pm 1,3$. Điểm QoL trung bình trước PT là $4,97 \pm 0,57$ và sau PT 1 tháng lần lượt là $2,12 \pm 0,33$. Peng Xu [7] (2018, n=54) điểm QoL trung bình trước mổ và tái khám sau 1 tháng là $4,69 \pm 1,12$ và $3,23 \pm 0,50$. Reddy [9] (2018, n=37) là $5,4 \pm 0,6$ và $2,2 \pm 0,4$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cũng cho thấy sự cải thiện tốt về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật bóc u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng điện lưỡng cực là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng cũng như chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Những cơ sở chưa có dụng cụ xay mô hoàn toàn có thể thực hiện kỹ thuật này với kết quả phẫu thuật tương đương nghiên cứu trong và ngoài nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Dương Hoàng Lâm (2021), "Đánh giá kết quả sớm kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser thulium qua ngã niệu đạo", Tạp Chí Y Học Việt Nam. 509(Chuyên đề).
2. Trần Đức, Đỗ Ngọc Thử (2022), "Kết quả bước đầu điều trị u tuyến tiền liệt thể tích lớn bằng kỹ thuật bóc nhân qua niệu đạo với dao điện lưỡng cực", Tạp Chí Y Học Việt Nam. 516(2).
3. Võ Văn Chung, Đỗ Trường Thành (2021), "Đánh giá kết quả sớm bóc nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng Holium Laser qua

- đường niệu đạo tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức", Tạp Chí Y Học Việt Nam. 509(2).
4. **Abou-Taleb A., W. El-Shaer, W. Kandeel, T. Gharib, A. Elshaer** (2017), "Bipolar Plasmakinetic Enucleoresection of the Prostate: Our Experience with 245 Patients for 3 Years of Follow-Up", J Endourol. 31(3), pp. 300-306.
 5. **Chiruvella M., B. Enganti, M. T. Bendigeri, S. M. Ghouse, D. Ragoori, P. Reddy** (2018), "Transurethral Enucleation With Bipolar Energy (TUEB):AINU Technique and Short-term Outcomes", Urology. 122, pp. 147-151.
 6. **Hirasawa Y., H. Ide, Y. Yasumizu, K. Hoshino, Y. Ito, T. Masuda** (2012), "Comparison of transurethral enucleation with bipolar and transurethral resection in saline for managing benign prostatic hyperplasia", BJU Int. 110(11 Pt C), pp. E864-9.
 7. **P Xu, A Xu, B Chen, S Zheng** (2018), "Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostate: Whether it is ready to supersede TURP?", Asian J Urol. 5(1), pp. 48-54.
 8. **Riedinger C. B., R. J. Fantus, R. S. Matulewicz, R. P. Werntz, J. F. Rodriguez, N. D. Smith** (2019), "The impact of surgical duration on complications after transurethral resection of the prostate: an analysis of NSQIP data", Prostate Cancer Prostatic Dis. 22(2), pp. 303-308.
 9. **N.M Reddy, Pogula Vedamurthy Reddy, Challa Sivasankar Reddy** (2018), "Safety and efficacy of Transurethral Bipolar Enucleation of prostate (TUBE) in BPH", International Journal of Medical Research and Review. 6(5).
 10. **Rosette J.D. G Alivizatos, S Madersbacher, C Rioja Sanz, J Nordling, and M Emberton** (2019), "Guidelines on benign prostatic hyperplasia", European Association of Urology.

TÁC ĐỘNG CỦA PHẪU THUẬT CẮT THẦN KINH THƯỜNG TINH VI PHẪU ĐIỀU TRỊ ĐAU BÌU MẠN TÍNH LÊN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC CỦA NAM GIỚI: NGHIÊN CỨU THEO DÕI TRONG 6 THÁNG SAU PHẪU THUẬT

Lê Anh Tuấn^{1,2}, Phạm Văn Hảo², Đặng Quang Tuấn²
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Vũ Lê Chuyên^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và sự ảnh hưởng của phẫu thuật cắt thần kinh thường tinh vi phẫu lên hoạt động tình dục nam giới.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Tất cả những bệnh nhân đau bìu mạn tính nặng sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác, có chỉ định phẫu thuật tại khoa nam học, bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 1/11/2022.

Kết quả: Có 31 bệnh nhân đau bìu mạn tính được phẫu thuật. Tuổi trung bình $24,2 \pm 4,3$, thời gian đau $2,3 \pm 1,6$ năm. Vị trí đau: bìu (41,3%), tinh hoàn-mào tinh (47,8%), thừng tinh (24,6%), bẹn (15,1%). Nguyên nhân đau: hậu viêm tinh hoàn mào tinh (45,3%) chiếm đa số trường hợp. Thang điểm đau NRS trước mổ $6,8 \pm 2,3$. Có 13/31 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (NRS =7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân (Quality of life (QOL) bệnh nhân đau vừa (thang

điểm đau NRS 1-6) $4,6 \pm 4,0$ và $6,75 \pm 1,1$ ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Có 25 (80,6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến làm việc hằng ngày. Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ là 43,5%, Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: $3,4 \pm 1,2$ mm. Có 51,6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng lên hoạt động tình dục. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (NRS 7-10 điểm) có ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm đau vừa (NRS 0-6 điểm) ($p < 0,05$). Các chỉ số “Đau bìu ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục”, “IIEF”, “Giảm ham muốn bằng câu hỏi ADAM”, “Hoạt động tình dục gây kích thích đau”, “Xuất tinh gây đau” đều cải thiện sau phẫu thuật.

Kết luận: Đau bìu mạn tính đa phần xảy ra ở bệnh nhân trẻ với than điểm đau tương đối lớn. Nguyên nhân gây đau bìu mạn tính cũng góp phần ảnh hưởng đến kích thích và chức năng nội tiết tinh hoàn ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Đau bìu mạn tính mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Phẫu thuật cắt thần kinh thường tinh vi phẫu giúp cải thiện nhiều khía cạnh hoạt động tình dục của bệnh nhân.

Từ khóa: Đau bìu mạn tính, rối loạn tình dục, cắt thần kinh thường tinh vi phẫu

¹Dại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Tp Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh, Tp Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

ĐT: 0938489757

Email: tuanledr@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/5/2023

Ngày phản biện: 30/5/2023

Ngày duyệt đăng: 10/5/2023

SUMMARY**IMPACT OF MICROSURGICAL
DENERVATION OF THE SPERMATIC
CORD TREATMENT OF CHRONIC
SCROTAL PAIN ON MEN'S SEXUAL
FUNCTION: A FOLLOW-UP STUDY
FOR 6 MONTHS AFTER SURGICAL**

Objective: When chronic severe scrotum greatly affects the patient's activities and life in many aspects. Hypothetical study investigating clinical, laboratory characteristics and the influence of Microsurgical Denervation of the Spermatic Cord on male sexual performance.

Patients and Methods: Observation study design. All patients with severe chronic scrotal pain, after excluding other causes, were indicated for surgery at the department of andrology, Binh Dan hospital from January 1, 2022 to November 1, 2022.

Results: There were 31 patients with chronic scrotal pain who underwent surgery. Mean age 24.2 ± 4.3 years, duration of pain 2.3 ± 1.6 years. Location of pain: scrotum (41.3%), testis-epididymis (47.8%), spermatic cord (24.6%), inguinal (15.1%). Causes of pain: post-epididymitis epididymitis (45.3%) accounted for the majority of cases. NRS pain score before surgery 6.8 ± 2.3 . There are 13/31 patients with severe pain scale (NRS = 7-10). Quality of life (QOL) in patients with moderate pain (NRS pain scale 1-6) 4.6 ± 4.0 and 6.75 ± 1.1 in patients with severe pain (NRS 7-10). 6%) patients reported pain affecting daily work Patient had small testicle size 43.5%, Varicose veins on ultrasound: 3.4 ± 1.2 mm 51.6% (16/31) patients felt scrotal pain affecting sexual activity Patients with severe scrotal pain with high pain scale (NRS 7-10 points) had an effect on erectile function compared with moderate pain group (NRS 0-6 points) ($P < 0.05$) Indicators "Scrotal pain prevents sexual activity", "IIEF",

"Decreased libido ADAM questionnaire", "Stimulating sexual activity pain", "painful ejaculation" all improved after surgery.

Conclusion: Chronic scrotal pain mostly occurs in young patients with relatively large pain scores. Chronic scrotal pain also contributes to testicular size and endocrine function affecting quality of life. Chronic scrotal pain can greatly affect sexual performance in men. Microsurgical Denervation of the Spermatic Cord improves many aspects of a patient's sexual performance.

Keywords: Chronic scrotal pain, sexual dysfunction, Microsurgical Denervation of the Spermatic Cord

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tại trong y văn có rất ít dữ liệu về tỷ lệ hiện mắc của Đau bìu mạn tính (ĐBMT). Một ước tính từ một nghiên cứu ở Thụy Sĩ cho thấy tỷ lệ mắc bệnh là 350–400/100.000 ca ĐBMT hằng năm⁷. Đau bìu mạn tính (ĐBMT) là cơn đau tiết niệu phổ biến và cản trở hoạt động hàng ngày của nam giới. ĐBMT được định nghĩa là cơn đau vùng bìu, từng cơn hoặc liên tục, một bên hoặc hai bên, kéo dài trong hơn 3 tháng gây trở ngại đáng kể đến sinh hoạt hàng ngày của bệnh nhân. Định nghĩa của ĐBMT được nêu ra bởi tác giả khi tiến hành một nghiên cứu hồi cứu trên 45 bệnh nhân đến phòng khám với cơn đau bìu kéo dài ít nhất 3 tháng³. Định nghĩa trên phù hợp với định nghĩa chung của đau mạn tính (cơn đau thường kéo dài 3–6 tháng).

Hiện tại có rất ít nghiên cứu về tỷ lệ mắc ĐBMT trên thực tế. Một nghiên cứu báo cáo rằng ĐBMT chiếm 4,75% lý do đến khám chuyên khoa tiết niệu của tất cả nam giới mỗi năm². Tỷ lệ ĐBMT thấp hơn trong một báo cáo ở Thụy Sĩ là 350 đến 400 trường hợp

trên 100.000 nam giới từ 25 đến 85 tuổi mỗi năm⁴.

Chẩn đoán nguyên nhân của ĐBMT khá khó do những thay đổi bệnh học thần kinh có thể xảy ra ở bệnh nhân có cơn đau mạn tính. Trong khi yếu tố khởi đầu kích thích ở bìu có thể là sau phẫu thuật vùng bìu như thắt ống dẫn tinh, chấn thương vùng bìu, viêm tinh hoàn, hoặc các tình trạng khác kích thích thụ thể thần kinh vùng bìu, phức hợp thần kinh vùng chậu được cho là dẫn đến hoạt động thần kinh ở trung tâm đau ở vỏ não và ngoại biên gây nên ĐBMT⁸. Những thay đổi thần kinh này có thể vẫn còn ngay cả khi các yếu tố kích thích ban đầu đã biến mất. Những kích thích thần kinh cũng có thể ảnh hưởng đến bên đối diện. Một ĐBMT ở một bên bìu cũng có thể dẫn đến đau mạn tính ở bên đối diện do dây thần kinh từ đám rối thần kinh chậu bắt chéo với đám rối thần kinh chậu bên đối diện, có thể đóng một vai trò trong việc tạo ra một hiệu ứng đau đối bên.

CTKTTVP là một phẫu thuật liên quan đến việc loại bỏ các sợi thần kinh khỏi bó mạch thừng tinh để giảm đau ở bìu và tinh hoàn. Phẫu thuật này đã trở nên phổ biến trong những năm gần đây như là một lựa chọn điều trị cho ĐBMT. Tình dục được coi là một khía cạnh quan trọng trong đánh giá chất lượng cuộc sống. Hoạt động tình dục dễ bị gián đoạn, ảnh hưởng bởi bệnh tật và chấn thương. Các cơn đau mạn tính cũng là một trong những nguyên nhân gây rối loạn tình dục. Các báo cáo cũng ghi nhận các cơn đau mạn tính có thể ảnh hưởng đến chức năng tình dục bệnh nhân, có thể gây thiếu hứng thú và giảm hoạt động tình dục^{2,3}. Những bệnh nhân bị ĐBMT còn có thêm một vấn đề khác là cơn đau có thể xuất hiện trong quá trình hoạt động tình dục dẫn đến giảm hứng thú, giảm hoạt động tình dục,

tránh thực hiện hành vi quan hệ tình dục⁶.

Nghiên cứu hiện tại phẫu thuật cắt thần kinh vi phẫu cho thấy rằng đây là một phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh lý ĐBMT. Các nghiên cứu đã báo cáo tỷ lệ giảm đau đáng kể ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật này. Hiệu quả giảm đau của phẫu thuật CTKTTVP đã được chứng minh, có rất ít nghiên cứu về tác động của phẫu thuật này với chức năng tình dục. Hiện chỉ có một vài nghiên cứu điều tra tác động của việc cắt dây thần kinh vi phẫu đối với chức năng tình dục và khả năng sinh sản của nam giới. Một nghiên cứu được thực hiện bởi Zhang và cộng sự (2018) đã báo cáo rằng những bệnh nhân trải qua phẫu thuật cắt dây thần kinh vi phẫu đã cải thiện chức năng tình dục sau thủ thuật. Tuy nhiên, cả các nghiên cứu đều bị giới hạn bởi cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn.

Hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá tần suất và tầm quan trọng của những thay đổi trong ham muốn và chức năng tình dục ở bệnh nhân ĐBMT, nhất là các bệnh nhân ĐBMT nặng. Các bệnh nhân này thường phải chịu nhiều cơn đau và đã được điều trị bởi nhiều phương pháp trong một thời gian dài. Mục đích của nghiên cứu này là mô tả tác động của phẫu thuật CTKTTVP lên đời sống tình dục của bệnh nhân.

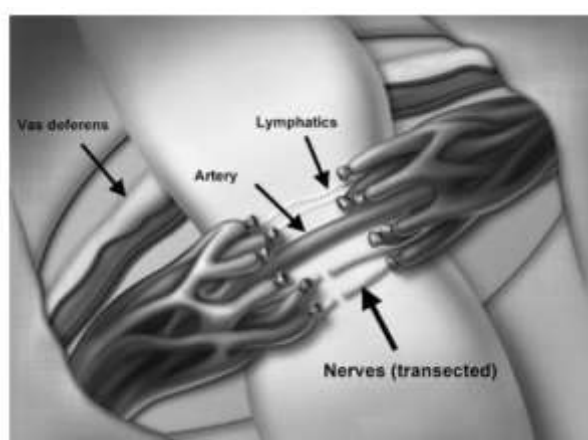
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu là một nghiên cứu đoàn hệ theo chiều dọc, được thiết kế để đánh giá tác động của việc CTKTTVP đối với chức năng tình dục của nam giới. Nghiên cứu được tiến hành dựa trên dữ liệu đoàn hệ tiền cứu của 31 trường hợp ĐBMT kéo dài hơn 3 tháng. Bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa trong hơn 3 tháng liên tiếp (với

NSAIDs và nhóm bền thành mạch) hoặc không đồng ý tiếp tục điều trị bảo tồn. Các bệnh nhân được loại trừ hàng loạt các nguyên nhân có thể điều trị được. Bệnh nhân được chỉ định can thiệp phẫu thuật CTKTTVP nhằm điều trị ĐBM tại khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 31/11/2022.

Bệnh nhân được thăm khám và thực hiện các xét nghiệm chẩn đoán (huyết đồ, siêu âm

bụng, siêu âm Doppler bẹn bìu, tổng phân tích nước tiểu, PSA) nhằm loại trừ các bệnh lý khác có thể gây đau bìu như viêm tinh hoàn, bướng tinh hoàn, nhiễm khuẩn tiết niệu, viêm cơ quan sinh dục, giãn tĩnh mạch tinh chưa được phẫu thuật.... Các bệnh nhân có các triệu chứng đường tiêu hóa hoặc đau vùng cột sống thắt lưng cũng được loại khỏi nghiên cứu.



Hình 1: Cắt thần kinh thừng tinh vi phẫu trong nghiên cứu (CTKTTVP)

Bệnh nhân được đánh giá cơn đau bằng thang điểm đau Numeric Rating Scale (NRS 1-10). Đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân bằng bảng câu hỏi QOL. Phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh vi phẫu liên quan đến việc xác định và loại bỏ các sợi thần kinh thừng tinh bằng kỹ thuật vi phẫu. Bệnh nhân được theo dõi trong thời gian ít nhất 6 tháng sau thủ thuật. Đánh giá hoạt động tình dục bằng bảng IIEF trước khi phẫu thuật và sau 6 tháng sau phẫu thuật. Bảng câu hỏi ADAM score được đánh giá nhằm phát hiện tình trạng suy sinh dục với bệnh nhân trả lời có ở các câu hỏi 1, 7 hoặc 3 câu hỏi được cho là có dấu hiệu suy sinh dục.

Phần mềm SPSS phiên bản 22.0 được sử dụng để phân tích dữ liệu, với các số liệu thống kê mô tả được sử dụng để tóm tắt dữ liệu và các thử nghiệm t được sử dụng để so sánh điểm số IIEF, ADAM score trước phẫu thuật và sau phẫu thuật. Giá trị p nhỏ hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 31 bệnh nhân ĐBMT được phẫu thuật. Tuổi trung bình $24,2 \pm 4,3$, thời gian đau $2,3 \pm 1,6$ năm. 2 (6,5%) bệnh nhân có thời gian triệu chứng giữa 3 đến 6 tháng, 7 (22,6%) có triệu chứng khoảng thời từ 6 – 12 tháng và 22 (71%) với thời gian triệu chứng trên 1 năm.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu

	Đặc điểm
Tuổi	24,2 ± 4,3
Thời gian đau	2.3 ± 1.6 năm
Nguyên nhân	Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh: 32.3 %, Hậu viêm tinh hoàn mào tinh: 45,3% Sau chấn thương: 22.6%
Vị trí đau	Bìu 41,3%, Tinh hoàn-mào tinh 47,8%, Thừng tinh 24,6%, Bẹn 15,1%.
Thang điểm đau NRS trước mổ	6.8 ± 2,3
QoL bệnh nhân	thang điểm đau NRS 1-6: 6.75 ± 1.1 thang điểm đau NRS 7-10: 4.60 ± 4.0
Tinh hoàn nhỏ	43,5%
Giãn tĩnh mạch tinh	51 %

Nguyên nhân đau được thống kê: Sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh 32.3 %, hậu viêm tinh hoàn mào tinh 45,3%, sau chấn thương 22.6%. Thang điểm đau điểm đau NRS trước mổ 6.8 ± 2,3. 13/31 bệnh nhân có thang điểm đau nặng (7-10). Chất lượng cuộc sống bệnh nhân QoL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 6.75 ± 1.1 và 4.6 ± 4.0 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10).

72 % bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL).

Bệnh nhân có kích thước tinh hoàn nhỏ hơn chỉ số trung bình trên siêu âm là 43,5% và 51 % bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời. Độ giãn tĩnh mạch tinh trên siêu âm: 3.4±1,2 mm. Giãn tĩnh mạch thừng tinh phổ biến hơn đáng kể ở những bệnh nhân có thời gian triệu chứng dài hơn chiếm 9/22(38,8%) bệnh nhân đau trên 1 năm.

Có 58.1% bệnh nhân cảm thấy rằng ĐBMT ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục

ở nhiều khía cạnh, 51.6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32.2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải, 16.1% (5/31) bệnh nhân không thấy cơn đau ảnh hưởng hoạt động tình dục.

Những bệnh nhân càng đau thì chức năng cương bị ảnh hưởng nhiều. Những bệnh nhân đau bìu nhiều với thang đo đau cao (7-9 điểm) có sự ảnh hưởng lên chức năng cương so với nhóm thang đau (1-6) (P<0.05: Fisher's exact test). Có 54.8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi IIEF có thang điểm ≤26 cho thấy có tình trạng rối loạn cương. Tỷ lệ bệnh nhân rối loạn cương cao nhóm thang điểm đau cao (7-9 điểm) (P=0.02) so với nhóm đau trung bình. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thời gian quan hệ và mức độ đau bìu.

Qua nghiên cứu cho thấy 43% (13/31) có tình trạng giảm ham muốn tình dục khi khảo sát qua bảng câu hỏi ADAM. 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) có kết quả nghi ngờ suy sinh

dục trên thang điểm ADAM so với chỉ 16.7% (3/18) (thang điểm đau >6) (khác biệt có ý nghĩa , $P<0.05$: chi squared test). Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% bệnh nhân.

Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58.1% (18/31), 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so

với chỉ 44.4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤ 6 đ) ($P<0.05$: chi squared test). Xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31) bệnh nhân. 53.8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng khi xuất tinh so với 33.3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa (thang điểm đau ≤ 6 đ) ($P<0.05$: chi squared test)

Bảng 2: Rối loạn tình dục qua bảng điểm SIM

IIEF	NRS 1-6	NRS 7-10
< 26	8(44.4%)	9 (69.2%)
≥ 26	10(55.5%)	4(30.7%)
Tổng	18	13

$P<0.05$: chi squared test

Bảng 3: Suy sinh dục và giảm ham muốn qua bảng ADAM

ADAM	NRS 1-6	NRS 7-10
Dương	3(9.7%)	10 (76.9%)
Âm	17(10.3%)	3(23.1%)
Tổng	18	13

$P<0.05$: chi squared test

Bảng 4: Sự thay đổi của hoạt động tình dục sau phẫu thuật

Biến số	Trước mổ	Sau phẫu thuật 6 tháng	P
Đau bìu ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục	58.1%	32.2 %	$P=0.03$ (Chi Square Test)
IIEF	20,3	23,6	$P=0.04$ (T test)
Giảm ham muốn bằng câu hỏi ADAM	43%	9.67 %	$P<0.01$ (Chi Square Test)
Hoạt động tình dục gây kích thích đau	58.1%	25.8%	$P=0.025$ (Chi Square Test)
Xuất tinh gây đau	41.9 %	29.01%	$P=0.045$ (Chi Square Test)
Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình	37.5%	27.7%	$P=0.125$ (Chi Square Test)
Thời gian quan hệ	5,25	7,43	$P=0.06$ (T Test)

Điểm IIEF trước phẫu thuật trung bình là 20,3 (khoảng tin cậy 95% 13-26), cho thấy rối loạn cương nhẹ đến trung bình ở hầu hết bệnh nhân. Sau khi cắt bỏ dây thần kinh bằng vi phẫu, điểm IIEF trung bình sau phẫu thuật tăng đáng kể lên 23,6 (khoảng 17-29) ($p < 0,05$), cho thấy sự cải thiện chức năng tình dục. Cụ thể, những cải thiện đã được quan sát thấy ở chức năng cương, chức năng cực khoái, ham muốn tình dục và các thành phần hài lòng tổng thể của bảng câu hỏi IIEF.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Cũng như các tác giả khác, độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu khá trẻ $24,2 \pm 4,3$ với thời gian chịu cơn đau tương đối dài $2,3 \pm 1,6$ năm. Bệnh nhân trong nghiên cứu trẻ hơn so với các báo cáo ở phương tây^{5,6,8} có thể do đặc điểm phân bố dân số trẻ tại Việt Nam. Những điều trên cho thấy đau ĐBMT ảnh hưởng không chỉ trên sức khỏe bệnh nhân mà còn gián tiếp ảnh hưởng lên hoạt động sống, làm việc, tình dục và chất lượng sống của bệnh nhân.

Một nghiên cứu cho thấy rằng ĐBMT ảnh hưởng đến 0,8% các chàng trai trẻ. Trung bình lượt khám là 5,3 lần mỗi năm⁴. Bệnh nhân được giới thiệu đến bác sĩ chuyên khoa Tiết niệu cũng rất phổ biến và số lượt giới thiệu trung bình là 1,4 mỗi bệnh nhân⁶.

Nguyên nhân của ĐBMT ở nam thanh niên được báo cáo trong nghiên cứu này qua bảng 1. Dù đã thực hiện loại các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh chưa phẫu thuật, trong nghiên cứu vẫn ghi nhận 51% bệnh nhân có phát hiện giãn tĩnh mạch tinh đồng thời với các tổn thương do viêm, chấn thương, hoặc sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh. Tỷ lệ giãn tĩnh mạch thừng tinh ở nam thanh niên bình thường ước tính khoảng 15–20%⁸ và tỷ lệ

đau ở những người bị giãn tĩnh mạch thừng tinh được ước tính trong khoảng từ 2 đến 10%⁵, có nghĩa là tỷ lệ hiện mắc ước tính giãn tĩnh mạch thừng tinh gây đau 0,3–2% ở nam thanh niên bình thường dân số⁵. Giãn tĩnh mạch tinh có thể là một trong các yếu tố quan trọng kích thích đồng thời các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bẹn gây nên đau bìu mạn.

Các nghiên cứu cho thấy gần 25% bệnh nhân ĐBMT không có nguyên nhân rõ ràng⁷. Điều này thể hiện rõ ở những bệnh nhân vẫn còn đau bìu sau phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh giãn. Vì vậy có thể cần cân nhắc can thiệp phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh ở bệnh nhân có giãn tĩnh mạch tinh và tiền căn gợi ý có tổn thương kích thích các thụ thể thần kinh ở vùng bìu bẹn như viêm tinh hoàn, chấn thương bìu, phẫu thuật.

Trong nghiên cứu không ghi nhận các trường hợp ĐBMT ở các bệnh nhân được phẫu thuật thất ống dẫn tinh hoặc tái tạo thành bẹn. Có thể do tỷ lệ bệnh nhân thực hiện triệt sản ở Việt Nam không cao so với các nghiên cứu ở các nước phương Tây nên tăng xuất ĐBMT sau phẫu thuật triệt sản không được ghi nhận. Các bệnh nhân ĐBMT sau phẫu thuật tái tạo thành bẹn có xu hướng khám và can thiệp ở chuyên khoa ngoại Tổng quát cũng có thể giải thích kết quả trên.

Việc điều trị ĐBMT phụ thuộc vào nguyên nhân hoặc nguyên nhân được cho là của đau bìu. Chìa khóa để đánh giá thành công là hỏi bệnh sử và khám lâm sàng kết hợp sử dụng siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn là phương thức đáng tin cậy nhất. Nghiên cứu ghi nhận thấy rằng ở những bệnh nhân bị đau bìu lâu hơn 14 ngày, siêu âm phát hiện tổn thương ở 28% bệnh nhân không có dấu hiệu lâm sàng khi khám bao gồm giãn tĩnh mạch thừng tinh, tràn dịch tinh

mạc, viêm tinh hoàn và mào tinh hoàn⁴. Vì vậy, cần thực hiện sớm siêu âm tinh hoàn và vùng bẹn cho tất cả bệnh nhân bị ĐBMT nhằm loại trừ các nguyên nhân can thiệp được.

72% bệnh nhân trong nghiên cứu trả lời 'gần như không hài lòng', 'không hài lòng' hoặc 'khủng khiếp' nếu họ phải tiếp tục cuộc sống với các triệu chứng đau bìu hiện tại của họ (câu hỏi QOL) và 25 (80,6 %) bệnh nhân ghi nhận cơn đau ảnh hưởng đến hoạt động làm việc so với 60% và 31% báo cáo của tác giả⁸

ĐBMT đã ảnh hưởng đến hiệu quả công việc của họ. Chất lượng cuộc sống qua câu hỏi QOL bệnh nhân đau vừa (thang điểm đau NRS 1-6) 4.6 ± 4.0 và 6.75 ± 1.1 ở bệnh nhân đau nặng (NRS 7-10). Trong khi ngay cả nhóm bệnh nhân nam có cơn đau ít nghiêm trọng hơn cũng ghi nhận tác động tiêu cực trên QOL, cơn đau được báo cáo càng nghiêm trọng, tác động được báo cáo lên QOL càng lớn.

ĐBMT là một tình trạng bệnh lý phổ biến. Nhưng đây cũng là một tình trạng mà nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu chịu đựng trong nhiều năm mà không tìm kiếm sự can thiệp tích cực, mặc dù nhiều báo cáo cho thấy rằng cơn đau này đang có tác động tiêu cực về chất lượng cuộc sống (QOL), công việc và tâm trạng của bệnh nhân.

4.2. Ảnh hưởng phẫu thuật cắt thần kinh thừng tinh lên tình dục

Khi nào cơn đau trở nên mạn tính, tính chất bệnh lý sẽ ngày càng phức tạp và dẫn đến các vấn đề tâm lý xã hội khác nhau, bao gồm ảnh hưởng cả hoạt động sống, tình dục, hôn nhân. Một nghiên cứu của Flor và cộng sự về tác động của cơn đau mạn tính có nguồn gốc khác nhau đối với bạn tình cho thấy rằng 67% bệnh nhân có hôn nhân và mối quan hệ

bị ảnh hưởng tiêu cực bởi những cơn đau mạn tính, đồng thời giảm đáng kể sự hài lòng trong hôn nhân⁵.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu này có độ tuổi tương đối trẻ, trung bình $24,2 \pm 4,3$ và chịu cơn đau khá lâu 2.3 ± 1.6 năm trước khi được điều trị. Đây là giai đoạn quan trọng trong cuộc sống bệnh nhân, ĐBMT có gây ảnh hưởng đến các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, công việc, hoạt động thể chất, tình dục, làm giảm năng suất làm việc và gây gia tăng đáng kể chi phí chăm sóc sức khỏe trực tiếp và gián tiếp. Như trong nhiều bệnh mạn tính khác hội chứng ĐBMT có thể có tác động xã hội đáng kể, vì nó dẫn đến tăng chi phí chăm sóc sức khỏe đáng kể, mất việc làm, thời gian và năng suất lao động

Mối liên quan giữa đau mạn tính nói chung và rối loạn chức năng tình dục đã được công nhận. Tác giả Osborne và Maruta trong nghiên cứu với 50 bệnh nhân đau mạn tính đã kết hôn, 78% bệnh nhân của họ báo cáo bệnh nhân không thể quan hệ (16%) hoặc giảm (62%) trong hoạt động tình dục. Đồng thời 65% bệnh nhân của nghiên cứu trên có tần suất giao hợp ít nhất một lần một tuần (trong 42% tần suất là 2-3 lần một tuần)⁶.

Quá trình điều trị ĐBMT cũng có thể làm giảm khả năng tình dục do tác dụng của các thuốc giảm đau lên hứng thú và chức năng tình dục bệnh nhân. Trong nghiên cứu 51.6% (16/31) bệnh nhân cảm thấy đau bìu ảnh hưởng nhiều lên hoạt động tình dục, 32.2 % (10/31) thấy ảnh hưởng vừa phải. 60% cảm thấy rằng ĐBMT đã ngăn cản họ quan hệ tình dục bình thường

Trong nghiên cứu 54.8% (17/31) bệnh nhân trả lời bảng câu hỏi IIEF có bằng chứng về rối loạn tình dục. Nguyên nhân làm giảm ham muốn tình dục và hoạt động tình dục có

thể bao gồm cả sự suy nhược của cơ thể từ cơn đau mạn tính, trầm cảm, giảm chất lượng cuộc sống QoL do cả đau đớn và những hạn chế gây ra bởi cơn đau mạn tính trong quá trình hoạt động tình dục. Sự giảm ham muốn này cũng có thể được giải thích bởi những nguyên nhân trước đó gây ra ĐBMT như chấn thương, viêm tinh hoàn. Các tổn thương này có thể gây nên các tổn thương về mặt nội tiết của tinh hoàn. Tình trạng giảm ham muốn chiếm 35.4% (11/31) trong khi so với sự suy giảm Testosterone là 37,5% cho thấy không chỉ về mặt nội tiết, nguyên nhân rối loạn tình dục của bệnh nhân còn có thể có sự góp phần của những rối loạn về mặt lâm lý. Tỷ lệ bệnh nhân có Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình ở 37,5% có thể được giải thích do các nguyên nhân trước đó gây tổn thương chức năng nội tiết của tinh hoàn như viêm tinh hoàn hoặc chấn thương tinh hoàn chiếm tỷ lệ cao trong bệnh sử bệnh nhân. Tuy nhiên cũng không loại trừ sự suy giảm Testosterone ở nam giới trong nghiên cứu xuất phát từ tình trạng trầm cảm của bệnh nhân khi chịu đựng cơn đau kéo dài. Điều này đã được ghi nhận ở một số nghiên cứu.

Theo phản hồi của nhiều bệnh nhân trong nghiên cứu cơn đau bùi đau nặng hơn khi sinh hoạt tình dục. Hoạt động tình dục gây kích thích đau 58.1% (18/31), xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31). Có 76.9% (10/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau tăng sau hoạt động tình dục so với chỉ 44.4% (8/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa ghi nhận cơn đau thay đổi (thang điểm đau ≤ 6đ) ($P < 0.05$: chi squared test).

Xuất tinh gây đau 41.9 % (13/31) bệnh nhân. 53.8% (7/13) bệnh nhân có thang điểm đau lớn (thang điểm đau > 7đ) thấy cơn đau

tăng khi xuất tinh so với 33.3% (6/18) bệnh nhân có thang điểm đau vừa (thang điểm đau ≤ 6đ) ($P < 0.05$: chi squared test)

Ảnh hưởng đến hoạt động tình dục và ham muốn dường như nặng nhất ở nam giới đau nhiều. Bệnh nhân có cường độ đau càng nhiều, mức độ ảnh hưởng của hoạt động tình dục lên cơn đau càng nặng. Và ngược lại, những bệnh nhân ĐBMT có cường độ đau lớn được ghi nhận có tình trạng rối loạn cương cao qua bảng điểm SIM.

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy ĐBMT có tác động tiêu cực đối với chức năng tình dục nam giới. Sự sụt giảm trong chất lượng cuộc sống do các cơn đau mạn tính ở bệnh nhân ĐBMT góp phần hoặc gây ra rối loạn chức năng tình dục như sự giảm ham muốn và rối loạn cương. Vì vậy, có thể cần đánh giá yếu tố tình dục là một trong những chỉ định can thiệp bằng phẫu thuật ở những bệnh nhân ĐBMT ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nam giới.

Nghiên cứu chứng minh rằng việc cắt dây thần kinh thừng tinh bằng phương pháp vi phẫu có thể giúp cải thiện đáng kể chức năng tình dục và giảm đau cho bệnh nhân nam bị ĐBMT. Các chỉ số “Đau bùi ngăn cản hoạt động quan hệ tình dục”, “IIEF”, “Giảm ham muốn bảng câu hỏi ADAM”, “Hoạt động tình dục gây kích thích đau”, “Xuất tinh gây đau” đều cải thiện sau phẫu thuật. Nồng độ Testosterone thấp hơn giá trị trung bình và không thay đổi nhiều có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, cần theo dõi lâu dài hơn để đánh giá tác động lâu dài đối với khả năng sinh sản.

Kết quả của chúng tôi cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê về chức năng tình dục, được đo bằng bảng câu hỏi IIEF, sau 6 tháng sau phẫu thuật. Phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu trước đây đã báo cáo

chức năng tình dục được cải thiện sau khi cắt dây thần kinh thừng tinh bằng vi phẫu^{8,9}. Kết quả của nghiên cứu cho thấy việc cắt bỏ dây thần kinh bằng vi phẫu ở nam giới bị ĐBMT có thể dẫn đến cải thiện đáng kể chức năng tình dục ở nhiều khía cạnh. Cụ thể, chúng tôi đã quan sát thấy những cải thiện có ý nghĩa thống kê về chức năng cương, chức năng cực khoái, ham muốn tình dục và sự hài lòng về tình dục tổng thể được đo bằng bảng câu hỏi IIEF.

Những phát hiện của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây cũng đã báo cáo kết quả tích cực của việc cắt dây thần kinh vi phẫu đối với chức năng tình dục ở nam giới bị ĐBMT. Ví dụ, một nghiên cứu ở Trung Quốc (2017) đã báo cáo rằng phẫu thuật này đã dẫn đến sự cải thiện đáng kể về chức năng cương và sự hài lòng về tình dục nói chung ở một nhóm gồm 43 nam giới¹⁰. Một nghiên cứu khác của Tu và cộng sự (2019) đã báo cáo kết quả tương tự trong một nhóm lớn hơn gồm 84 nam giới.

Ngoài những tác động tích cực đến chức năng tình dục, việc cắt bỏ dây thần kinh bằng vi phẫu cũng đã được chứng minh là giúp giảm đau cho nam giới bị ĐBMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân đều báo cáo mức độ đau giảm đáng kể sau thủ thuật. Điều này phù hợp với kết quả của các nghiên cứu khác, đã báo cáo tỷ lệ giảm đau từ 67% đến 90%^{5,7,9}.

Một khía cạnh quan trọng khác của chức năng tình dục nam là xuất tinh sớm (PE). Thật thú vị, nghiên cứu của chúng tôi đã tìm thấy sự cải thiện đáng kể về PE sau MDSC. Điều này phù hợp với các báo cáo trước đây về MDSC có liên quan đến PE được cải thiện^{8,9}. Cơ chế của sự cải thiện này vẫn chưa rõ ràng, nhưng nó có thể liên quan đến sự gián đoạn của các sợi thần kinh giao cảm liên

quan đến xuất tinh.

Trên thực tế, nghiên cứu đã gợi ý khả năng cải thiện PE sau MDSC. Những phát hiện này cung cấp hỗ trợ cho việc sử dụng MDSC ở nam giới bị ĐBMT, nhưng cần có thêm các nghiên cứu để đánh giá đầy đủ tính an toàn và hiệu quả lâu dài của phẫu thuật CTKTTVP. Những kết quả này giúp làm yên lòng cả bác sĩ điều trị và bệnh nhân có lo lắng về tác động tiềm tàng của việc cắt bỏ dây thần kinh bằng vi phẫu đối với khả năng tình dục. Hiệu quả giúp cải thiện chức năng tình dục có thể liên quan đến việc giảm đau bìu và căng thẳng tâm lý sau phẫu thuật.

Tuy nhiên, điều quan trọng cần lưu ý là phẫu thuật này không phải không có rủi ro và các biến chứng tiềm ẩn, bao gồm nhiễm trùng, chảy máu và tổn thương các cấu trúc xung quanh. Do đó, việc lựa chọn bệnh nhân cẩn thận và sự đồng ý có hiểu biết là điều cần thiết để giảm thiểu những rủi ro này và đảm bảo kết quả tối ưu.

Kết quả cho thấy MDSC có thể là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả cho ĐBMT, không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng tình dục và thậm chí có khả năng cải thiện tình trạng xuất tinh sớm. Các nghiên cứu trong tương lai cũng nên điều tra tác động của việc cắt dây thần kinh vi phẫu đối với các khía cạnh khác của chức năng tình dục nam giới, chẳng hạn như chức năng xuất tinh và chất lượng cực khoái. Ngoài ra, cần theo dõi lâu dài để đánh giá độ ổn định của giảm đau và đánh giá tác động lên khả năng sinh sản theo thời gian.

Tuy nhiên, điều quan trọng cần lưu ý là nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế. Đầu tiên, nó được tiến hành tại một cơ sở duy nhất với cỡ mẫu tương đối nhỏ là 31 bệnh nhân. Thứ hai, thời gian theo dõi được giới hạn trong 6 tháng và kết quả lâu dài hơn

vẫn chưa được biết. Cuối cùng, nghiên cứu của chúng tôi không bao gồm nhóm đối chứng, điều này hạn chế khả năng đưa ra kết luận chắc chắn về hiệu quả của việc cắt dây thần kinh vi phẫu đối với ĐBMT. Các nghiên cứu trong tương lai với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để xác nhận những phát hiện của chúng tôi và khám phá thêm về hiệu quả của việc cắt bỏ dây thần kinh vi phẫu như một phương pháp điều trị ĐBMT.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn những bệnh nhân cho thấy cơn đau có tác động tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, tâm trạng và khả năng làm việc. ĐBMT mức độ nặng có thể ảnh hưởng rất lớn lên hoạt động tình dục ở nam giới. Các bệnh nhân có cơn đau càng lớn trên thang điểm đau càng sẽ bị ảnh hưởng nhiều về mặt tình dục. Cắt bỏ dây thần kinh bằng vi phẫu là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả cho bệnh nhân nam bị ĐBMT. Phẫu thuật này có thể dẫn đến những cải thiện đáng kể về chức năng tình dục và giảm đau mà không ảnh hưởng đến hoạt động tình dục. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu sâu hơn để xác nhận những phát hiện và đánh giá hiệu quả lâu dài của phẫu thuật này trên đời sống bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anderson RU, Wise D, Sawyer T, et al.** Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis /chronic pelvic pain syndrome: improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol* 2006;176:1534-8; discussion 1538-9.
2. **Classification of chronic pain.** Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Prepared by the International Association for the Study of Pain, Subcommittee on Taxonomy. *Pain Suppl* 1986;3:S1-226.).
3. **Flor H, Turk DC, Scholz OB.** Impact of chronic pain on the spouse: marital, emotional and physical consequences. *J Psychosom Res* 1987;31:63-71
4. **Mannan R, Arya M.** Microsurgical denervation of the spermatic cord for chronic scrotal pain: a systematic review and meta-analysis. *BJU Int.* 2019;124(2):209-215. doi:10.1111/bju.14703
5. **Strebel RT, Leippold T, Luginbuehl T, et al.** Chronic scrotal pain syndrome: management among urologists in Switzerland. *Eur Urol* 2005;47:812-6
6. **Tu X, Huang L, Zhou S, et al.** Microsurgical denervation of the spermatic cord for chronic scrotal content pain: a novel approach. *BMC Urol.* 2019;19(1):73. doi:10.1186/s12894-019-0492-2
7. **Valencic M, Re: Granitsiotis P, Kirk D.** Chronic testicular pain: an overview. *Eur Urol* 2004;45:430-6. *Eur Urol* 2005;47(5):720. doi:10.1016/j.eururo.2004.10.023
8. **Woolf CJ, Salter MW.** Neuronal plasticity: increasing the gain in pain. *Science.* 2000 Jun 9;288(5472):1765-9. doi: 10.1126/science.288.5472.1765. PMID: 10846153
9. **Zhang Y, Yang Y, Zhao X, et al.** Microsurgical denervation of the spermatic cord for chronic orchialgia and testicular pain: preliminary results. *Eur Urol.* 2016;69(3):537-540. doi:10.1016/j.eururo.2015.11.013
10. **Shridharani A, Lockwood G, Sandlow J, Witt M.** Microdenervation of the spermatic cord: a surgical alternative in the treatment of chronic orchialgia. *J Urol.* 2008;180(3):939-942. doi:10.1016/j.juro.2008.05.004
11. **Zhou, J., Li, H., Li, X., Wang, J., Zhao, L., & Zhang, Q.** (2017). Microsurgical denervation of the spermatic cord for chronic scrotal pain: a single-center experience with 683 cases. *Urology*, 102, 139-144.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT BÁN PHẦN THẬN ĐIỀU TRỊ U THẬN KÍCH THƯỚC LỚN

Trương Thanh Tùng¹, Lê Quang Hai¹,
Lê Hữu Quân¹, Nguyễn Văn Thành²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá một số đặc điểm khối u thận kích thước lớn và kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận điều trị u thận kích thước lớn tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

Đối tượng và phương pháp: bao gồm 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ) được chẩn đoán u thận giai đoạn pT1b trên hình ảnh chụp CT scan và được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 05 năm 2023.

Kết quả: Tuổi trung bình 56,4 năm. Kích thước khối u trung bình 5,2 cm. Điểm R.E.N.A.L.: mức độ thấp, trung bình và cao lần lượt là 20%, 52% và 28%. Thời gian mổ trung bình 87,9 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình 25,6 phút. Lượng máu mất trung bình 86,8 ml. Tai biến chảy máu có 01 bệnh nhân, phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn. Biến chứng sau mổ: 01 trường hợp còn ổ đọng dịch sau phúc mạc, và 01 trường hợp bị chảy máu và tụ máu quanh thận. Kiểm tra sau 03 đến 06 tháng và 03 năm không có biến chứng, di căn hay tái phát tại chỗ.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận trong điều trị u thận kích thước lớn (pT1b) có thể thực hiện được tại các bệnh viện tuyến tỉnh, với kết quả an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: cắt bán phần thận; u thận; phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY IN THE TREATMENT OF LARGE KIDNEY TUMORS

Objectives: to evaluate some characteristics of large kidney tumors and results of retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy for large kidney tumors at a provincial general hospital.

Subjects and methods: 25 patients (14 men, 11 women) were diagnosed with pT1b stage renal tumor on CT scan image and underwent retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy at Thanh Hoa General Hospital from January 2017 to May 2023.

Results: The mean age 56.4 years. The average tumor size was 5.2 cm. R.E.N.A.L. scores: low, medium, and high scores of 20%, 52%, and 28%, respectively. The average operation time was 87.9 minutes. The average warm ischemia time is 25.6 minutes. The average blood loss was 86.8 ml. Hemorrhagic complication in 01 patient, had to convert to laparoscopic radical nephrectomy. Post-operative complications: 01 case still had retroperitoneal fluid accumulation, and 01 case had bleeding and

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hoá

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thanh Hoá

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thanh Tùng
ĐT: 0915333838

Email: tungtnqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 5/6/2023

Ngày duyệt đăng: 17/6/2023

hematoma around the kidney. Examination after 03 to 06 months and 03 years showed no local complications, metastases, or recurrences.

Conclusion: Retroperitoneal nephrectomy in the treatment of large kidney tumors (pT1b) can be performed at provincial hospitals, with safe and effective results.

Keywords: partial nephrectomy; renal tumor; laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với ưu điểm là phẫu thuật ít xâm lấn và có thể bảo tồn, tiết kiệm được các đơn vị chức năng của thận. Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận điều trị u thận đang dần thay thế cho phẫu thuật mổ mở kinh điển và trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn, được làm thường quy tại các trung tâm phẫu thuật lớn. Đây là một phẫu thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và kỹ năng phẫu thuật nội soi tốt, song song cơ sở y tế cũng cần được trang bị các trang thiết bị và vật tư phù hợp (dàn phẫu thuật nội soi có độ phân giải cao; dao phẫu thuật siêu âm hoặc hàn mạch; dụng cụ bulldog nội soi; chỉ và các vật liệu cầm máu...) [2, 3].

Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận (laparoscopic partial nephrectomy – LPN) thường được chỉ định điều trị các khối u thận có kích thước $\leq 7\text{cm}$ (giai đoạn pT1) với kết quả về mặt ung thư học tương đương phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn (laparoscopic radical nephrectomy – LRN). Theo thống kê từ các nguồn dữ liệu năm 2010-2011, tỷ lệ sống thêm 5 năm không ung thư sau phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận là 86% [3, 11]. Ngày nay, mặc dù phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận đã được tiến hành thường xuyên hơn, nhưng với những khối u có kích thước lớn và những khối u có độ khó, độ phức tạp cao (từ 8 – 12 điểm theo phân độ

phức tạp khối u của hệ thống R.E.N.A.L của Kutikov và Uzzo năm 2009 [5]) thì vẫn đang còn nhiều thách thức về mặt kỹ thuật và kết quả đạt được.

Tại Việt Nam, các trung tâm ngoại khoa lớn như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện TW Huế, Bệnh viện ĐHYD TP Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Bình Dân ... đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận trong điều trị u thận từ rất sớm. Với các Bệnh viện tuyến tỉnh, đây vẫn là một thách thức và đang còn ít nơi thực hiện được. Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa đã tiến hành phẫu thuật này từ cuối năm 2016, cho đến nay, chúng tôi đã chỉ định và tiến hành thường xuyên phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận cho những trường hợp u thận giai đoạn pT1. Qua những trường hợp đã thực hiện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận điều trị u thận kích thước lớn. Nhằm đánh giá một số đặc điểm và kết quả của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận trong điều trị u thận kích thước lớn tại bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ) được chẩn đoán u thận giai đoạn pT1b (kích thước $u > 4\text{cm}$ và $\leq 7\text{cm}$) trên hình ảnh chụp CT scan và được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 05 năm 2023.

Căn cứ lựa chọn chỉ định phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận điều trị u thận kích thước lớn:

- Khối u thận ở giai đoạn pT1b (theo phân giai đoạn bệnh ung thư thận của AJCC năm 2017[12] có: pT1a là khối u thận có

kích thước $\leq 4\text{cm}$; pT1b là khối u có kích thước $\leq 7\text{cm}$; pT2 là khối u có kích thước $> 7\text{cm}$). Chưa có hạch vùng hay di căn xa.

- Bệnh nhân không có chống chỉ định với phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, như: không có chống chỉ định gây mê nội khí quản; không có các bệnh lý kết hợp mà chưa điều trị ổn định; chưa phẫu thuật sau phúc mạc cùng bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu số liệu. Các bệnh nhân đều được chẩn đoán và thực hiện phẫu thuật theo một quy trình, trên dàn máy nội soi 4K của hãng Olympus bởi cùng một ekip phẫu thuật viên. Sử dụng dao mổ siêu âm Harmonic scalpel Gen 11 của hãng Ethicon Endo-Surgery. Sử dụng bulldog nội soi và các kẹp Hem-o-lock size 5 và 10mm. Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu chung.

Căn cứ tính điểm nephrometry (đánh giá độ phức tạp của khối u) theo hệ thống R.E.N.A.L của Kutikov và Uzzo năm 2009 (hệ thống này dựa trên 5 tiêu chí: kích thước khối u; độ lùi của khối u lên bề mặt thận; khoảng cách từ khối u đến hệ thống đài bể thận; khối u nằm ở mặt trước hay mặt sau; vị trí khối u liên quan với đường cực thận. mỗi tiêu chí có từ 1 đến 3 điểm) [5] có 3 mức: mức thấp (4 – 6 điểm), trung bình (7 – 9 điểm) và cao (10 – 12 điểm).

* Chuẩn bị bệnh nhân: Các bệnh nhân đều được gây mê nội khí quản, đặt sonde dạ dày, sonde niệu đạo và làm sạch ruột trước mổ.

* Quy trình phẫu thuật: Các bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận với tư thế nghiêng đôi diện 90° có độn vùng thắt lưng.

Đặt trocar đầu tiên theo phương pháp mở, tạo khoang bằng bóng tay gắng bơm 600ml khí trời, các trocar còn lại đặt dưới sự quan sát của ống kính soi, vị trí các trocar tại các đường nách trước, giữa, sau. Bơm khí CO_2 với áp lực $\leq 12\text{ mmHg}$, tốc độ bơm ban đầu 2 – 3 l/phút.

- Đối với phẫu thuật bên thận phải: phẫu tích bộc lộ động mạch thận, bộc lộ phần thận có u (tốt nhất nên bộc lộ để di động hoàn toàn được thận, đặc biệt những trường hợp khối u ở vị trí cần phải xoay trục thận để thuận lợi hơn cho quá trình cắt u và khâu phục hồi thận), đánh dấu ranh giới định cắt quanh khối u cách mép u khoảng 2 – 3mm bằng dao điện monopolar. Dùng bulldog nội soi kẹp động mạch thận (có thể sử dụng dây cao su lấy từ cổ tay gắng phẫu thuật kết hợp với Hem-o-lock để kẹp tạm thời động mạch). Khi thận đã mềm, dùng kéo phẫu tích cắt lạnh khối u theo hình nhân (enucleation) đến ranh giới phần thận lành (margin) như phần đã đánh dấu ở trên. Khâu lớp đài bể thận bằng chỉ vicryl 3-0 hoặc chỉ xương cá (V-lock) 3-0. Đặt bolster bằng tấm surgicel cuộn tròn (có thể không cần đặt bolster). Khâu phục hồi nhu mô thận bằng các mũi chỉ vicryl 1-0 hoặc 2-0 có sử dụng các Hem-o-lock để kẹp đầu chỉ cố định (có thể sử dụng sợi chỉ xương cá khâu lớp đài bể thận để khâu tiếp lớp này). Thả bulldog kẹp động mạch thận, kiểm tra cầm máu diện cắt và khâu cầm máu bổ sung. Đặt dẫn lưu cạnh thận, đóng chân các trocar 2 lớp.

- Đối với phẫu thuật bên thận trái: tương tự.

* Chăm sóc và các chỉ số cần quan tâm:

Bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp động mạch, nhịp thở, nhiệt độ và tình trạng dẫn lưu sau mổ. Kháng sinh dùng nhóm β lactamine kết hợp với nhóm quinolon. Giảm

đau non-steroid và morphine. Các chỉ số được ghi chép: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, kỹ thuật khống chế mạch máu, kỹ thuật khâu phục hồi thận, lượng máu mất, số lượng trocar, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện, rò nước tiểu, các tai biến – biến chứng khác. Kiểm tra lại 3-6 tháng và 3 năm sau phẫu thuật (qua thăm khám lâm sàng, xét nghiệm, chụp X-quang và siêu âm).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm bệnh lý

Tỷ lệ bệnh nhân được phát hiện tình cờ khối u thận chiếm 68%, chủ yếu qua các đợt đi khám sức khỏe hay khám các bệnh lý khác. Các trường hợp còn lại thường có biểu hiện đau mỗi vùng thắt lưng bên bệnh, hay có biểu hiện đái máu, hay gầy sút cân. Không có bệnh nhân nào có biểu hiện sờ thấy khối u vùng thắt lưng. Tất cả các bệnh nhân đều được: phát hiện các khối u thận bằng siêu âm; xác định giai đoạn bệnh và điểm nephrometry trước mổ bằng hình ảnh chụp CT scan.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm bệnh lý	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng (Tỷ lệ %)
Tuổi (năm)	56,4 (25 – 71)
Giới (nam/nữ)	14/11
BMI (chỉ số khối cơ thể)	23,4 (18,2 – 26,6)
Bên thận u (phải/trái)	13/12
Kích thước khối u (cm)	5,2 (4,1 – 6,5)
Vị trí khối u	
Cực trên	7 (28)
Phần giữa	10 (40)
Cực dưới	8 (32)
Điểm nephrometry*	
Thấp	5 (20)
Trung bình	13 (52)
Cao	7 (28)
Giai đoạn bệnh**	
pT1b	25 (100)
Kết quả mô bệnh học	
U tế bào sáng (nang 1TH)	16 (64)
U nhú	5 (20)
U ký màu	4 (16)

*. Tính điểm nephrometry theo hệ thống R.E.N.A.L.

**. Phân giai đoạn bệnh theo AJCC 2017.

3.2. Một số đặc điểm phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng (tỷ lệ %)
Số lượng trocar	25 (100)
3	21 (84)
4	4 (16)
Thời gian phẫu thuật (phút) (Trừ 01 TH phải chuyển PP)	87,9 (55 – 120)
Thời gian thiếu máu nóng* (phút)	25,6 (20 – 40)
Không chế động mạch thận	25 (100)
Dây cao su	6 (24)
Bulldog	19 (76)
Sinh thiết margin	10 (40)
Dương tính	0 (0)
Âm tính	10 (100)
Lượng máu mất (ml)	86,8 (50 – 250)
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	5 (4 – 6)
Thời gian nằm viện (ngày)	6 (5 – 7)
Tai Biến trong mổ**	1 (4)
Biến chứng sau mổ***	2 (8)
Kiểm tra lại sau mổ****	20 (80)
03 - 06 tháng	20 (80)
03 năm	6 (24)

*. Thời gian thiếu máu nóng tính từ khi không chế động mạch thận đến khi thả không chế động mạch thận.

**. Tai biến chảy máu trong mổ do khối u ở phần giữa thận xâm lấn sâu vào xoang thận, về sau chuyển sang phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn (TG mổ 130 phút).

***. Biến chứng: 01 TH còn ổ đọng dịch sau phúc mạc do tắc dẫn lưu ổ mổ, về sau tiến hành chọc hút dưới hướng dẫn siêu âm và bơm rửa sạch ổ đọng dịch; 01 TH chảy máu sau xuất viện được 5 ngày, bệnh nhân

về nhà bị chảy máu, với biểu hiện đái máu nhẹ và tụ máu quanh thận, đã cho quay lại (02 lần) truyền máu, nút mạch và thực hiện PTNS lấy máu tụ sau phúc mạc.

****. Các bệnh nhân được kiểm tra sau mổ bằng siêu âm, xét nghiệm chức năng thận, chụp x-quang phổi và khám lâm sàng, không có bệnh nhân nào bị rò nước tiểu, nhiễm trùng chân trocar, tái phát tại chỗ hay di căn xa (các trường hợp mổ đầu 2017 đánh giá được sau 3 năm).

Bảng 3: Sự liên quan giữa thời gian phẫu thuật và loại chỉ dùng khâu phục hồi nhu mô thận

Thời gian	≤60ph	>60 & ≤90ph	>90 & ≤120ph	>120ph	Tổng
Dùng chỉ V-lock (17BN)	1	9	7	0	17
Dùng chỉ Vicryl (7BN)	0	3	4	0	7
Tổng	1	12	11	0	24*

*: Không tính 01 trường hợp chuyển PP mổ (dùng chỉ Vicryl);

Sử dụng kiểm định χ^2 có hiệu chỉnh Yates, kết quả $\chi^2 = 0,24$, không thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu

thuật và loại chỉ dùng khâu phục hồi nhu mô thận; Sử dụng chỉ Vicryl thường tiêu tốn nhiều Hem-o-lock hơn và có thời gian khâu phục hồi nhu mô thận lâu hơn so với khi sử dụng chỉ V-lock.

Bảng 4: Sự liên quan giữa lượng máu mất với việc sử dụng bolster

Máu mất	≤60ml	>60 & ≤80ml	>80 & ≤100ml	>100ml	Tổng
Dùng bolster	1	2	3	2	8
Không dùng bolster	4	7	5	1	17
Tổng	5	9	8	3	25

Sử dụng kiểm định χ^2 có hiệu chỉnh Yates, kết quả $\chi^2 = 0,61$, không thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa lượng máu mất với việc sử dụng bolster hay không sử dụng bolster; Sử dụng bolster thường phù hợp hơn cho những trường hợp u ở phần giữa và u ở phía bờ ngoài thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định

Cho đến nay, phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận đang dần được chấp nhận và ưu tiên lựa chọn trong điều trị các trường hợp u thận lành tính và ung thư thận giai đoạn pT1 trở xuống [2, 7]. Theo hướng dẫn của Hội ung thư Canada, với những khối u thận ở giai đoạn pT1b (kích thước u > 4cm và ≤ 7cm) thì chỉ nên lựa chọn phẫu thuật cắt bán phần thận hoặc cắt thận triệt căn. Việc lựa chọn phẫu thuật nội soi hay mổ mở để cắt bán phần thận hay cắt thận triệt căn phụ thuộc vào khả năng của phẫu thuật viên cũng như trang bị của cơ sở điều trị [3]. Theo Guideline mới của EAU (năm 2022), với

những khối u thận ở giai đoạn pT1, lựa chọn chỉ định phẫu thuật cắt bán phần thận vẫn tốt hơn so với phẫu thuật cắt thận triệt căn (bằng chứng: 1b), việc thực hiện bằng phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở thì cho kết quả là tương đương [13].

Gần đây, nhiều tác giả đã căn cứ thêm vào hệ thống tính điểm độ phức tạp của khối u (thường tính theo hệ thống R.E.N.A.L. của Kutikov và Uzzo năm 2009) để tiên lượng độ khó cho quá trình cắt bán phần thận, hệ thống này dựa trên 5 tiêu chí để tính điểm, mỗi tiêu chí có từ 1 đến 3 điểm, trong đó có 2 tiêu chí được chú ý nhiều hơn, đó là: kích thước khối u và khoảng cách gần nhất từ khối u đến hệ thống đài bể thận (nearness to the collecting system). Với cắt bán phần thận bằng phẫu thuật nội soi thì nên lựa chọn các bệnh nhân có khối u thận có độ phức tạp ở mức thấp và mức trung bình, còn mức cao thì nên cân nhắc [5, 7]. Kapoor A. năm 2009, khuyên với những phẫu thuật viên mới làm phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận thì nên chọn những bệnh nhân có khối u thận ở giai

đoạn pT1a, u lõi nhiều ra ngoài thận (exophytic) và không gần rốn thận (non hilar), ông cũng cho rằng khi phẫu thuật viên vượt qua được 10 – 20 ca đầu thì mới nên mở rộng chỉ định phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận cho các trường hợp u thận lớn và phức tạp hơn [4].

Các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận đều ở giai đoạn pT1b với kích thước khối u trung bình là 5,2 cm, điểm độ phức tạp của khối u: ở mức độ trung bình và cao chiếm 80%, với kết quả phẫu thuật thành công 24/25 trường hợp (96%). Có một bệnh nhân phải chuyển phương pháp sang cắt thận triệt căn cũng bằng phẫu thuật nội soi, đây là trường hợp khối u thận có kích thước > 5 cm, nằm ở phần giữa thận và nằm sâu vào nhu mô thận (endophytic), trường hợp này nằm trong lô bệnh nhân được chúng tôi thực hiện từ khi mới bắt đầu triển khai kỹ thuật (khoảng 10 ca đầu), các trường hợp sau không có trường hợp nào phải chuyển phương pháp mổ mặc dù khối u thận có điểm độ phức tạp trung bình và cao là chính.

4.2. Quá trình phẫu thuật

Khống chế mạch máu thận và thời gian thiếu máu nóng:

Trong phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận, việc khống chế các mạch máu cuống thận sẽ làm cho quá trình cắt cũng như khâu phục hồi thận đỡ bị mất máu, phẫu trường cũng như diện cắt khối u được rõ ràng hơn, tuy nhiên chính việc khống chế này lại làm cho thận bị thiếu máu trong quá trình thực hiện. Thời gian thận bị thiếu máu nóng (warm-ischaemic time – WIT) tối đa cho phép tùy theo từng tác giả, nhưng có thể lên đến 30 phút, chính điều này sẽ làm hạn chế thời gian cắt cũng như khâu phục hồi thận, đặc biệt đối với những khối u thận to và phức

tạp [2, 8]. Một số tác giả cho rằng đối với những khối u thận cần mất nhiều thời gian cắt cũng như khâu phục hồi thì nên hạ nhiệt độ thận trước khi khống chế mạch máu, lúc này thận bị thiếu máu lạnh với thời gian thiếu máu lạnh (cold ischemic time – CIT) có thể kéo dài hơn, thậm chí đến 60 phút [11].

Để giảm thời gian thiếu máu nóng, Nguyen MM. (2008), qua nghiên cứu cho thấy nếu mở kẹp khống chế mạch thận sớm sau khi khâu xong lớp trong (lớp đài thận) thì thời gian thiếu máu nóng có thể giảm xuống hơn 50% [14]. Gần đây cũng đã có những tác giả báo cáo các ca thành công khi tiến hành khống chế siêu chọn lọc (super-selective) riêng động mạch nuôi khối u trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận [3]. Wolf JS. Năm 2010, đưa ra quan điểm trong phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận là: đối với những khối u thận có độ xâm lấn sâu vào nhu mô thận (tumor depth) > 5 mm thì nên tiến hành kẹp cuống thận; còn khi ≤ 5 mm thì không cần phải kẹp cuống thận [11]. Việc kẹp khống chế riêng động mạch thận hay chung các mạch thận tùy thuộc vào sở trường của phẫu thuật viên cũng như trang bị dụng cụ của cơ sở phẫu thuật, tuy nhiên nếu sử dụng Satinsky nội soi để kẹp khống chế chung các mạch thận thì thường gây vướng cho phẫu thuật viên khi thực hiện phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp được khống chế động mạch thận bằng bulldog nội soi chiếm chủ yếu (76%). Khống chế bằng dây cao su chỉ chiếm 24% và thường chỉ sử dụng với những ca đầu (khi chưa có bulldog nội soi), không có trường hợp nào sử dụng Satinsky hay hạ nhiệt độ thận hay khống chế siêu chọn lọc động mạch nuôi khối u. Các trường hợp khống chế động mạch thận bằng dây cao su thường kém linh hoạt hơn so với khống chế động mạch thận

bằng bulldog nội soi (đặc biệt trong trường hợp phải thả tạm thời không chế mạch thận để kiểm tra chảy máu). Thời gian thiếu máu nóng trung bình của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 25,6 phút, trường hợp thời gian thiếu máu nóng 40 phút là trường hợp u to, nằm sâu vào nhu mô thận, khi khâu phục hồi thận xong, thả không chế động mạch thận thấy chảy máu nhiều, mặc dù đã khâu bổ sung nhưng không không chế được chảy máu nên phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn. Kết quả thời gian thiếu máu nóng của chúng tôi khác biệt không ý nghĩa so với nghiên cứu của: Trần Ngọc Sinh năm 2010 là 10 – 20 phút; Brown GA. Năm 2007 là 30 phút (15 – 55); Nadu AM. Năm 2007 là 30 phút (18 – 49) [1, 6, 9].

Cắt u và khâu phục hồi nhu mô thận:

Trước khi tiến hành cắt khối u trong phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận thì tổ chức mỡ quanh thận nên được giải phóng hết khỏi bề mặt thận (chú ý không làm mất bao thận), riêng lớp mỡ tiếp giáp và dính với khối u thì nên để lại với mục đích làm cho việc nhấc khối u thuận lợi khi cắt và cũng giúp cho quá trình phân giai đoạn bệnh trên mô bệnh học về sau được rõ hơn. Khối u được cắt theo kiểu hình nhân đến phần thận lành (chú ý vùng margin phẫu thuật phải âm tính), muốn làm tốt điều này nhiều tác giả khuyên nên sử dụng kéo cắt lạnh nội soi loại non disposable, quá trình cắt luôn chú ý và kiểm soát những điểm phạm vào hệ thống đài bể thận hay mạch máu thận để xử lý chính xác trong thì khâu phục hồi. Chúng tôi thường sử dụng clip kẹp kín các điểm phạm vào hệ thống đài bể thận hay mạch máu để giảm chảy máu và tránh rò về sau. Trong lô bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi sinh thiết vùng margin phẫu thuật được 10 trường hợp (chiếm 40%), với

kết quả giải phẫu bệnh cho thấy tỷ lệ âm tính 100%. Theo Guideline của EAU (năm 2022), tỷ lệ gặp vùng margin phẫu thuật dương tính là 2-8%, những bệnh nhân có vùng margin phẫu thuật dương tính không cần phải can thiệp lại ngay lập tức vì chỉ một phần nhỏ trong số những bệnh nhân này sẽ có khối u tái phát, khi đó cần phải giám sát chặt chẽ hơn và thực hiện lại phẫu thuật cắt bỏ trong trường hợp cần thiết [13].

Khi khâu phục hồi nhu mô thận (renorrhaphy), đa số tác giả tiến hành khâu 2 lớp có sử dụng bolster bằng miếng surgicel cuộn tròn, tuy nhiên với các khối u có kích thước bé và ít xâm lấn sâu vào nhu mô thận thì có thể không phải sử dụng bolster hoặc thậm chí không phải khâu phục hồi nhu mô thận [11]. Theo xu thế gần đây, sử dụng bolster có thể không cần thiết trong hầu hết các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận, việc không sử dụng bolster khi khâu này sẽ góp phần làm rút ngắn thời gian thiếu máu nóng của thận. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành khâu phục hồi thận 2 lớp với tỷ lệ không sử dụng bolster là 17/25 (68%), việc sử dụng bolster chủ yếu áp dụng cho những ca đầu tiên khi mới thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận, và thường phù hợp hơn cho những trường hợp u ở phần giữa và u ở phía bờ ngoài thận. Sử dụng chỉ V-lock trong khâu phục hồi thận thường thuận lợi hơn so với sử dụng chỉ Vicryl vì nó giữ được chặt chỉ với tổ chức sau khi xiết chỉ, song song sử dụng chỉ V-lock cũng ít tổn Hem-o-lock hơn và cũng có thời gian khâu phục hồi nhu mô thận nhanh hơn so với khi sử dụng chỉ Vicryl. Các vị trí u thường gây khó cho quá trình khâu là: u ở phía trên trong, u ở mặt sau, hay u ở phần

giữa phía ngoài do khuất tầm nhìn của camera và lệch với hướng khâu của phẫu thuật viên. Một số tác giả khuyên nên xoay trực thân hay lật thân tối đa để giải quyết những vấn đề này [15].

4.3. Một số kết quả phẫu thuật

Kết quả thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 87,9 phút. Thời gian phẫu thuật thường bị ảnh hưởng bởi quá trình phẫu tích trước và sau quá trình kẹp khổng chế các mạch cuống thận, nó ít phụ thuộc vào quá trình cắt u và khâu phục hồi thận bởi vì thời gian thực hiện quá trình này ít biến đổi (dao động quanh 25,6 phút). Khi tìm hiểu sự ảnh hưởng của loại chỉ dùng khâu phục hồi nhu mô thận tới thời gian phẫu thuật, thấy không có sự liên quan giữa hai yếu tố này.

Lượng máu mất trung bình là 86,8 ml, lượng máu mất ước lượng này phụ thuộc nhiều vào quá trình cắt u và khâu phục hồi thận. Để giảm được lượng máu mất trong quá trình cắt u, chúng tôi thường sử dụng clip để kẹp kín các điểm phạm vào hệ thống đài thận hay mạch máu thận, song song quá trình khâu chúng tôi cũng đảm bảo khâu hai lớp bằng chỉ 3-0 (Vicryl hoặc V-lock) có sử dụng hoặc không sử dụng bolster. Khi nghiên cứu mối liên quan giữa lượng máu mất với việc sử dụng hay không sử dụng bolster, thấy không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa hai yếu tố này.

Thời gian rút dẫn lưu và thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 5 và 6 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh: ung thư tế bào sáng chiếm 64%; ung thư dạng nhú 20%; và ung thư kỵ nhuộm màu 16%. Kiểm tra sau mổ 3-6 tháng được 80% các trường hợp, kiểm tra sau 3 năm được 24%, tất cả các bệnh nhân

đều không có rò nước tiểu, nhiễm trùng hay thoát vị chân trocar, đặc biệt chưa thấy bệnh nhân nào có biểu hiện của di căn xa hay xâm lấn tại chỗ.

Tai biến trong phẫu thuật: có 01 trường hợp gặp tai biến chảy máu trong mổ phải chuyển phương pháp mổ sang phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn, trường hợp này mất khoảng 250ml máu và có thời gian mổ lâu (120 phút). Mặc dù kết quả cuộc mổ vẫn đạt mục đích và an toàn cho người bệnh (không phải truyền máu), nhưng nếu chúng tôi có những đánh giá tốt hơn để chuyển phương pháp mổ ngay từ đầu thì bệnh nhân không bị mất nhiều máu và không bị kéo dài cuộc mổ. Vì vậy, việc làm đầy đủ bilan trước mổ để đánh giá và lên kế hoạch cho một cuộc phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận là hết sức quan trọng.

Biến chứng sau phẫu thuật: có 02 trường hợp gặp biến chứng sau mổ: 01 trường hợp có ổ đọng dịch sau phúc mạc do dẫn lưu silicon bị tắc, bệnh nhân đã được chọc hút dưới hướng dẫn của siêu âm và dẫn lưu ổ đọng dịch đó; 01 trường hợp sau ra viện được 5 ngày, bệnh nhân về nhà bị chảy máu, với biểu hiện đái máu nhẹ và tụ máu quanh thận, đã cho quay lại (02 lần) truyền máu, nút mạch và thực hiện PTNS lấy máu tụ sau phúc mạc.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận trong điều trị u thận kích thước lớn (pT1b) có thể thực hiện được tại các bệnh viện tuyến tỉnh, với kết quả an toàn và hiệu quả. Để thực hiện tốt được kỹ thuật này thì cơ sở điều trị cần phải có trang thiết bị đầy đủ, phẫu thuật viên có kinh nghiệm phẫu thuật nội soi và được đào tạo chuyên sâu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brown GA.** Laparoscopic partial nephrectomy: Experience in 60 cases. *J Endourol.* 2007, 21, pp.71-74.
2. **Guillonneau B, Gill IS, Janetschek G, Tuerk IA.** Laparoscopic Techniques in Uro-Oncology. Springer-Verlag London. 2009, pp.71-83.
3. **Jose L Dominguez-Escrig, Nikhil Vasdev, Anna O’Riordon, Naeem Soomro.** Laparoscopic partial nephrectomy: Technical considerations and an update. *J Minim Access Surg.* 2011 Oct-Dec, 7(4), pp.205-221.
4. **Kapoor A.** Laparoscopic partial nephrectomy: A challenging operation with a steep learning curve. *Can Urol Assoc J.* 2009, 3, pp.119.
5. **Kutikov A, Uzzo RG.** The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location, and depth. *J Urol.* 2009, 182, pp.844-853.
6. **Nadu AM, Laufer M, Winkler H, Kleinmann N, Kitrey N, Ramon J.** Laparoscopic partial nephrectomy: Single center experience with 140 patients-evolution of the surgical technique and its impact on patient outcomes. *J Urol.* 2007, 178, pp.435-439.
7. **Rendon RA, Kapoor A, Breau R, Leveridge M, Feifer A, Black PC, So A.** Surgical management of renal cell carcinoma: Canadian Kidney Cancer Forum Consensus. *Can Urol Assoc J.* 2014. 8(5-6), pp.E398-E412.
8. **Shikanov S, Lifshitz D, Chan AA, Okhunov Z, Ordonez MA, et al.** Impact of ischemia on renal function after laparoscopic partial nephrectomy: A multicenter study. *J Urol.* 2010, 183, pp.1714-1718.
9. **Trần Ngọc Sinh, Châu Quý Thuận, Dương Quang Vũ, Trần Trọng Trí, Đỗ Quang Minh, Nguyễn Thị Thái Hà, Phó Minh Tín.** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bán phần thận trong bướu thận: Giải pháp hài hòa trong ung thư học. *Y học TP HCM.* 2010, 14(1), tr.27-31.
10. **Vũ Nguyễn Khải Ca và cộng sự.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư thận tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2012 đến 2014. *Y học TP HCM* 2015, 19(4), tr.264-269.
11. **Wolf JS.** Laparoscopic partial nephrectomy. *Current clinical urology: Essential urologic laparoscopy.* Humana press. 2010, pp.165-184.
12. **Amin, M.B., et al.** The Eighth Edition AJCC Cancer Staging Manual: Continuing to build a bridge from a population-based to a more “personalized” approach to cancer staging. *CA Cancer J Clin.* 2017. 67: 93. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28094848/>
13. **Ljungberg B., et al.** European Association of Urology Guidelines on renal cell carcinoma the 2022 update. *European Urology.* 2022. 82, pp399-410.
14. **Nguyen MM., et al.** Halving ischemia time during laparoscopic partial nephrectomy. *J Urol.* 2008. 179, pp627-32.
15. **Yin X., et al.** Kidney ventrally rotation technique in retroperitoneal robot-assisted partial nephrectomy for posterior hilar tumor: technical feasibility and preliminary results. *World Journal of Surg Oncology.* 2020. 18:148.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHI LUPUS TỔN THƯƠNG THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Hoàng Minh Tuyên¹, Trần Nguyễn Minh Phúc¹
Bùi Trung Hiếu¹, Huỳnh Thị Vũ Quỳnh^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhi Lupus tổn thương thần kinh tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu một loạt ca bệnh gồm 26 bệnh nhi trong thời gian từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 1 năm 2023.

Kết quả: Tuổi trung bình lúc chẩn đoán Lupus tổn thương thần kinh là $12,3 \pm 2,1$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 23:3. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là co giật với tỷ lệ là 46,2%, theo sau là đau đầu và rối loạn tri giác cấp với tỷ lệ lần lượt 42,3% và 23,1%. 100% bệnh nhân có điểm SLEDAI mức độ hoạt động cao. Tổn thương trên MRI sọ não thường gặp nhất là teo não (chiếm tỷ lệ 42,3%), theo sau là bất thường tín hiệu rải rác kèm tổn thương mạch máu nhỏ và tổn thương chất trắng đa ổ có xuất huyết với tỷ lệ lần lượt là 30,8% và 26,9%. Toàn bộ bệnh nhi trong nghiên cứu được khởi đầu điều trị với Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều cao và 88,5% bệnh nhi được điều trị với

Cyclophosphamide. Kết quả điều trị cho thấy có 23/26 bệnh nhi cải thiện lâm sàng (chiếm tỷ lệ 88,5%), 2 bệnh nhi tái phát và 1 bệnh nhi tử vong do nhiễm trùng huyết nặng.

Kết luận: Lupus tổn thương thần kinh là một biến chứng nặng của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân. Do đó cần nhận ra các triệu chứng tâm thần kinh sớm để có phác đồ điều trị thích hợp, góp phần giảm tỷ lệ tử vong, ngăn ngừa di chứng thần kinh vĩnh viễn và cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, Lupus tổn thương thần kinh

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF NEUROPSYCHIATRIC SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS IN CHILDREN AT CHILDREN'S HOSPITAL 2

Objectives: Our aim is to characterize the features of epidemiology, clinical presentation, laboratory findings, treatment of Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus at Children's Hospital 2.

Methods: This retrospective, case series study included 26 children diagnosed Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus who were treated at Department of Nephrology and Endocrinology, Children's hospital 2 from January 2018 to January 2023.

Results: The mean age at diagnosis of all patients was 12.3 ± 2.1 years. Female to male

¹Khoa Thận Nội tiết, Bệnh viện Nhi Đồng 2

²Bộ Môn Nhi - Trường Đại Học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Tuyên

ĐT: 0988821675

Email: bshoangminhtuyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/5/2023

Ngày phản biện: 2/6/2023

Ngày duyệt đăng: 14/6/2023

ratio was 23/3. The most common clinical symptoms were seizure, headache, and acute confusional state, which accounted for 46.2%, 42.3%, and 23.1%. High SLEDAI scores were found in all of the patients. The commonest Magnetic Resonance Imaging (MRI) brain abnormality was cerebral atrophy (42.3%), followed by cerebral hyperintensities with small vessel lesions (30.8%) and multiple small white matter lesions with cerebral hemorrhage (26.9%). All of the patients received high – dose intravenous methylprednisolone, 88.5% had intravenous cyclophosphamide. Twenty - three patients (88.5%) had clinical improvement and two patients (7.7%) had relapsing courses, one patient died of severe infection.

Conclusion: Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus are one of the most common severe complications of pediatric SLE that reduces quality of life and increases mortality in patients. Therefore, it is necessary to recognize early neuropsychiatric symptoms to have an appropriate treatment guideline, which contribute to reducing mortality, preventing permanent neurological sequelae and improving quality of life.

Keywords: Systemic lupus erythematosus, Neuropsychiatric systemic lupus erythematosus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus: SLE) là bệnh tự miễn diễn tiến qua nhiều giai đoạn, tổn thương đa cơ quan, trong đó tổn thương thần kinh chiếm 39 – 50%^[2]. Biểu hiện lâm sàng của Lupus tổn thương thần kinh rất đa dạng bao gồm các triệu chứng ở hệ thần kinh trung ương và hệ thần kinh ngoại biên, khu trú tại chỗ hay lan toả^[9]. Đây là một biến chứng nặng của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh

nhân. Sự nhận ra các biến chứng thần kinh sớm để có phác đồ điều trị thích hợp, góp phần giảm tỷ lệ tử vong, ngăn ngừa di chứng thần kinh vĩnh viễn và cải thiện chất lượng cuộc sống. Đặc điểm của bệnh nhân Lupus tổn thương thần kinh được nghiên cứu nhiều trên thế giới^[6,7] trong thời gian gần đây nhưng đa phần ở người lớn mà chưa tìm thấy các nghiên cứu tương tự ở bệnh nhi tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và kết quả điều trị ở bệnh nhi Lupus tổn thương thần kinh tại Bệnh Viện Nhi Đồng 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán Lupus tổn thương thần kinh điều trị tại bệnh viện Nhi đồng 2 trong vòng 5 năm từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2023.

Tiêu chí chọn mẫu: Chẩn đoán xác định lupus (thỏa 1 trong 3 tiêu chuẩn ACR 1997^[3] hoặc SLICC 2012^[5] hoặc EULAR/ACR 2019^[1]) và có các triệu chứng tâm thần kinh (tiêu chuẩn ACR 1997^[3]), thời gian theo dõi tối thiểu là 6 tháng.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân Lupus có cao huyết áp, nhiễm trùng thần kinh trung ương, rối loạn điện giải, rối loạn tâm thần do tác dụng của corticoide. Hồ sơ bệnh án dưới 80% thông tin cần thu thập hoặc thất lạc.

Xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập, kiểm tra và mã hoá vào máy tính qua phần mềm Epidata và được phân tích bằng phần mềm SPSS 25. Các biến định tính được mô tả bằng tần số và %, biến định lượng được mô tả bằng số trung bình, trung vị và độ lệch chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 1 năm 2023, nghiên cứu thu thập được 26 bệnh nhi đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 12,3 $\pm$ 2,1 tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 7 tuổi,

cao nhất là 15 tuổi. Về giới: Bệnh nhi nữ có 23 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 88,5%), bệnh nhi nam có 3 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 11,5%), tỷ lệ nữ/ nam là 23/3.

Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng**Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng tổn thương tâm thần kinh**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Co giật	12	46,2
Đau đầu	11	42,3
Rối loạn tri giác cấp	6	23,1
Rối loạn vận động	5	19,2
Rối loạn lo âu	5	19,2
≥ 2 triệu chứng cùng lúc	13	50

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là co giật với tỷ lệ là 46,2%, theo sau là đau đầu và rối loạn tri giác cấp với tỷ lệ lần lượt 42,3% và 23,1%. Có 13 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 50%) có ≥ 2 triệu chứng lâm sàng tâm thần kinh cùng lúc.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
C3, C4 thấp	26	100
ANA dương tính	22	84,6
AntidsDNA dương tính	23	88,5
Điểm SLEDAI		
< 10: hoạt tính nhẹ và trung bình	0	0
10 – 19: hoạt tính cao	11	42,3
≥ 20 : hoạt tính rất cao	15	57,7

Hầu hết bệnh nhi trong nghiên cứu có xét nghiệm ANA, AntidsDNA dương tính và bổ thể thấp. 100% bệnh nhi đều ở trạng thái bệnh hoạt động cao, trong đó điểm SLEDAI cao chiếm 42,3% và rất cao chiếm 57,7%.

Bảng 3: Đặc điểm tổn thương não trên chụp cộng hưởng từ sọ não

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Teo não	11	42,3
Tổn thương chất trắng đa ổ kèm xuất huyết rải rác	7	26,9
Bất thường tín hiệu nhu mô não kèm tổn thương mạch máu nhỏ	8	30,8
Bình thường	6	23,1
≥ 2 tổn thương trên phim MRI	6	23,1

Tổn thương não trên MRI sọ não thường gặp nhất là teo não (chiếm tỷ lệ 42,3%), theo sau là bất thường tín hiệu rải rác kèm tổn thương mạch máu nhỏ và tổn thương chất trắng đa ổ có xuất huyết với tỷ lệ lần lượt là 30,8% và 26,9%. Có 6 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 23,1%) có ≥ 2 tổn thương não trên phim MRI cùng lúc.

Đặc điểm điều trị**Bảng 4: Đặc điểm điều trị**

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều cao	26	100
Cyclophosphamide	23	88,5
Mycophenolate mofetil	3	11,5
Rituximab	0	0,0
Immunoglobulin truyền tĩnh mạch	3	11,5
Thay huyết tương	6	23,1
Thuốc chống đông	3	11,5
Thuốc chống kết tập tiểu cầu	2	7,7
Thuốc chống động kinh	3	11,5

Toàn bộ bệnh nhi trong nghiên cứu được khởi đầu điều trị với Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều cao và 88,5% bệnh nhi được điều trị với Cyclophosphamide. Có 3 bệnh nhi được khởi đầu điều trị với Mycophenolate Mofetil và Immunoglobulin

truyền tĩnh mạch (chiếm tỷ lệ 11,5%) do tình trạng nhiễm trùng nặng. Các phương pháp điều trị khác như thay huyết tương, thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống động kinh chiếm tỷ lệ lần lượt là 23,1%, 11,5%, 7,7% và 11,5%.

Bảng 5: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cải thiện lâm sàng	23	88,5
Tái phát	2	7,7
Tử vong	1	3,8

Kết quả điều trị cho thấy có 23/26 bệnh nhi cải thiện lâm sàng (chiếm tỷ lệ 88,5%), 2 bệnh nhi tái phát và 1 bệnh nhi tử vong do nhiễm trùng huyết nặng.

có các biểu hiện rối loạn tâm thần kinh cao hơn nhóm bệnh nhi nam với tỷ lệ nữ/nam là 23/3. Điều này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Khajezadeh M.A và tác giả Singh^[8] ghi nhận tỉ lệ bệnh nhi nữ/nam là 3/1.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $12,3 \pm 2,1$ tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 7 tuổi, cao nhất là 15 tuổi. Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của tác giả Khajezadeh M.A và cộng sự^[4] ghi nhận tuổi trung bình của các bệnh nhi Lupus tổn thương thần kinh là 12,2 tuổi. Điều đó cho thấy rối loạn tâm thần kinh gặp chủ yếu ở tuổi tiền dậy thì, đây là lứa tuổi có nhiều thay đổi về mặt nội tiết và tâm sinh lý và có thể là một trong những nguyên nhân gây ra các rối loạn tâm thần kinh ở bệnh nhân SLE. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhi nữ

Triệu chứng tâm thần kinh ở các bệnh nhi Lupus ban đỏ hệ thống thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là co giật với tỷ lệ là 46,2%, theo sau là đau đầu và rối loạn tri giác cấp với tỷ lệ lần lượt 42,3% và 23,1%. Có 13 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 50%) có ≥ 2 triệu chứng lâm sàng tâm thần kinh cùng lúc. Cơ co giật thường là kiểu cục bộ toàn thể hoá, xuất hiện 1 tới 3 lần trong mỗi đợt bệnh nhi nằm viện. Triệu chứng co giật thường được cải thiện khi bệnh nhân được điều trị thuốc ức chế miễn dịch và co giật thường không tái phát. Khác với nghiên cứu

của chúng tôi, nghiên cứu của Salma M. Ragab và các cộng sự^[6] cho thấy đau đầu là triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong Lupus tổn thương thần kinh (chiếm tỷ lệ 55,9%), theo sau đó là co giật (chiếm tỷ lệ 54,4%) và loạn thần (chiếm tỷ lệ 41,2%). Tương tự, nghiên cứu của Roslan và các cộng sự^[7] cho thấy triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất trong Lupus tổn thương thần kinh là rối loạn tri giác (chiếm tỷ lệ 30,8%), theo sau đó là các triệu chứng của bệnh lý mạch máu não (23,1%) và co giật (19,2%). Bảy bệnh nhân có nhiều hơn 1 hội chứng tâm thần kinh (chiếm tỷ lệ 38,9%).

Hầu hết bệnh nhi trong nghiên cứu có xét nghiệm ANA, AntidsDNA dương tính và bổ thể thấp. 100% bệnh nhi đều ở trạng thái bệnh hoạt động cao, trong đó điểm SLEDAI cao chiếm 42,3% và rất cao chiếm 57,7%. Các biểu hiện này phù hợp với diễn tiến của bệnh SLE, đặc biệt ở giai đoạn đầu khi bệnh nhân mới được chẩn đoán thường ảnh hưởng đến đa cơ quan, hoặc ở những tháng đầu khi bệnh nhân được điều trị các thuốc ức chế miễn dịch, khi bệnh chưa thuyên giảm hoàn toàn. Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Salma M. Ragab và các cộng sự^[6] cho thấy bệnh nhân Lupus tổn thương thần kinh có lượng bổ thể C3 và C4 thấp hơn (p lần lượt là 0,025 và 0,008) so với nhóm Lupus không có tổn thương thần kinh.

Tổn thương não trên MRI sọ não thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là teo não (chiếm tỷ lệ 42,3%), theo sau là bất thường tín hiệu rải rác kèm tổn thương mạch máu nhỏ và tổn thương chất trắng đa ổ có xuất huyết với tỷ lệ lần lượt là 30,8% và 26,9%. Có 6 bệnh nhi (chiếm tỷ lệ 23,1%) có ≥ 2 tổn thương não trên phim MRI cùng lúc. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Roslan và các cộng sự^[7] cho thấy tổn thương thường gặp nhất trên MRI là bất thường tín hiệu chất trắng (chiếm tỷ lệ

61,1%), sau đó là nhồi máu não cấp (chiếm tỷ lệ 33,3%) và xuất huyết não (chiếm tỷ lệ 22,2%). Cơ chế bệnh sinh của các tổn thương não của bệnh nhân Lupus tổn thương thần kinh vẫn chưa được hiểu rõ. Có nhiều giả thuyết đã được nêu ra, trong đó 2 cơ chế được nhắc tới nhiều nhất: cơ chế viêm/tự miễn và cơ chế thiếu máu cục bộ, huyết khối. Con đường viêm/tự miễn là quá trình các chất trung gian gây viêm hoặc tự kháng thể lắng đọng hình thành nên phức hợp miễn dịch nội mô làm hàng rào máu não bị phá vỡ. Thiếu máu cục bộ hoặc huyết khối dẫn đến hình thành huyết khối ở các vi mạch não làm tắc mạch máu và xuất huyết.

Việc điều trị bệnh nhân Lupus tổn thương thần kinh phụ thuộc vào cơ chế gây bệnh là tình trạng viêm hay huyết khối. Nhưng phân biệt giữa 2 cơ chế này trên lâm sàng có thể không khả thi vì bệnh nhân có thể biểu hiện nhiều hơn 1 triệu chứng tâm thần kinh cùng lúc nên một số trường hợp có phối hợp cả 2 cơ chế. Glucocorticoids và các thuốc ức chế miễn dịch được chỉ định để điều trị tình trạng viêm (rối loạn tri giác cấp, viêm màng não vô trùng, viêm tủy, bệnh lý thần kinh sọ não và ngoại biên, rối loạn tâm thần). Toàn bộ bệnh nhi trong nghiên cứu được khởi đầu điều trị với Methylprednisolone truyền tĩnh mạch liều cao và 88,5% bệnh nhi được điều trị với Cyclophosphamide. Có 3 bệnh nhi được khởi đầu điều trị với Mycophenolate Mofetil và Immunoglobulin truyền tĩnh mạch (chiếm tỷ lệ 11,5%) do tình trạng nhiễm trùng nặng. Thuốc kháng tiểu cầu/ kháng đông chỉ định khi triệu chứng liên quan hội kháng thể antiphospholipid, đặc biệt là bệnh lý mạch máu não do huyết khối. Các phương pháp điều trị khác như thay huyết tương, thuốc chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống động kinh chiếm tỷ

lệ lần lượt là 23,1%, 11,5%, 7,7% và 11,5%. Tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Roslan và các cộng sự^[7] cho thấy đa số bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 72,2%) được điều trị với Methylprednisolone truyền tĩnh mạch, 66,7% bệnh nhân điều trị với Cyclophosphamide truyền tĩnh mạch.

Kết quả điều trị cho thấy có 23/26 bệnh nhi cải thiện lâm sàng (chiếm tỷ lệ 88,5%), 2 bệnh nhi tái phát và 1 bệnh nhi tử vong do nhiễm trùng huyết nặng. Lupus tổn thương thần kinh là một biến chứng nặng của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống làm giảm chất lượng cuộc sống và tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân. Nghiên cứu của Zirkzee và cộng sự^[10] cho thấy tỉ lệ tử vong cao nhất ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng rối loạn tri giác cấp, nguyên nhân dẫn đến tử vong hàng đầu ở các bệnh nhân Lupus tổn thương thần kinh là nhiễm trùng (chiếm tỷ lệ 22%), kế đến là ung thư và các bệnh lý tim mạch (chiếm tỷ lệ lần lượt là 13% và 12%).

V. KẾT LUẬN

Lupus tổn thương thần kinh là một trong các biến chứng nghiêm trọng của bệnh lupus ban đỏ hệ thống ở trẻ em, thường xuất hiện ở giai đoạn bệnh đang hoạt động với điểm SLEDAI cao và rối loạn miễn dịch nặng nề. Các triệu chứng tâm thần kinh thường gặp là: Co giật, đau đầu, rối loạn tri giác cấp, tổn thương não trên MRI ở các mức độ khác nhau. Do đó bệnh nhi mắc lupus ban đỏ hệ thống cần được theo dõi sát để phát hiện sớm các rối loạn tâm thần kinh để từ đó có phác đồ điều trị phù hợp, nhằm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aringer M, Costenbader K, Daikh D, et al.** 2019 European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology Classification Criteria for Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & rheumatology* (Hoboken, NJ). Sep 2019;71(9):1400-1412.
2. **Hanly JG, Li Q, Su L, et al.** Psychosis in Systemic Lupus Erythematosus: Results From an International Inception Cohort Study. *Arthritis & rheumatology* (Hoboken, NJ). Feb 2019;71(2):281-289.
3. **Hochberg MC.** Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis and rheumatism*. Sep 1997;40(9):1725.
4. **Khajezadeh, M.A., et al.,** Neuropsychiatric Involvement in Juvenile-Onset Systemic Lupus Erythematosus. *Neurol Res Int*, 2018. 2018: p. 2548142.
5. **Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, et al.** Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis and rheumatism*. Aug 2012;64(8):2677-86.
6. **Ragab SM, Ibrahim AM.** Neuropsychiatric lupus erythematosus in a cohort of Egyptian patients. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 2022/03/07 2022;58(1):32.
7. **Roslan.** Neuropsychiatric Lupus in Singapore: Disease Characteristics and Outcomes. *J Rheum Dis Treat*. 2022;8:094
8. **Singh, S., et al.,** Neuropsychiatric manifestations and antiphospholipid antibodies in pediatric onset lupus: 14 years of experience from a tertiary center of North India. *Rheumatol Int*, 2009. 29(12): p. 1455-61.
9. **Zardi EM, Giorgi C, Zardi DM.** Diagnostic approach to neuropsychiatric lupus erythematosus: what should we do? *Postgraduate medicine*. Aug 2018;130(6):536-547.
10. **Zirkzee, E.J., et al.,** Mortality in neuropsychiatric systemic lupus erythematosus (NPSLE). *Lupus*, 2014. 23(1): p. 31-8.

KHẢO SÁT VÀ ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG ĐỨT GÂY DNA TINH TRÙNG VỚI MỘT SỐ THÔNG SỐ TINH DỊCH ĐỒ Ở BỆNH NHÂN GIÃN TĨNH MẠCH TINH

Đồng Thế Uy¹, Đỗ Gia Tuyển¹, Đặng Thị Việt Hà¹
 Nghiêm Trung Dũng², Nguyễn Quang³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng và mối liên quan giữa tình trạng này với một số thông số tinh dịch đồ ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh.

Phương pháp: Mô tả, cắt ngang, có phân tích các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh đến khám tại đơn vị Nam Học của bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/2022 đến tháng 5/2023.

Kết quả: Có 74 bệnh nhân GTMT được khám lâm sàng, siêu âm doppler thừng tinh-tinh hoàn, làm xét nghiệm sinh hóa và đánh giá tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng (SDF)...; tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng (DFI) mức độ nặng, trung bình và nhẹ tương ứng là: 37.8%, 60.8%; 1.4%. Không có sự khác biệt về DFI giữa nhóm có tinh dịch đồ bình thường và nhóm có tinh dịch đồ bất thường, DFI trung bình lần lượt là: 27.86 ± 6.39 và 29.11 ± 11.25 ; $p=0.566$. DFI giữa nhóm có mật độ tinh trùng thấp (29.03 ± 9.01) và nhóm có mật độ tinh trùng bình thường (21.63 ± 3.5) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0.01$). Nguy

cơ xuất hiện DFI mức độ nặng ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có độ di động và tỉ lệ di động tiến tới thấp hơn nhóm bệnh nhân có kết quả di động và di động tiến tới bình thường ($p<0.05$).

Kết luận: Tỷ lệ DFI mức độ nặng ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có tinh dịch đồ bình thường tương đối cao (35.0%) và không có sự khác biệt so với nhóm có tinh dịch đồ bình thường (41.0%, $p>0.05$). Đối với bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh, nguy cơ DFI nặng có thể được dự báo bằng tỉ lệ di động và di động tiến tới của tinh trùng.

Từ khóa: Đứt gãy DNA tinh trùng, tinh dịch đồ, giãn tĩnh mạch tinh.

SUMMARY

INVESTIGATION AND EVALUATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN SPERM DNA FRAGMENTATION AND SELECTED SEMEN PARAMETERS IN PATIENTS WITH VARICOCELE

Objective: Characterizing the status of sperm DNA fragmentation and elucidating its association with various sperm parameters in patients with varicocele.

Methods: Comprehensive description, cross-sectional analysis, and examination of varicocele cases attending the Andrology Unit at Bach Mai Hospital from May 2022 to May 2023.

Results: A total of 74 patients with varicocele were included in the study. The percentages of severe, moderate, and mild sperm DNA fragmentation (DFI) were 37.8%, 60.8%,

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Thế Uy

ĐT: 0918492189

Email: dongtheuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30/5/2023

Ngày phản biện: 1/6/2023

Ngày duyệt đăng: 12/6/2023

and 1.4%, respectively. There was no significant difference in DFI between the group with normal semen parameters and the group with abnormal semen parameters, with average DFIs of 27.86 ± 6.39 and 29.11 ± 11.25 , respectively ($p=0.566$). However, there was a significant difference in DFI between the group with low sperm density (29.03 ± 9.01) and the group with normal sperm density (21.63 ± 3.5) ($p = 0.01$). The risk of severe DFI in patients with varicocele was higher in those with reduced sperm motility and progressive motility compared to the group with normal motility ($p<0.05$).

Conclusion: The rate of severe DFI in patients with varicocele and normal semen parameters was relatively high (35.0%), with no significant difference compared to the group with normal semen parameters (41.0%, $p>0.05$). In patients with varicocele, the risk of severe DFI can be predicted by sperm motility and progressive motility rates.

Keywords: Sperm DNA fragmentation (SDF), sperm parameters, varicocele

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh rằng GTMT là một trong những nguyên nhân phổ biến gây ra vô sinh nam [3]. Tuy nhiên, các cơ chế chính xác về tác động của GTMT lên tình trạng vô sinh nam vẫn còn chưa được hiểu rõ. Gần đây, một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng đứt gãy DNA tinh trùng có thể đóng vai trò quan trọng trong quá trình phát triển vô sinh liên quan đến GTMT [6]. Đứt gãy DNA tinh trùng xảy ra khi có sự thay đổi và phá hủy DNA diễn ra trong quá trình hình thành và phát triển của tinh trùng. Ở bệnh nhân GTMT, sự tăng nhiệt độ tinh hoàn và stress oxy hóa được xem là những yếu tố gây suy giảm số lượng và chất lượng tinh trùng,

dẫn đến tăng tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng. Tuy nhiên, mối liên quan giữa tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng và các thông số tinh dịch đồ chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ và chi tiết trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với hai mục tiêu chính:

1. Khảo sát mức độ đứt gãy DNA tinh trùng ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh
2. Phân tích một số yếu tố liên quan giữa tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng với một số thông số tinh dịch đồ ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 74 bệnh nhân bị giãn tĩnh mạch tinh các mức độ, được thăm khám và chẩn đoán tại đơn vị Nam Học bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ:

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Tuổi từ 16 trở lên, đã có hoạt động tình dục
- Được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh và phân độ lâm sàng theo Dubin và Amelar.
- Được khẳng định giãn tĩnh mạch tinh thêm bằng siêu âm Doppler tĩnh mạch tinh
- Khám lâm sàng và làm đầy đủ các xét nghiệm tại thời điểm nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân sử dụng thuốc có thể làm gia tăng tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng: dùng hóa chất điều trị ung thư, phơi nhiễm với hóa chất phóng xạ.
- Có các bệnh lý lây truyền qua đường tình dục, các bệnh viêm nhiễm đường sinh

dục trong thời gian nghiên cứu.

- Bệnh nhân có số lượng tinh trùng quá thấp (dưới 5 triệu/ml).

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, có phân tích

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả các bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không vi phạm các tiêu chuẩn loại trừ.

- Các tiêu chuẩn áp dụng cho nghiên cứu:

+ Phân độ giãn TMT theo Dubin và Amelar.

+ Chỉ số tinh dịch đồ bình thường theo Tổ chức Y tế Thế giới 2010.

+ Tinh dịch đồ bất thường: Khi có bất thường một, hai hoặc cả ba thông số tinh dịch cơ bản là mật độ, độ di động và hình thái tinh trùng theo tiêu chuẩn của WHO

2000 [4].

+ Phân loại mức độ đứt gãy DNA tinh trùng: Tồn thương nhẹ: $DFI < 15\%$; Tổng thương trung bình: $15\% \leq DFI \leq 30\%$; Tồn thương nặng: $DFI > 30\%$.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20 với việc xác định: giá trị trung bình, so sánh giá trị trung bình, tỉ lệ %, so sánh các tỉ lệ, tỉ suất chênh OR.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong phạm vi nghiên cứu này ($n=74$), tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 25.22 ± 5.3 ; Tỉ lệ giãn tĩnh mạch tinh 1 bên là 87.8% (100% giãn tĩnh mạch tinh trái) và tỉ lệ giãn tĩnh mạch tinh 2 bên là 12.2%. Tỉ lệ các mức độ đứt gãy DNA tinh trùng theo các yếu tố về tuổi, vị trí GTMT và trạng thái phân loại tinh dịch đồ được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Tỉ lệ các mức độ đứt gãy DNA tinh trùng theo các nhóm

Mức độ đứt gãy DNA tinh trùng (n; %)	Toàn bộ (n=74)	Độ tuổi		Vị trí GTMT		Trạng thái phân loại TDD	
		≤ 30 tuổi (n ₁ =59)	> 30 tuổi (n ₂ =15)	Trái (n ₃ =65)	2 bên (n ₄ =9)	Bình thường (n ₅ =40)	Bất thường (n ₆ =34)
Nặng	28; 37.8	23; 39.0	5; 33.3	25; 38.5	3; 33.3	14; 35.0	14; 41.2
Trung bình	45; 60.8	36; 61.0	9; 60.0	39; 60.0	6; 66.6	26; 65.0	19; 55.9
Nhẹ	1; 1.4	0; 0.0	1; 6.7	1; 1.5	0; 0.0	0; 0.0	1; 2.9

Kết quả trong nghiên cứu cho thấy, có một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân GTMT có DFI ở mức độ nặng (37.8%). Đa phần bệnh nhân GTMT có DFI ở mức độ trung bình (60.8%) và trong khi tỉ lệ DFI mức độ nhẹ chỉ chiếm 1.4%. Tỷ lệ các mức độ DFI không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các độ tuổi, hoặc vị trí giãn tĩnh mạch tinh, hoặc

trạng thái phân loại tinh dịch đồ ($p > 0.05$).

Tuy nhiên, trạng thái phân loại chung của tinh dịch đồ chưa phản ánh hết các thông số cụ thể về số lượng và mức độ di động của tinh trùng, do đó nghiên cứu tiếp tục tiến hành phân tích mối liên quan giữa DFI và các thông số cụ thể trong tinh dịch đồ. Kết quả được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. So sánh một số thông số tình dịch đồ giữa nhóm có tình dịch đồ bình thường với nhóm có tình dịch đồ bất thường.

Điểm so sánh	Toàn bộ nhóm	Nhóm có TDD bình thường	Nhóm có TDD bất thường	p-value*
n	74	40	34	
DFI trung bình (%)	28.43±8.91	27.86±6.39	29.11±11.25	0.566
Mật độ tinh trùng (triệu/ml)	56.92±34.81	66.18±30.35	46.04±36.96	0.01
Tổng số tinh trùng (triệu)	203.38±175.17	229.2±150.48	173±198.39	0.171
Độ di động (%)	54.18±14.25	61.7±8.35	45.23±14.75	0.000
Di động tiến tới	43.74±15.05	53±9.88	32.85±12.64	0.000
Hình thái (%)	7.43±5.27	10.3±4.67	4.06±3.73	0.000
Tinh trùng sống (%)	72.76±13.79	76.95±13.81	67.82±12.19	0.004

*Ghi chú: p-value tính cho nhóm có TDD bình thường và bất thường

Kết quả phân tích cũng cho thấy, giá trị DFI trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân có tình dịch đồ bình thường và bất thường lần lượt là 27.86±6.39 ở và 29.11±11.25 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0.05$). Tuy nhiên, 5 trong 6 thông số cơ bản gồm mật độ tinh trùng, độ di động, độ di động tiến tới, tỉ lệ tinh trùng có hình thái bình thường,

tỉ lệ tinh trùng sống giữa nhóm bệnh nhân GTMT có tình dịch đồ bình thường và nhóm bệnh nhân có tình dịch đồ bất thường thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0.05$). Vì vậy, nghiên cứu thực hiện so sánh DFI trung bình giữa các nhóm bệnh nhân có thông số tình dịch đồ khác nhau, kết quả được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3. So sánh DFI giữa các nhóm có thông số tình dịch đồ bình thường và thấp

Thông số	Phân nhóm	DFI ($\bar{x}\pm s$)	p
Mật độ	Mật độ ≥ 15 triệu/ml (n=68)	29.03±9.01	0.01
	Mật độ < 15 triệu/ml (n=6)	21.63±3.5	
Tổng số tinh trùng	Tổng số tinh trùng ≥ 39 triệu	28.83±8.91	0.16
	Tổng số tinh trùng < 39 triệu	23±7.61	
Độ di động	Độ di động $\geq 40\%$ (n=62)	27.75±7.85	0.296
	Độ di động $< 40\%$ (n=12)	31.98±13.00	
Di động tiến tới	Di động tiến tới $\geq 32\%$	27.53 ±7.72	0.197
	Di động tiến tới $< 32\%$	31.99±12.56	
Hình thái	Tinh trùng hình thái bình thường $\geq 4\%$ (n=50)	27.66±7.43	0.359
	Tinh trùng hình thái bình thường $< 4\%$ (n=24)	30.04±11.4	
Tinh trùng sống	Tỉ lệ tinh trùng sống $\geq 58\%$ (n=66)	27.94±8.57	0.176
	Tỉ lệ tinh trùng sống $< 58\%$ (n=8)	32.48±11.20	

Phân tích cụ thể theo từng thông số của tình dịch đồ cho thấy, tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng ở nhóm có mật độ tinh trùng bình thường cao hơn so với nhóm có mật độ tinh trùng thấp với giá trị DFI trung bình lần lượt

là 29.03±9.01 và 21.63±3.5, $p=0.01$. Phân tích các yếu tố liên quan đến DFI theo phương pháp phân tích đơn biến có kết quả được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Các yếu tố liên quan với tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng trong phân tích đơn biến

Biến	DFI		OR (95%CI)	p
	DFI>30% (n; %)	DFI≤30% (n; %)		
Mật độ tinh trùng Mật độ ≥ 15 triệu/ml Mật độ < 15 triệu/ml	28; 41.2% 0; 0%	40; 58.8% 6; 100%	0.588 (0.482-0.718)	0.07
Tổng số tinh trùng Tổng số tinh trùng ≥ 39 Triệu Tổng số tinh trùng <39 Triệu	27; 39.1% 1; 20%	42; 60.9% 4; 80%	2.57 (0.27-24.25)	0.644
Độ di động Độ di động ≥40% Độ di động <40%	20;32.3% 8; 66.7%	42; 67.7% 4; 33.3%	4.2 (1.13-15.61)	0.047
Di động tiến tới Di động tiến tới ≥32% Di động tiến tới <32%	19; 32.2% 9; 60.0%	40; 67.8% 6; 40.0%	0.317 (0.1-1.019)	0.047
Hình thái tinh trùng Hình thái bình thường (≥4%) Hình thái bất thường (< 4%)	18; 36% 10; 41.7%	32; 64% 14; 58.3%	0.788 (0.29-2.13)	0.638
Tỉ lệ tinh trùng sống Tỉ lệ tinh trùng sống ≥ 58% Tỉ lệ tinh trùng sống <58%	24; 36.4% 4; 40%	42; 63.6% 4; 50%	0.571 (0.13-2.5)	0.467
Phân loại chất lượng tinh dịch đồ Nhóm có tinh dịch đồ bình thường Nhóm có tinh dịch đồ bất thường	14; 35% 14; 41.2%	26; 65% 20; 58.8%	1.3 (0.506-3.337)	0.506

Kết quả cho thấy, tỉ lệ tinh trùng di động và di động tiến tới thể hiện mối liên quan với tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng ($p=0.047$). Nguy cơ đứt gãy DNA tinh trùng mức độ nặng ở nhóm bệnh nhân có độ di động tinh trùng thấp cao gấp 4.2 lần so với nhóm có độ di động bình thường. Nguy cơ đứt gãy DNA tinh trùng mức độ nặng ở nhóm bệnh nhân có tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới bình thường chỉ bằng 0.317 lần so với nhóm có tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới thấp.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng mức độ nặng ở nhóm bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh là 37.8% (Bảng 1). Kết quả này vượt cao hơn so với một số tác giả nước ngoài như Park Y.S. và đồng nghiệp (26.8%) [5] và Bertolla R.P. và đồng nghiệp (19.57%) [2], nhưng lại thấp hơn so với tác giả trong nước Nguyễn Hoài Bắc (43.6%) [1]. Sự khác biệt này có thể được giải thích

do việc sử dụng các phương pháp và điều kiện xét nghiệm khác nhau để đo mức độ đứt gãy DNA tinh trùng. So với các tác giả nước ngoài, chúng tôi sử dụng phương pháp SCD với bộ kit Halosperm tương tự Park Y.S nhưng không cùng điều kiện thực nghiệm, và khác hoàn toàn với phương pháp Comet của Bertolla R.P. Sự không nhất quán trong việc xác định mức độ nặng của tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng có thể xuất phát từ độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau của các phương pháp xét nghiệm. Trong khi đó, mặc dù cùng điều kiện và phương pháp với nghiên cứu của Nguyễn Hoài Bắc nhưng đối tượng nghiên cứu của tác giả là các bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh đã được chẩn đoán vô sinh. Nhóm đối tượng này thường có mức độ GTMT cao, và tình trạng GTMT ảnh hưởng nhiều tới tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng hơn so với nhóm bệnh nhân chỉ có chẩn đoán GTMT, như trong nghiên cứu này. Như vậy, kết quả khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa bổ sung làm phong phú thêm các dữ liệu thống kê về tình trạng đứt gãy DNA ở bệnh nhân GTMT.

Mối liên quan giữa DFI với một số thông số tinh dịch đồ là mối quan tâm của các bác sỹ thực hành lâm sàng, đặc biệt trong điều kiện xét nghiệm DFI chưa được phổ biến rộng rãi. Nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng có mối liên quan với mật độ tinh trùng, tỉ lệ tinh trùng di động và di động tiến tới ($P < 0.05$), (Bảng 3 và bảng 4). Tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng ở nhóm bệnh nhân có mật độ tinh trùng bình thường cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm

mật độ tinh trùng thấp. Tình trạng này có thể là do trong điều kiện mật độ tinh trùng thấp mức độ cạnh tranh giữa các tinh trùng về điều kiện sống giảm đi, giảm nồng độ các gốc tự do, giảm tỉ lệ tinh trùng chết dẫn đến hệ quả là tăng tình trạng toàn vẹn DNA tinh trùng. Tỉ lệ SDF cao hơn ở nhóm di động và di động tiến tới thấp so với nhóm bình thường, điều này cũng tương tự như ở các nghiên cứu nước ngoài [5].

Giãn tĩnh mạch tinh là nguyên nhân gây ra 40% các ca vô sinh nam nguyên phát và hơn 80% các trường hợp vô sinh thứ phát [3]. Nhiều nghiên cứu chỉ ra tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng mức độ nặng gia tăng ở nhóm bệnh giãn tĩnh mạch tinh [6], và sau phẫu thuật thắt tĩnh mạch thừng tinh tỉ lệ đứt gãy này giảm, cùng với đó là gia tăng khả năng có thai tự nhiên sau phẫu thuật [7]. Cho đến nay kết quả phân loại tinh dịch đồ vẫn là một trong các tiêu chí hàng đầu để các bác sỹ ngoại khoa quyết định chỉ định phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh. Tuy nhiên, với nghiên cứu này nhóm tác giả nhận thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ DFI trung bình giữa nhóm có tinh dịch đồ bình thường và nhóm có tinh dịch đồ bất thường ($p > 0.05$), không có sự khác biệt về tỉ lệ DFI mức độ nặng giữa nhóm có tinh dịch đồ bình thường và nhóm có tinh dịch đồ bất thường ($p > 0.05$) (Bảng 2 và bảng 4). Trong khi đó, nguy cơ DFI nặng thể hiện cao hơn rõ rệt ở các nhóm bệnh nhân GTMT có tỉ lệ di động và di động tiến tới thấp. Các kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Enciso M. và cộng sự [8]. Như vậy, tồn tại

sự cần thiết về việc đánh giá tình trạng đứt gãy DNA tinh trùng ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có tinh dịch đồ bình thường mà vẫn không có con.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ đứt gãy DNA tinh trùng mức độ nặng ở bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh tương đối cao chiếm 37,8% các trường hợp giãn tĩnh mạch tinh. Không có sự khác biệt về tỉ lệ đứt gãy và mức độ đứt gãy nặng ở nhóm bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có tinh dịch đồ bình thường và nhóm giãn tĩnh mạch tinh có tinh dịch đồ bất thường, vì vậy cần thiết làm xét nghiệm DFI ở các bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có tinh dịch đồ bất thường để bổ sung cho tiên lượng và quyết định phẫu thuật. Mật độ tinh trùng cao, tỉ lệ di động và di động tiến tới có liên quan với tỉ lệ DSF cao, có thể giúp ích cho việc dự báo nguy cơ bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có DFI bất thường nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoài Bắc** (2018), Nghiên cứu ứng dụng phương pháp vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh trong điều trị vô sinh nam, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Bertolla R.P., Cedenho A.P., Filho P.A.H. và cộng sự.** (2006). Sperm nuclear DNA fragmentation in adolescents with varicocele. *Fertility and Sterility*, 85(3), 625–628.
3. **Mohammed A. và Chinegwundoh F.** (2009). Testicular varicocele: an overview. *Urol Int*, 82(4), 373–379.
4. **Rowe P.J., Comhaire F.H., Hargreave T.B. và cộng sự.** (2000), WHO Manual for the Standardized Investigation and Diagnosis of the Infertile Male, Cambridge University Press.
5. **Park Y.S., Lee S.H., Choi H.W. và cộng sự.** (2018). Abnormal Human Sperm Parameters Contribute to Sperm DNA Fragmentation in Men with Varicocele. *World J Mens Health*, 36(3), 239–247.
6. **Zhang Y., Zhang W., Wu X. và cộng sự.** (2022). Effect of varicocele on sperm DNA damage: A systematic review and meta-analysis. *Andrologia*, 54(1), e14275.
7. **Wang Y.-J., Zhang R.-Q., Lin Y.-J. và cộng sự.** (2012). Relationship between varicocele and sperm DNA damage and the effect of varicocele repair: a meta-analysis. *Reproductive BioMedicine Online*, 25(3), 307–314.
8. **Enciso M., Muriel L., Fernández J.L. và cộng sự.** (2006). Infertile Men With Varicocele Show a High Relative Proportion of Sperm Cells With Intense Nuclear Damage Level, Evidenced by the Sperm Chromatin Dispersion Test. *Journal of Andrology*, 27(1), 106–111.

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA THUỐC ĐỒNG VẬN β_3 TRONG ĐIỀU TRỊ BÀNG QUANG TĂNG HOẠT

Đỗ Đào Vũ^{1,2,3}, Phạm Thị Hải Vân⁴,
Uống Vân Anh⁴, Trần Thị Linh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả và an toàn của thuốc đồng vận β_3 trong điều trị OAB

Đối tượng và phương pháp: Phân tích hồi cứu 128 bệnh nhân OAB được chia làm ba nhóm đơn trị liệu Solifenacin 5mg (n=39), Mirabegron 50mg (n=66), phối hợp Mirabegron 50mg và Solifenacin 5mg (n=23). Kết quả chính được đánh giá sử dụng cải thiện tần suất xuất hiện 5 nhóm triệu chứng OAB gồm số lần tiểu 24 giờ, số lần tiểu đêm 24 giờ, số lần sốn tiểu gấp 24 giờ, số lần tiểu gấp 24 giờ và lượng nước tiểu một lần đi tiểu. Kết quả thứ cấp là tính an toàn đánh giá qua các biến số táo bón, khô miệng, mờ mắt, tăng huyết áp, nhịp tim nhanh, nhiễm trùng đường tiết niệu hay bí tiểu.

Kết quả: Nhóm được điều trị hoạt chất Mirabegron 50mg được ghi chép tại các thời điểm 8 tuần, 12 tuần và sau 12 tuần cho kết quả tốt hơn trước điều trị có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nhóm phối hợp Mirabegron 50mg và Solifenacin 5mg ghi nhận kết quả tốt sau điều trị tại thời điểm 12 tuần sau điều trị và sau 12 tuần

với $p<0,05$). Riêng nhóm đơn trị liệu Solifenacin 5mg chỉ ghi nhận được số liệu đánh giá tại thời điểm 12 tuần cho kết quả sau điều trị cải thiện các triệu chứng OAB có ý nghĩa ($p<0,05$). Mức độc chên lệch cải thiện triệu chứng cho thấy nhóm phối hợp cho sự cải thiện tốt hơn hai nhóm đơn trị liệu ($p<0,05$). Cải thiện triệu chứng sốn tiểu gấp trong 24 giờ, nhóm đơn trị liệu Mirabegron 50mg tốt hơn nhóm Solifenacin 5mg ($p<0,05$). Kết quả nghiên cứu này nghi nhận có 3 ca cơn tăng huyết áp chiếm 2,3% tập trung chủ yếu nhóm điều trị Mirabegron đơn trị liệu hoặc phối hợp, trong khi nhóm Solifenacin 5mg lại cho thấy tác dụng nhiễm trùng đường tiết niệu cao hơn có ý nghĩa ($p<0,05$).

Kết luận: Mirabegron 50mg theo phác đồ đơn trị liệu hay phối hợp Solifenacin 5mg đều cho hiệu quả cải thiện các triệu chứng OAB tại các thời điểm đánh giá. Việc điều trị nhóm thuốc này cần theo dõi kỹ huyết áp thời điểm khởi đầu điều trị cũng như theo dõi trong thời gian điều trị để phát hiện tác dụng không mong muốn kịp thời phát hiện và xử trí an toàn.

Từ khóa: bàng quang tăng hoạt, Mirabegron, Solifenacin

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF β_3 AGONISTS IN THE TREATMENT OF OVERACTIVE BLADDER

Objective: To investigate the efficacy and safety of β_3 agonists in the treatment of OAB.

Methods: Retrospective analysis of 128 OAB patients divided into three groups of

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Đại học Y tế Công cộng Hà Nội

⁴Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

ĐT: 0982041278

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 3/6/2023

Ngày duyệt đăng: 15/6/2023

Solifenacin 5mg (n=39), Mirabegron 50mg (n=66), Mirabegron 50mg and Solifenacin 5mg (n=23) monotherapy groups. The main outcome was evaluated by improving the frequency of occurrence of 5 groups of OAB symptoms including 24-hour urinary frequency, 24-hour nocturia, 24-hour urgency incontinence, 24 - hour urgency frequency, and maximum cystometric capacity. The secondary outcome was safety as assessed by the variables of constipation, dry mouth, blurred vision, hypertension, tachycardia, urinary tract infection or urinary retention.

Results: The group treated with Mirabegron 50mg recorded at the time 8 weeks, 12 weeks and after 12 weeks had statistically significant better baselin results ($p<0.05$). The combination group of Mirabegron 50mg and Solifenacin 5mg had good results after treatment at 12 weeks after treatment and after 12 weeks with $p<0.05$. Particularly, the monotherapy group Solifenacin 5mg only evaluated data at 12 weeks for the significant improvement in OAB symptoms after treatment ($p<0.05$). The difference in symptom improvement showed that the combination group had a better improvement than the two monotherapy groups ($p<0.05$). Improve symptoms of urgency frequency in 24 hours, Mirabegron 50mg monotherapy group was better than Solifenacin 5mg group ($p<0.05$). The results of this study confirmed that there were 3 cases of hypertension, accounting for 2.3%, mainly in the treatment group with Mirabegron monotherapy group or in combination group, while the group of Solifenacin 5mg showed a high effect on urinary tract infection more significant ($p<0.05$).

Conclusion: The results of this study showed that Mirabegron 50mg as monotherapy or in combination with Solifenacin 5mg effectively improved OAB symptoms at the time of evaluation. The treatment of this group of drugs requires careful monitoring of blood

pressure at the beginning of treatment as well as monitoring during treatment to detect unwanted effects in time, detect and handle safely.

Keywords: overactive bladder, Mirabegron, Solifenacin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang tăng hoạt (Overactive Bladder - OAB) là khái niệm được các tác giả P. Abram và A. Wein đưa ra lần đầu năm 1997 để chỉ tình trạng rối loạn đi tiểu như tiểu gấp, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu không tự chủ... đã được loại trừ các nguyên nhân nhiễm trùng tiết niệu. Trong đó, triệu chứng tiểu gấp là tiêu chuẩn vàng. Chẩn đoán OAB khi có triệu chứng tiểu gấp và một trong những triệu chứng còn lại[1]. Theo một nghiên cứu do Steward WF và cộng sự thực hiện năm 2001 tiến hành trên 5.204 người trưởng thành tại Hoa Kỳ, tỉ lệ mắc bàng quang tăng hoạt trong cộng đồng là 16,5%, ở nam 16% và nữ 16,9% [2]. Bàng quan tăng hoạt khá phổ biến trong cộng đồng, tuy không phải là chứng bệnh nguy hiểm nhưng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống, hoạt động làm việc, học tập, vui chơi, giải trí của người bệnh. Bàng quang tăng hoạt thậm chí là nguyên nhân gián tiếp gây chấn thương do ngã, rối loạn giấc ngủ vì lý do tiểu đêm, tiểu gấp và tiểu nhiều lần. Điều trị OAB gồm các các biện pháp không dùng thuốc, biện pháp dược lý, can thiệp xâm lấn tối thiểu và phẫu thuật, trong đó liệu pháp dược lý đóng vai trò quan trọng trong quản lý hiệu quả OAB[3]. Hiện nay, có nhiều hoạt chất được khuyến cáo sử dụng điều trị OAB như thuốc kháng muscarinics, đồng vận β_3 [3]. Tại Việt Nam các sản phẩm có hoạt chất kháng muscarinic đã được sử dụng điều trị nhiều năm nay đem lại hiệu quả quản lý tích cực cho người bệnh OAB, tuy nhiên những bằng

chứng lâm sàng cho thấy tác dụng không mong muốn làm giảm sự tuân thủ người bệnh, ảnh hưởng đến kết quả quản lý OAB[4]. Điều này đòi hỏi cần có hoạt chất mới bổ sung để các bác sĩ lâm sàng có thêm công cụ quản lý OAB tốt hơn. Đồng vận β_3 hoạt chất đã được Hội tiết niệu châu Âu (EAU 2019) khuyến cáo một hoạt chất đồng vận β_3 là Mirabegron cùng với Solifenacin là lựa chọn điều trị theo bậc thang thứ 2 sau biện pháp điều trị không sử dụng thuốc[3]. Tuy nhiên tại Việt Nam đồng vận β_3 mới được đưa vào thực hành lâm sàng chưa đầy một năm với sản phẩm duy nhất có hoạt chất Mirabegron 50mg. Để khảo sát về tính hiệu quả và an toàn của hoạt chất đồng vận β_3 (Mirabegron 50mg) trong điều kiện Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát hiệu quả và an toàn của thuốc đồng vận β_3 trong điều trị OAB” để có số liệu làm bằng chứng tham khảo là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Những hồ sơ đáp ứng đầy đủ tiêu chí bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán OAB với ≥ 8 lần đi tiểu/24 giờ và ≥ 1 lần tiểu gấp, có hoặc không có són tiểu gấp

- Không có nhiễm khuẩn tiết niệu

- Không có vấn đề về sức khỏe tâm thần (MoCA ≥ 24 điểm)[5]

- Được điều trị bằng Solifenacin hoặc Mirabegron hoặc phối hợp

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ ghi chép không đầy đủ,

- Những hồ sơ có bệnh kèm theo như phì đại tuyến tiền liệt, hen niệu đạo, bất thường đường tiết niệu dưới.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành tại phòng khám chuyên khoa;

Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2022 đến 3/2023

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu phân tích hồi cứu

2.2.2. Cỡ mẫu và chia nhóm:

Cỡ mẫu: Thuận tiện với 128 hồ sơ đủ tiêu chuẩn lựa chọn

Chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích

Chia nhóm: tất cả hồ sơ được chia làm 03 nhóm một cách không ngẫu nhiên, nhóm 1 những hồ sơ được kê đơn thuốc kháng muscarinic (solifenacin 5mg viết tắt Soli), n= 39 nhóm 2 là những hồ sơ được kê đơn thuốc đồng vận β_3 (Mirabegron 50mg viết tắt Mira) n= 66 và nhóm 3 là những hồ sơ phối hợp thuốc Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg viết tắt Mira +Soli (n=23).

2.2.3. Cách thức tiến hành thu thập số liệu.

Sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng trước để thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án tại phòng khám. Những hồ sơ thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn, không phân biệt giới tính sẽ được ghi chép đầy đủ vào mẫu bệnh án nghiên cứu đã xây dựng sẵn bởi nghiên cứu viên.

2.2.4. Vật liệu và công cụ nghiên cứu:

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng sẵn

2.2.5. Các tiêu chuẩn chẩn đoán bàng quang tăng hoạt: theo tổ chức tiểu tự chủ quốc tế 2002, tiểu gấp là cảm giác buồn tiểu một cách đột ngột, cần phải đi tiểu ngay và rất khó có thể nhịn được. Tiểu nhiều lần là bệnh nhân than phiền là phải đi tiểu nhiều lần (từ 8 lần trở lên) trong ngày tính từ lúc thức dậy đến lúc đi ngủ. Tiểu đêm là bệnh nhân than phiền về việc phải thức dậy ban đêm từ trên một lần để đi tiểu. Són tiểu gấp là bệnh nhân than phiền tiểu không tự chủ theo sau

cảm giác tiểu gấp[1]. Nhiễm khuẩn tiết niệu khi bệnh nhân có 1 lần tiểu buốt / tuần[3].

Chỉ số khối cơ thể/Body mass index $\text{BMI} = \text{Cân nặng} / (\text{chiều cao})^2$: dưới 18,5 thiếu cân, 18,5-24,9 bình thường, 25-29,9 thừa cân, trên 30 béo phì[6].

Tăng huyết áp được định nghĩa là HATT ≥ 140 mmHg hoặc HATr ≥ 90 mmHg ở giai đoạn mạn tính hoặc có tiền sử điều trị bằng thuốc hạ huyết áp[7].

Đái tháo đường được xác định bởi có tiền sử đái tháo đường hoặc đang sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường.

Bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh được xác định là có nguồn gốc tổn thương thần kinh trung ương (đột quỵ, tổn thương tủy sống, xơ cứng rải rác, parkinson...)[8]

2.2.6. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới tính, tiền sử (hút thuốc, tăng huyết áp,

đái tháo đường), số lần tiểu gấp trong 24 giờ, số lần tiểu trong 24 giờ, số lần tiểu đêm trong 24 giờ, số lần són tiểu gấp trong 24 giờ, tác dụng không mong muốn (khô miệng, táo bón, khó tiêu, nhìn mờ, tăng huyết áp, nhịp nhanh, MoCA (không suy giảm nhận thức, suy giảm nhẹ, suy giảm vừa, suy giảm nặng, tiền sử đã mổ tuyến tiền liệt, TS-VAS[9] (mức độ hài lòng với điều trị theo thang điểm nhìn), bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh (có hay không).

Thời điểm đánh giá: trước điều trị, 8 tuần sau điều trị, 12 tuần sau điều trị và sau 12 tuần.

2.2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 10.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thông tin chung của bệnh nhân (n= 128)

Bảng 3.1: Thông tin chung của bệnh nhân (n=120)				
Đặc điểm	Soli (n=39)	Mira (n=66)	Mira+Soli (n=23)	p
Giới, n(%)				
Nam,	12(30.8)	23(34.8)	11(47.8)	0.39
Nữ	27(69.2)	43(65.2)	12(52.2)	
Nhóm tuổi, n(%)				
≥65	13(33.3)	25(37.9)	7(30.4)	0.78
<65	26(66.7)	41(62.1)	16(69.9)	
Chỉ số khối cơ thể, n (%)				
<18,5	2(5.1)	2(3.0)	2(8.7)	0.64
18,5 - 24,9	32(82.1)	50(75.8)	16(69.6)	
>25	5(12.8)	14(21.2)	5(21.7)	
Tiền sử bệnh, n(%)				
Tăng huyết áp	7(17.9)	11(16.7)	2(8.6)	0.59
Đái tháo đường	0(0.0)	2(3.0)	1(4.3)	0.48
Bệnh lý thần kinh	8(20.5)	8(12.1)	3(13.0)	0.49
Đã có tiền sử phẫu thuật tuyến tiền liệt	1(2.6)	6(9.1)	2(8.7)	0.42

Triệu chứng bằng quang tăng hoạt trước điều trị (TB+SD)				
Số lần tiểu/24h	11.6(2.2)	11.8(2.3)	13.4(4.2)	0.07
Số lần tiểu đêm/24h	2.4(0.9)	2.5(1.1)	2.6(1.5)	0.29
Số lần tiểu gấp/ 24 giờ	2.3(0.9)	2.2(1.1)	4.3(5.7)	0.01¹
Số lần són tiểu/24 giờ	0.9(1.1)	1.4(1.4)	2.7(2.0)	0.004²
Thể tích một lần đi tiểu (ml)	152.6(49.7)	167.1(57.2)	152.6(62.3)	0.70

Chú thích: p của Chi-square để so sánh tỉ lệ giữa ba nhóm, p của Kruskal- Wallis H để so sánh giá trị trung bình

¹ p^{Mira+Soli - Mira} = 0.01, p^{Mira+Soli - Soli} = 0.04, p^{mira-Soli} = 0.44; ² p^{Mira+Soli - Mira} = 0.01, p^{Mira+Soli - Soli} <0.001, p^{Mira-Soli} = 0.87

Nhận xét: đặc điểm đối tượng nghiên cứu là tương đồng giữa ba nhóm can thiệp, p> 0.05. Triệu chứng số lần tiểu gấp/24 giờ, số lần són tiểu/24 giờ ở nhóm điều trị phối hợp xu hướng triệu chứng nặng hơn có ý nghĩa so với nhóm đơn trị liệu với (p<0,05).

Bảng 3.2. Kết quả điều trị theo các thời điểm đánh giá.

Tại thời điểm tuần thứ 8 sau điều trị (n=18)									
	Mira (n=16)			Mira+Soli(n=2)					
	Trước điều trị	8 tuần	P	Trước điều trị	8 tuần	P			
Số lần tiểu/24h	11.4(2.0)	6.9(1.3)	<0.001	22.5(10.6)	9.5(3.5)	x			
Số lần tiểu đêm/24h	2.5(1.0)	0.9(0.9)	<0.001	3.0(1.4)	1.5(0.7)	x			
Số lần tiểu gấp/24h	2.3(1.1)	0.4(0.6)	<0.001	16.0(19.7)	6.0(8.5)	x			
Số lần són tiểu/24h	1.7(1.3)	0.4(0.6)	<0.001	5.0(7.1)	1.5(2.1)	x			
Thể tích 1 lần đi tiểu (ml)	199.4(44.5)	282.5(36.6)	<0.001	85.0(49.5)	200.0(70.7)	x			
Tại thời điểm tuần thứ 12 sau điều trị (n=85)									
	Soli (n=39)			Mira (n=34)			Mira+Soli (n=12)		
	Trước điều trị	12 tuần	p	Trước điều trị	12 tuần	p	Trước điều trị	12 tuần	p
Số lần tiểu/24h	11.6(2.2)	7.3(1.5)	<0.001	11.8(2.3)	6.8(1.4)	<0.001	13.4(4.2)	7.1(1.5)	0.002
Số lần tiểu đêm/24h	2.4(0.9)	0.9(0.8)	<0.001	2.5(1.1)	0.9(0.9)	<0.001	2.6(1.5)	0.9(0.6)	0.002
Số lần tiểu gấp/24 h	2.3(0.9)	0.6(0.6)	<0.001	2.2(1.1)	0.4(0.7)	<0.001	4.3(5.7)	1.0(2.5)	0.002
Số lần són tiểu/24 giờ	0.9(1.1)	0.4(0.6)	<0.001	1.4(1.4)	0.2(0.5)	<0.001	2.7(2.0)	0.5(0.7)	0.003
Thể tích một lần đi tiểu (ml)	152.6 (49.7)	289.0 (59.7)	<0.001	167.1 (57.2)	296.5 (61.2)	<0.001	152.6 (62.3)	307.4 (66.2)	0.002
Tại thời điểm trên 12 sau điều trị (n=25) (Min: 16 tuần – Max: 40 tuần)									
	Mira (n=16)			Mira+Soli (n=9)					
	Trước điều trị	Trên 12 tuần	p	Trước điều trị	Trên 12 tuần	p			

Số lần tiểu/24h	12.9(2.7)	7.1(2.0)	<0.001	12.0(2.2)	6.9(1.1)	0.007
Số lần tiểu đêm/24h	2.7(1.4)	0.9(1.1)	<0.001	2.3(0.5)	0.7(0.5)	0.006
Số lần tiểu gấp/24h	2.4(1.5)	0.4(1.0)	<0.001	3.1(0.6)	0.6(0.5)	0.006
Số lần són tiểu/24giờ	1.4(1.6)	0.1(0.3)	0.007	2.6(0.9)	0.4(0.5)	0.006
Thể tích một lần đi tiểu (ml)	143.1(62.0)	295.6(77.9)	<0.001	163.3(48.5)	310.0(54.5)	0.008

Chú thích: *p* của Wilcoxon

Nhận xét: tại thời điểm sau điều trị 8 tuần, số liệu chỉ ghi nhận chủ yếu nhóm điều trị Mirabegron 50mg. Đánh giá tại thời điểm này kết quả cho thấy cải thiện tất cả các triệu chứng OAB ($p < 0,05$). Tại thời điểm 12 tuần sau điều trị các triệu chứng đều cải thiện có ý nghĩa thống kê ở cả ba phác đồ đơn trị liệu

và phối hợp ($p < 0,05$). Sau 12 tuần vẫn ghi nhận 25 bệnh nhân đang điều trị gồm nhóm đơn trị liệu bằng Mirabegron 50mg và nhóm phối hợp Mirabegron 50mg với Solifenacin 5mg vẫn được duy trì hiệu quả có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. So sánh kết quả các phương pháp điều trị tại thời điểm tuần thứ 12 sau điều trị

Triệu chứng OAB	Soli (n=39)	Mira (n=34)	Mira+Soli (n=12)	P
Số lần tiểu/24h	7.3(1.5)	6.8(1.4)	7.1(1.5)	0.32
Số lần tiểu đêm/24h	0.9(0.8)	0.9(0.9)	0.9(0.6)	0.70
Số lần tiểu gấp/ 24 h	0.6(0.6)	0.4(0.7)	1.0(2.5)	0.06
Số lần són tiểu/24 h	0.4(0.6)	0.2(0.5)	0.5(0.7)	0.28
Thể tích một lần đi tiểu (ml)	289.0(59.7)	296.5(61.2)	307.4(66.2)	0.20

p của Kruskal- Wallis H

Nhận xét: không có sự khác biệt về tần suất xuất hiện các triệu chứng OAB sau can thiệp tuần thứ 12 ở cả ba nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. So sánh mức độ chênh lệch cải thiện triệu chứng trước và sau điều trị tại tuần thứ 12 giữa các phương pháp điều trị

	Chênh lệch tại thời điểm tuần thứ 12			Post-hoc ANOVA		
	Soli (n=39)	Mira (n=34)	Mira+Soli (n=12)	$p^{\text{Bet+Soli}}_{\text{-Soli}}$	$p^{\text{Bet+Soli}}_{\text{-Bet}}$	$p^{\text{Bet-Soli}}$
Số lần tiểu/24h	4.3(1.5)	4.8(1.8)	5.9(1.3)	0.003	0.03	0.22
Số lần tiểu đêm/24h	1.4(0.7)	1.6(0.7)	1.8(0.7)			
Số lần tiểu gấp/ 24 h	1.6(0.6)	1.8(0.7)	2.7(0.9)	<0.001	<0.001	0.37
Số lần són tiểu/24 giờ	0.4(0.6)	1.1(1.2)	2.1(1.2)	<0.001	0.006	0.003
Thể tích một lần đi tiểu (ml)	136.4(41.8)	140.3(51.6)	167.5(78.8)	0,42		

Chú thích: *p* của Kruskal-Wallis H

Nhận xét: Có sự cải thiện tốt hơn các triệu chứng OAB ở nhóm điều trị phối hợp so với phác đồ đơn trị liệu ($p < 0,05$), trong khi so sánh giữa hai nhóm đơn trị liệu, nhóm được điều trị Mirabegron 50mg cải thiện số

lần són tiểu hơn nhóm dùng Solifenacin 5mg có ý nghĩa ($p < 0,05$). Thể tích mỗi lần đi tiểu được cải thiện trước và sau điều trị các nhóm nhưng không có sự khác biệt ở cả ba nhóm tại thời điểm 12 tuần sau điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Tính an toàn của các thuốc điều trị OAB (n=128)

Tác dụng không mong muốn, (%)	Soli (n=39)	Bet (n= 66)	Bet+Soli (n=23)	p
Khô miệng	5(12.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.003
Táo bón	4(10.3)	0 (0.0)	1(4.3)	0.003
Bí tiểu	1(2.6)	0 (0.0)	1(4.3)	0.29
UTI	6(15.4)	2(3.0)	2(8.7)	0.07
Chứng khó tiêu	2(5.1)	1(1.5)	0 (0.0)	0.36
Tăng huyết áp	0 (0.0)	2(3.0)	1(4.3)	0.48
Mờ mắt	4(10.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	0.01
Nhịp nhanh	0 (0.0)	2(3.0)	1(4.3)	0.48

Chú thích: p của Chi-square.

Nhận xét: tần suất xuất hiện các tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là nhiễm trùng tiểu chiếm 15,4% ở nhóm điều trị Solifenacin, nhưng không có sự khác biệt với hai nhóm còn lại ($p>0,05$), trong khi khô miệng, táo bón, nhìn mờ gặp nhóm Solifenacin cao hơn có sự khác biệt có ý nghĩa ($p<0,05$),

Bảng 3.5. Mức độ hài lòng kết quả điều trị theo thang điểm TS-VAS (n=128)

	Soli (n=39)	Mira (n= 66)	Mira+Soli (n=23)	p
TS-VAS	7.1(0.8)	7.5(1.2)	7.5(0.8)	0.09

Chú thích: TS-VAS, Treatment satisfaction visual analogue scale, p của Kruskal- Wallis H

Nhận xét: mức hài lòng của cả ba nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Các đặc điểm đối tượng nghiên cứu là tương đồng giữa ba nhóm can thiệp theo ba phác đồ khác nhau (đơn trị liệu Solifenacin 5mg, Mirabegron 50mg và phối hợp Solifenacin 5mg) với $p > 0.05$. Thời điểm trước điều trị phân bố tần suất xuất hiện các triệu chứng OAB theo ba nhóm can thiệp trong nghiên cứu này cho thấy số lần tiểu gấp/24 giờ, số lần són tiểu/24 giờ ở nhóm điều trị phối hợp Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg có triệu chứng nặng hơn có ý nghĩa so với nhóm đơn trị liệu với ($p<0,05$). Sự khác biệt này được giải thích do thiết kế nghiên cứu hồi cứu, thu thập thông

tin có sẵn một cách bị động, và như vậy đã phản ánh một cách khách quan những bệnh nhân đến khám với các triệu chứng nặng hơn thường được các bác sĩ lựa chọn phối hợp thuốc ngay từ đầu nhằm đạt được kỳ vọng cải thiện tốt hơn so với phác đồ đơn trị liệu.

Đánh giá kết quả điều trị

Kết quả của các phác đồ đơn trị liệu với các hoạt chất Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg và phối hợp hai hoạt chất trên theo thời gian. Nghiên cứu này cho thấy, tại thời điểm sau điều trị 8 tuần, chúng tôi chỉ ghi nhận được kết quả chủ yếu nhóm điều trị Mirabegron 50mg được ghi chép đầy đủ trong hồ sơ bệnh án và cho thấy có sự cải thiện ở tất cả các triệu chứng OAB ($p<0,05$).

Phân tích kết quả thu được ở nhóm đơn trị liệu bằng Mirabegron 50mg chúng tôi nhận thấy cả 5 triệu chứng thường gặp của OAB đều được cải thiện rõ ràng sau 8 tuần điều trị, đặc biệt nhóm triệu chứng số lần tiểu gấp trong 24 giờ, số lần són tiểu gấp trong 24 giờ. Điều này sẽ giải thích được hiệu quả điều trị đạt được, mức độ hài lòng theo thang điểm TS-VAS (trình bày bảng 3.4). Trong khi đó chỉ ghi nhận 2 bệnh nhân nhóm phối hợp Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg được ghi chép kết quả đánh giá một cách đầy đủ. Do số lượng cỡ mẫu nhỏ nên nhóm này chúng tôi không phân tích thống kê mà chỉ có nhận xét con số đơn thuần cho sự cải thiện triệu chứng OAB sau điều trị phối hợp. Như vậy để đánh giá hiệu quả của hai nhóm đơn trị liệu Solifenacin 5mg và nhóm điều trị phối hợp Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg trong nghiên cứu này là không thể. Điều này được cho là hạn chế của nghiên cứu hồi cứu chúng tôi không thể kiểm soát đánh giá theo kế hoạch nghiên cứu ban đầu và chúng tôi sẽ thảo luận điểm này trong phần hạn chế đề tài.

Tại thời điểm 12 tuần so sánh cả ba nhóm can thiệp đều ghi nhận được kết quả đánh giá với số bệnh nhân tái khám là khá cao lần lượt nhóm điều trị bằng Solifenacin 5mg (n= 39 bệnh nhân), nhóm điều trị bằng Mirabegron 50mg (n= 34 bệnh nhân), nhóm phối hợp Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg (n= 12 bệnh nhân). Kết quả sau điều trị tại thời điểm 12 tuần cho thấy các triệu chứng OAB đều cải thiện tần suất xuất hiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Rõ ràng là những số liệu thu thập được phân tích trong nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu đánh giá về

hiệu quả Solifenacin 5mg hay Mirabegron 50mg cũng như phác đồ phối hợp giữa Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg của các nhóm tác giả [10–12]. Như vậy, cả Solifenacin 5mg, Mirabegron 50mg hay phối hợp hai hoạt chất này đều cho hiệu quả tốt trong cải thiện triệu chứng OAB sau 3 tháng điều trị. Đây là cơ sở cho bác sĩ tại các cơ sở y tế lựa chọn thuốc điều trị cho bệnh nhân tùy thuộc vào tính sẵn có tại địa phương chứ không phải như một số quan điểm điều trị hiện nay là có sản phẩm mới là thay thế thuốc cũ.

Tại thời điểm sau 12 tuần điều trị, chúng tôi ghi nhận thời gian điều trị ngắn nhất 16 tuần, dài nhất là 40 tuần. kết quả chỉ ghi nhận được các thông tin các nhóm đơn trị liệu bằng Mirabegron 50mg (n=16) và nhóm phối hợp kháng Solifenacin 5mg và Mirabegron 50mg (n=9). Kết quả thu được phân tích trong nghiên cứu này cho thấy hiệu quả điều trị có thể kéo dài ở cả đơn trị liệu với thuốc Mirabegron 50mg hay phác đồ phối hợp vẫn duy trì hiệu quả cải thiện các triệu chứng OAB có ý nghĩa với $p < 0,05$. Theo khảo sát của chúng tôi, các nghiên cứu hiện nay đa số mới chỉ đánh giá sau điều trị 12 tuần. Do đó kết quả này cũng là một thông tin có ý nghĩa về tính hiệu quả của Mirabegron 50mg đơn trị và Mirabegron 50mg hay Mirabegron 50mg phối hợp Solifenacin 5mg. Tại thời điểm này, chúng tôi không ghi nhận được thông tin đánh giá lại với nhóm điều trị Solifenacin 5mg để phân tích so sánh, chúng tôi sẽ thảo luận điểm này trong hạn chế đề tài.

Phân tích so sánh hiệu quả của Mirabegron 50mg với phác đồ điều trị

Solifenacin 5mg, và phác đồ phối hợp Solifenacin 5mg với Mirabegron 50mg sau điều trị tại thời điểm 12 tuần sau điều trị. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm về tần suất xuất hiện các triệu chứng trong bệnh cảnh OAB ($p>0,05$). Tuy nhiên, khi phân tích so sánh mức độ cải thiện trước sau (chênh lệch về mức độ cải thiện trước sau) của từng phác đồ điều trị tại thời điểm 12 tuần, chúng tôi lại thấy có sự cải thiện triệu chứng sau điều trị so với trước điều trị ở nhóm phối hợp tốt hơn có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) trong 4/5 triệu chứng OAB. Khi so sánh giữa hai nhóm đơn trị liệu chúng tôi nhận thấy nhóm điều trị bằng Mirabegron 50mg có sự cải thiện tốt hơn triệu chứng giảm số lần són tiểu gấp/24 giờ so với nhóm điều trị bằng Solifenacin 5mg. Giải thích cho kết quả thu được và phân tích trong nghiên cứu này là do thời điểm ban đầu đã có sự phân bố triệu chứng nặng hơn ở nhóm phối hợp, do đó, nếu chỉ đánh giá đơn thuần cải thiện tần suất xuất hiện các triệu chứng tại thời điểm đánh giá 12 tuần bảng 4.3 là không phản ánh được đầy đủ. Sự cải thiện của nhóm điều trị phác đồ phối hợp đã được thể hiện rõ hơn khi phân tích sự chênh lệch về sự cải thiện các triệu chứng OAB ở bảng 4.4. Riêng triệu chứng cải thiện thể tích nước tiểu một lần đi tiểu là không có sự khác biệt ở cả ba nhóm ($p>0,05$).

Phân tích tính an toàn của các loại thuốc điều trị OAB

Theo bảng 3.5. chúng tôi nhận thấy tần suất xuất hiện tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là nhiễm trùng tiểu chiếm 15,4% ($n=6/39$) ở nhóm điều trị Solifenacin

5mg, tiếp đến là nhóm điều trị phác đồ phối hợp Mirabegron 50mg và Solifenacin 5mg chiếm 8,7% ($n=2/23$), thấp nhất là nhóm đơn trị liệu Mirabegron là 3% ($n=3/66$) tuy nhiên khi phân tích thống kê không thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ở cả ba nhóm ($p>0,05$). Quan sát các tác dụng phụ khác, tác dụng không mong muốn khô miệng, táo bón, nhìn mờ gặp nhóm điều trị Solifenacin 5mg chiếm tỷ lệ cao hơn lần lượt là 12,8%, 10,3% và 10,3%, so sánh sự khác biệt so với hai nhóm đơn trị liệu cho thấy tần suất bị cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Các tác dụng không mong muốn khác gặp tỷ lệ rất thấp như bí tiểu (2,6%) nhóm điều trị Solifenacin và 4,3% nhóm điều trị phối hợp, không gặp nhóm điều trị Mirabegron 50mg và cũng không cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$). Một trong tác dụng không mong muốn được quan tâm khi điều trị các thuốc điều trị bàng quang tăng hoạt đặc biệt nhóm thuốc mới đồng vận beta 3 (Mirabegron 50mg) là tăng huyết áp, nhịp tim nhanh. Kết quả nghiên cứu này đã ghi nhận thấy tăng huyết áp 2 bệnh nhân (3%), nhịp tim nhanh gặp 2 bệnh nhân (3%) nhóm đơn trị liệu và 1 bệnh nhân (4,3%), nhịp tim nhanh gặp 1 bệnh nhân (4,3%) nhóm điều trị phối hợp, phân tích thống kê không thấy có sự khác biệt giữa hai nhóm cũng như không có sự khác biệt với nhóm điều trị Solifenacin ($p>0,05$). Đáng lưu ý, những bệnh nhân ghi nhận có tăng huyết áp là rất cao tại thời điểm đo là 200/120mmHg, kèm mạch nhanh trên 90 nhịp/phút. Chúng tôi xem xét kỹ hồ sơ theo dõi nhóm bệnh nhân này nhận thấy đều có tiền sử tăng huyết áp và vẫn đang điều trị đều. Sau khi được xử lý có 02 bệnh nhân

được đổi thuốc huyết áp về ổn định và được duy trì trở lại bằng Mirabegron 50mg và tiếp tục theo dõi sát cho thấy không có cơn tăng huyết áp trở lại. Đối với 01 bệnh nhân ở nhóm phối hợp không kiểm soát tốt được huyết áp dù đã điều chỉnh thuốc điều trị huyết áp, và hồ sơ ghi nhận bệnh nhân được bác sĩ chỉ định dùng Mirabegron 50mg mà chỉ duy trì đơn trị liệu Solifenacin 5mg. Theo dõi kết quả ca này qua ghi chép hồ sơ nhận thấy huyết áp ổn định trở lại về giá trị đích và triệu chứng OAB vẫn được cải thiện đáng kể, bệnh nhân được giải thích và chấp nhận phác đồ điều trị đơn trị liệu kèm thay đổi lối sống để cải thiện thêm hiệu quả điều trị, chất lượng sống và an toàn. Trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào bị suy giảm nhận thức theo thang điểm MoCA, điều này có thể do thời lượng đánh giá chưa đủ dài nhất là nhóm điều trị bằng Solifenacin 5mg.

Đánh giá mức độ hài lòng với kết quả điều trị tại thời điểm 12 tuần theo thang điểm TS-VAS, kết quả cho thấy mức hài lòng của cả ba nhóm nghiên cứu đều mức độ hài lòng với điểm trên 7 theo thang điểm 10. Phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p > 0.05$. Giải thích cho kết quả này chúng tôi thấy rõ ràng bị tác động bởi kết quả theo bảng 3.3 đánh giá tài thời điểm 12 tuần sau điều trị tần suất xuất hiện các triệu chứng OAB ghi nhận là không có sự khác biệt có ý nghĩa. Như vậy, từ kết quả ban đầu của nghiên cứu này cho thấy, các hoạt chất được sử dụng trong nghiên cứu này đều có hiệu quả điều trị OAB và có độ an toàn cho người bệnh ở độ tuổi khác nhau tới thời điểm 12 tuần. Việc lựa chọn thuốc

điều trị cho bệnh nhân phụ thuộc vào tính sẵn có và cá thể hóa từng trường hợp mà bác sĩ có quyết định cụ thể, chứ không nhất thiết phải thay đổi theo thứ tự lựa chọn ưu tiên hoạt chất mới hay cũ. Điều này đã được khuyến cáo theo Hội tiết niệu châu Âu những năm gần đây [3].

V. KẾT LUẬN

Từ những kết quả phân tích trong nghiên cứu này cho thấy hoạt chất đồng vận beta 3 (Mirabegron 50mg) cho hiệu quả, an toàn tại các thời điểm đánh giá 8 tuần, 12 tuần và sau 12 tuần. Nghiên cứu cũng cho thấy hoạt chất Mirabegron 50mg có tác dụng cải thiện triệu chứng són tiểu gấp so với hoạt chất Solifenacin 5mg. Với những bệnh nhân có triệu chứng nặng ngay từ đầu có thể điều trị phác đồ phối hợp Mirabegron 50mg và Solifenacin 5mg có thể cải thiện triệu chứng OAB tốt hơn. Phác đồ đơn trị liệu Mirabegron 50mg hay phối hợp với Solifenacin 5mg trong nghiên cứu này chưa có ghi nhận tác dụng không mong muốn nào đáng kể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrams P, Artibani W, Cardozo L, Dmochowski R, van Kerrebroeck P, Sand P, et al.** Reviewing the ICS 2002 terminology report: the ongoing debate. *Neurourol Urodyn.* 2009;28: 287. doi:10.1002/nau.20737
2. **Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, et al.** Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol.* 2003;20: 327–336. doi:10.1007/s00345-002-0301-4

3. **EAU Guidelines on Non-neurogenic Female LUTS - DISEASE MANAGEMENT - Uroweb.** In: Uroweb - European Association of Urology [Internet]. [cited 31 May 2023]. Available: <https://uroweb.org/guidelines/non-neurogenic-female-luts/chapter/disease-management>
4. **Chapple CR, Nazir J, Hakimi Z, Bowditch S, Fatoye F, Guelfucci F, et al.** Persistence and Adherence with Mirabegron versus Antimuscarinic Agents in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Observational Study in UK Clinical Practice. *Eur Urol.* 2017;72: 389–399. doi:10.1016/j.eururo.2017.01.037
5. **Debert CT, Stilling J, Wang M, Sajobi T, Kowalski K, Benson BW, et al.** The Montreal Cognitive Assessment as a Cognitive Screening Tool in Athletes. *Can J Neurol Sci.* 2019;46: 311–318. doi:10.1017/cjn.2019.18
6. **All About Adult BMI.** In: Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 3 Jun 2022 [cited 1 Jun 2023]. Available: https://www.cdc.gov/healthyweight/assessing/bmi/adult_bmi/index.html
7. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.** In: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp [Internet]. [cited 1 Jun 2023]. Available: <https://vnncdc.gov.vn/huong-dan-chan-doan-va-dieu-tri-tang-huyet-ap-nd14594.html>
8. **Neurogenic Bladder.** 19 Nov 2019 [cited 1 Jun 2023]. Available: <https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/neurogenic-bladder>
9. **Lee HN, Chae JY, Lee HS, Choo MS, Park MG, Lee SY, et al.** Translation and Linguistic Validation of the Korean Version of the Treatment Satisfaction Visual Analogue Scale and the Overactive Bladder Satisfaction with Treatment Questionnaire. *Int Neurourol J.* 2017;21: 309–319. doi:10.5213/inj.1734992.496
10. **Gratzke C, van Maanen R, Chapple C, Abrams P, Herschorn S, Robinson D, et al.** Long-term Safety and Efficacy of Mirabegron and Solifenacin in Combination Compared with Monotherapy in Patients with Overactive Bladder: A Randomised, Multicentre Phase 3 Study (SYNERGY II). *Eur Urol.* 2018;74: 501–509. doi:10.1016/j.eururo.2018.05.005
11. **Wang J, Zhou Z, Cui Y, Li Y, Yuan H, Gao Z, et al.** Meta-analysis of the efficacy and safety of mirabegron and solifenacin monotherapy for overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2019;38: 22–30. doi:10.1002/nau.23863
12. **Chapple CR, Cruz F, Cardozo L, Staskin D, Herschorn S, Choudhury N, et al.** Safety and Efficacy of Mirabegron: Analysis of a Large Integrated Clinical Trial Database of Patients with Overactive Bladder Receiving Mirabegron, Antimuscarinics, or Placebo. *Eur Urol.* 2020;77: 119–128. doi:10.1016/j.eururo.2019.09.024

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LẤY THẬN TRÊN NHỮNG THẬN CÓ BẤT THƯỜNG MẠCH MÁU, NHIỀU MẠCH MÁU

Lê Nguyên Vũ^{1,2}, Trần Hà Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Chia sẻ những kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi lấy thận có bất thường mạch máu, nhiều mạch máu tại TTGT bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 333 bệnh nhân từ 1/2020 -12/2022, được thực hiện phẫu thuật lấy thận qua nội soi ổ bụng. MSCCT 64 dãy sử dụng để dựng hình giải phẫu động mạch (ĐM) và tĩnh mạch (TM). Chúng tôi đối chiếu giữa kết quả dựng hình mạch máu trên cắt lớp vi tính và thực tế thận lấy ra, xử lý mạch máu để lấy thận. ĐM thận được cắt bằng 2Hem-O-Lok và 1 clip titan, Endo GIA Stapler tĩnh mạch thận (TMT), thận được lấy từ đường rạch trên bẹn khoảng 6 cm, không sử dụng Endobag để lấy lại thận.

Kết quả: Nghiên cứu có 193 thận phải/ 140 bên trái. Trong đó thận phải 19,7% có 2 ĐM, 1% có 3 ĐM, 13,5% có 2TM, 5,7% Có 3 TM, thận trái 20,7% có 2 ĐM, 0,7% có 3 ĐM, 1,4 % có 2 TM. Thời gian phẫu thuật Phải/Trái là 115,1±22,75/120,33±22,57 phút; thời gian thiếu máu nóng khi lấy thận ra phải/ trái là 3,54±1,1/3,21±0,5 phút. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, an toàn cho người hiến. Hầu như

không có sự khác biệt về giới trong tất cả các biến số được nghiên cứu.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt thận có nhiều mạch máu từ người cho sống là phẫu thuật khả thi, ít sang chấn và mang lại kết quả thận tốt cho người nhận.

Từ khóa: lấy thận nội soi, nội soi cắt thận, nhiều động mạch thận.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LIVING DONOR NEPHRECTOMY WITH MULTIPLE RENAL ARTERIES AND VASCULAR ANOMALIES AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL, VIET NAM

Objective: Donor kidneys have anatomical changes with multiple renal arteries that make laparoscopic surgery difficult. This report is to share experiences in laparoscopic surgery to retrieve kidney with abnormal vascular system at organ transplantation center at Viet Duc University Hospital.

Material and method: a retrospective study of 193 patients from June 2020 to June 2022, a right laparoscopic donor nephrectomy was performed. We routinely obtain a (3D) computed tomography (CT) angiogram for use as an anatomic roadmap for patient ages ranging from 34.08±8.09 years. The operation was carried out using 4/3 trocars for the right/left kidney donors. Two extra-large Hem-O-Lok polymer clips and 1 clip titan were applied to the proximal portion of the renal artery. Endo GIA Stapler vascular is used to cut off the kidney vein. The kidney was extracted from the supra inguinal of 6cm

¹Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Bộ môn Ngoại Tiết niệu-Nam học-Y học giới tính, Trường Đại học Y, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyên Vũ

ĐT: 0972156996

Email: nguyenvu.urologist@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/5/2023

Ngày phản biện: 30/6/2023

Ngày duyệt đăng: 13/6/2023

incision. No Endobag was used to retrieve kidney.

Results: the operation was successfully performed in all patients by the same team. There was donor kidney right/ left: 2 arteries 19.7%/20.7%, 1% right kidney artery, 13.5%/1.4% two kidney vein. 5.7% triple kidney vein right. Operative time (OT) was R/L: 115.1±22.75/120.33±22.57 min, WIT R/L was 3.54±1.1/3.21±0.5 min. Almost no gender differences were found in all studied variables.

Conclusion: Laparoscopic donor nephrectomy is safe for donors with vascular anomalies. Donors benefit from a less morbid procedure with no effect on functional outcome.

Keywords: laparoscopic donor nephrectomy, multiple renal arteries, Endo GIA,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi lấy thận ngày một trở nên phổ biến. Không phải tất cả các trường hợp lấy thận đều có hệ mạch đơn thuần. Thận hiến có biến đổi giải phẫu về mạch máu gây khó khăn trong phẫu thuật nội soi¹. Cấu trúc mạch máu thận luôn là mối quan tâm hàng đầu đối với các phẫu thuật viên lấy thận để ghép trên người cho sống với bất kỳ kỹ thuật mổ nào vì sự bất thường về mạch máu thận đứng hàng thứ 2 trong lựa chọn để lấy thận (ưu tiên về mặt chức năng trước). Sau khi được lựa chọn cho thận, người cho được tiến hành làm các xét nghiệm về chẩn đoán hình ảnh giúp đánh giá khách quan hình thể, chức năng của từng thận giúp lựa chọn vị trí thận lấy để ghép. Hiện nay tất cả các trung tâm ghép tạng trên thế giới đã ứng dụng phương pháp chụp MSCT 64 dãy^{2,3}. Kết quả cho phép đánh giá đầy đủ, rõ nét hệ thống mạch thận: số lượng, nguyên ủy, đường đi, kích thước, độ dài mạch máu, động mạch phân nhánh sớm, tĩnh mạch chia đôi sớm. Báo cáo này để chia sẻ những kinh nghiệm

trong phẫu thuật nội soi lấy thận có bất thường mạch máu, nhiều mạch máu tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm tất cả người sống cho thận được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận ghép từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2022 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người sống có đầy đủ tiêu chuẩn của người hiến thận theo Quy định của Bộ y tế.
- Tuổi từ 25-60.
- Thận ghép được lấy bằng phẫu thuật nội soi qua phúc mạc.
- Các bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Tất cả những trường hợp áp dụng kỹ thuật lấy thận khác như: mổ mở, những thận được lấy bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hoặc nội soi qua phúc mạc có hỗ trợ bằng tay.
- Không có đầy đủ hồ sơ bệnh án.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2020 đến tháng 5/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022.
- Cỡ mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Trang thiết bị và dụng cụ mổ

- Bàn mổ thận thông thường có thể gấp mở rộng vùng hông lưng.
- Dàn máy nội soi ổ bụng Karl - Storz.
- Trocar các cỡ 5mm, 10mm, 12mm.

- Hệ thống kính soi 10mm (30⁰) của hãng Karl- Storz.

- Hệ thống máy cắt đốt: đơn cực, lưỡng cực và máy cắt đốt siêu âm.

- Các dụng cụ nội soi gồm: kẹp phẫu tích các loại, ống hút, móc đốt, kéo, kẹp mang kim...

- Kẹp mạch máu gồm: kẹp Clip 300, 400, kẹp Hem-O-Lok dụng cụ ghim cắt tự động Endo GIA cho cặp cắt TM thận.

- Gạc nội soi dài 20- 30cm.

- Bàn rửa thận, dịch rửa, túi áp lực, kim truyền rửa, bộ dụng cụ xử lý cuống thận, hộp bảo quản thận chờ ghép.

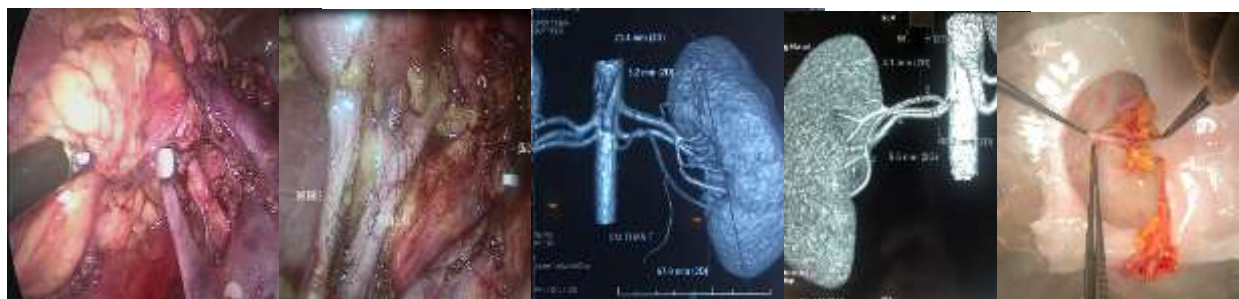
Kỹ thuật mổ:

- **Vô cảm:** gây mê nội khí quản.

- **Bên trái:** bệnh nhân nằm nghiêng 45 độ về phía bên đối diện, treo tay và độn đệm mềm các điểm tựa. **Bước 1: Giải phóng đại tràng trái:** Phẫu tích mở dọc mạc Told trái, giải phóng và hạ đại tràng trái, phẫu tích tìm NQ trái. **Bước 2: Di động niệu quản:** **Bước 3: Bộc lộ thận.** Bộc lộ cân Gerota từ đó bộc lộ thận. Phẫu tích lên cực trên thận. Lách đuôi tụy cực trên thận trái được giải phóng di động để từ đó bộc lộ thận. Tuyến thượng thận được tách ra từ cực trên của thận. **Bước 4 Phẫu tích rốn thận** TM thận: Giải phóng TM sinh dục cho đến chỗ đổ vào thận, TM thất lưng, TM thượng thận được phẫu tích riêng rẽ, cặp clip và cắt bỏ.

Sau khi giải phóng các nhánh bên vào TM thận thì giải phóng hoàn toàn TM thận. Nếu có nhiều ĐM thì phải phẫu tích riêng từng ĐM. Tốt nhất là phẫu tích đến chỗ ĐM thận đổ vào ĐM chủ. **Bước 5: Giải phóng thận và cắt niệu quản.** **Bước 6. Cắt thận:** ĐM TM thận: cặp cắt bằng 2 – 3 Hemolock 10mm. Đưa thận ra ngoài theo hướng dẫn phía dưới

- **Bên phải:** bệnh nhân nằm nghiêng 45 độ về phía bên đối diện, treo tay và độn đệm mềm các điểm tựa. **Bước 1: Giải phóng đại tràng phải:** Phẫu tích mở dọc mạc Told phải, giải phóng và hạ đại tràng phải đến ngang mức mào chậu. **Bước 2: Di động niệu quản.** **Bước 3: Phẫu tích rốn thận** TM thận: Phẫu tích hạ tá tràng bộc lộ mặt trước tĩnh mạch (TM) chủ dưới. Phẫu tích cực trên thận từ bờ phải TM chủ dưới giải phóng hoàn toàn cực trên thận, giải phóng TM thận đoạn đổ vào TM chủ dưới, ĐM thận ở phía sau dưới TM thận. ĐM thận: ĐM thận ở bình diện phía sau TM. Giải phóng từ mặt sau hoặc mặt trước có thể phẫu tích rõ ĐM. **Bước 4: Giải phóng thận và cắt niệu quản.** **Bước 5. Cắt thận:** ĐM thận: cặp cắt trước bằng 2 – 3 Hemolock 10mm, TM thận: được cặp và cắt bằng stapler Endo GIA Reticulator 45/2. Thận ngay lập tức đưa ra ngoài đặt vào khay đá, cầm đường truyền dịch rửa liên tục.

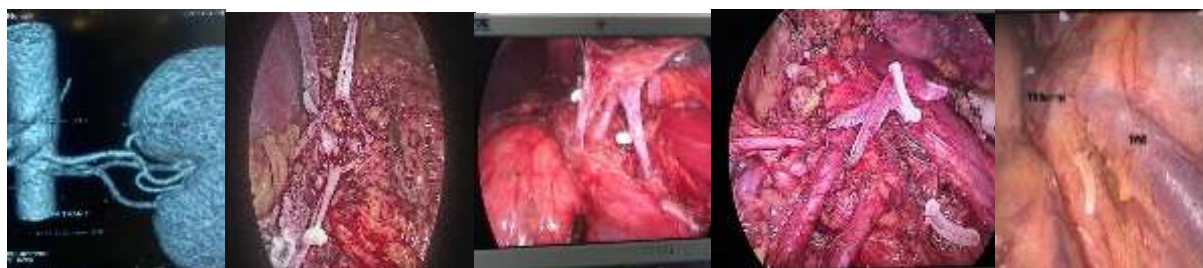


Thận 1 ĐM – 2TM

Thận 3 ĐM – 1 TM

ĐM chia nhánh sớm

Hình 1: Các bất thường giải phẫu của thận phải trong khi mổ lấy thận nội soi



Thận 3 ĐM- 1 TM

Thận 1 ĐM- 2TM

ĐM chia nhánh sớm

Nutcracker

Hình 2: Các bất thường giải phẫu của thận trái trong khi mổ lấy thận nội soi

2.4. Thu thập số liệu: Mẫu thu thập số liệu người cho thận dựa vào các biến số cần nghiên cứu được thiết kế. Các thông nghiên cứu trước khi mổ bao gồm đối chiếu thông số giữa hình ảnh và thực tế phẫu thuật, các thông số trong cuộc mổ như thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng. Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đối chiếu số lượng TMT trên phim MSCT và thực tế trong mổ

Số lượng TMT	Thận phải		Thận trái		Tổng số	
	MSCT	Khi lấy thận	MSCT	Khi lấy thận	MSCT	Khi lấy thận
1 TM	162(83.9%)	156(80.8%)	138(98.5%)	138(98.5%)	300(90.09%)	300(90.09%)
2 TM	29(15%)	26(13.5%)	2(1.4%)	2(1.4%)	31(9.3%)	28(8.4%)
3 TM	2(1.1%)	11(5.7%)	0(0%)	0(0%)	2(0.6%)	11(3.3%)
Tổng	193 BN		140 BN		333 BN	

Nhận xét: Có 39.1% trường hợp TM thận phải > 2 TM

Bảng 2: Đối chiếu số lượng ĐMT trên phim MSCT và thực tế trong mổ

Số lượng ĐMT	Thận phải		Thận trái		Tổng số	
	MSCT	Khi lấy thận	MSCT	Khi lấy thận	MSCT	Khi lấy thận
1 ĐM	163(84.5%)	153(79.3%)	112(80%)	110(78.6%)	275(82.6%)	263(79%)
2 ĐM	29(15%)	38(19.7%)	27(19.3%)	29(20.7%)	56(18.6%)	67(20.1%)
3 ĐM	1(0.5%)	2(1%)	1(0.7%)	1(0.7%)	2(0.6%)	3 (0.9%)
Tổng	193 BN		140 BN		333 BN	

Nhận xét: ĐM thận chia sớm ngay chỗ xuất phát từ ĐM có 29 TH bên phải và 27 TH bên trái

Bảng 3: Kẹp cắt ĐM thận

Kẹp ĐMT	2 Hemolock + 1 clip		2 Hemolock	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
ĐM chính	333	100%	0	0%
ĐM phụ	60/67 TH	89.5%	7/67TH	10.5%

Nhận xét: Tất cả các động mạch chính đều được xử lý tối thiểu là 2 Hem-O-Lock kèm theo 1 clip titan

Bảng 4: Kẹp cắt TM thận

Vị trí lấy thận	2 Hemolock	GIA
Thận phải	11/193	182/182
Thận trái	140/140	0

Nhận xét: Các trường hợp thận phải dùng stapler mạch máu cắt TM, trường hợp thận trái sử dụng 2 Hem-O-Lock để cắt có 11 TH thận phải có 3 TM thì thắt TM thứ nhỏ bằng Hem-O-Lock.

Bảng 5: Liên quan giữa vị trí lấy thận và kết quả phẫu thuật

Vị trí lấy thận	Thời gian thiếu máu nóng (phút)	Thời gian mổ (phút)
Thận phải	3.54±1.1	115,1±22,75
Thận trái	3.21±0.5	120,33±22,57
P	p>0.05	p>0.05

Nhận xét: Sự khác biệt giữa thời gian mổ trung bình, thời gian thiếu máu nóng của 2 vị trí lấy thận không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Để chuẩn bị cho ghép thận, người cho thận phải được chụp cắt lớp vi tính đa dãy có dựng hình mạch thận hay còn gọi là MSCT 64 dãy³. Kết quả của chụp dựng hình mạch thận có vai trò rất quan trọng, giúp đánh giá số lượng, độ dài, khẩu kính của động mạch thận, từ đó giúp cho phẫu thuật viên trong việc lựa chọn thận ghép phù hợp, có chiến thuật trong mổ bảo đảm an toàn đối với người cho và thận ghép⁴. Bên cạnh đó nó cũng còn giúp cho ekip rửa thận đánh giá được về tình trạng mạch máu của thận được chọn ghép, khẩu kính các động mạch (ĐM) để chủ động chuẩn bị về số lượng, kích thước các dụng cụ rửa thận phù hợp. Kết quả chụp động mạch thận trên MSCT 64 dãy như một bản đồ về mạch máu thận, cung cấp tương đối chính xác đặc điểm giải phẫu mạch máu thận, giúp phẫu thuật viên chủ động được trong phẫu thuật lấy thận ghép, giúp giảm bớt tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ^{2,3}. Đối với kết quả chụp MSCT 64 dãy chúng tôi nhận thấy là tỷ lệ chính xác cao chỉ

đối với động mạch thận, còn các trường hợp nhiều tĩnh mạchTM thận thì khó phát hiện được, đặc biệt là các trường hợp 3 TM thận, TM thứ 3 rất nhỏ xuất phát từ tĩnh mạch chủ dưới. Các trường hợp 2 TM thận bên phải thường khó phân biệt được là TM chia sớm thành 2 TM hay có 1 thân chung (Bảng 1, 2). Trong đó thận phải 19,7% có 2 ĐM, 1% có 3 ĐM, 13,5% có 2TM, 5,7% Có 3 TM, thận trái 20,7% có 2 ĐM, 0,7% có 3 ĐM, 1,4 % có 2 TM. Chúng tôi nhận thấy sự khác nhau giữa phim chụp MSCT và thực tế có nhiều nguyên nhân, trong đó có 2 nguyên nhân chính: Động mạch chia sớm không lấy được ngã ba, tách thành các nhánh nhỏ, bảng 2 nên bên phải có 29 ca động mạch chia sớm không thể lấy được gốc chung, khi kẹp cắt sẽ thành 2 ĐM, tương tự là đối với bên trái. Để lấy được thân chung, ngã ba chia nhánh sớm cần phẫu thuật viên có trình độ, chuyên môn cao. Tuy nhiên vẫn có nhiều trường hợp chỗ chia quá ngắn, phải đảm bảo an toàn cho người hiến không thể lấy được thân chung. Đối với ĐM chúng tôi khuyến cáo bên trái >0.5cm, bên phải khuyến cáo >1cm. Hai là do sai sót trong quá trình dựng hình phim MSCT, có những nhánh nhỏ không hiện hình hoặc những nhánh nghi ngờ lên tuyến thượng thận nhưng thực chất lại đi vào thận trên

phim MSCT. Rửa thận ngược dòng: Cần thiết trong những trường hợp ĐM nhỏ hoặc có HK⁵. Về tĩnh mạch thận khó hiện hình trên phim MSCT 64 dãy, tĩnh mạch nhỏ dễ bị bỏ qua. Tỷ lệ biến đổi số lượng TMT phải là chủ yếu chiếm 16,1%. Châu Quý Thuận⁶: 23/106TH có 2 động mạch chiếm 21,69%, 1/106TH có 3 động mạch chiếm 0,94% và có 18/106TH động mạch phân nhánh sớm chiếm 16,98%. Troppmann C⁷ và nhóm tác giả ở Mỹ (2001) thực hiện từ 5/1997 đến 10/2000 trên 79TH với 21TH (27%) có nhiều động mạch, so sánh biến chứng người cho, thời gian thiếu máu nóng, thời gian nằm viện, thời gian mổ... kết quả ghi nhận được như sau: Biến chứng 19% trong nhóm 1 động mạch và 10% trong nhóm nhiều động mạch nhưng p không có ý nghĩa. Thời gian thiếu máu nóng, thời gian nằm viện tương tự ở cả 2 nhóm. Thời gian mổ dài hơn trong nhóm có nhiều động mạch với $p < 0,02$. Về xử lý mạch máu cuống thận khi có nhiều động mạch hoặc các trường hợp động mạch tách sớm ngay sau chỗ xuất phát từ ĐMC là một nguy cơ với người hiến và khó khăn khi ghép lại với người nhận. Với nguyên tắc an toàn tuyệt đối cho người hiến⁸, chúng tôi vẫn dùng 2 hemolock + 1 clip khi kẹp ĐM thận chính và 2 hemolock đối với ĐM phụ hoặc nhỏ, khi ra bàn rửa có thể thấy từ 1 ĐM thành 2 ĐM, nhưng vấn đề này có thể tạo hình ĐM trên bàn rửa sau đó ghép lại cho người nhận⁵. Với kỹ thuật nội soi sau phúc mạc, Châu Quý Thuận⁶ với động mạch chính sử dụng 2 Hem-O-Lock+ 1 clip 400 hoặc 1 Hem-O-Lock+ 2clip 400 trong 97/106TH (91,5%). Đối với động mạch phụ có 12TH dùng 2 Hem-O-Lock, 4TH sử dụng 2 Hem-O-Lock+ 1 clip 400, 8TH sử dụng 1 Hem-O-Lock+ 2 clip 400. Tất cả các trường hợp đều cho kết quả an toàn. Anant Kumar⁸

báo cáo 1200TH sử dụng Hem-O-Lock kẹp cả động mạch và tĩnh mạch thận 1110TH, có biến chứng tử vong ngay sau mổ 1TH do bụng Hem-O-Lock. Đối với TMT được bóc tách và bóc lộ trước ĐMT. Khi bóc lộ TMT cần phải cẩn thận đi từ phía rốn thận vào trong sát tới TMC dưới. Về số lượng TMT chúng tôi gặp có 11TH có 3 TM thận (bên phải) và có 26 trường hợp có 2 TMT các biệt có 2 trường hợp bên trái có 2 TM. Các biến đổi về giải phẫu thường gặp bên phải. Đây là vấn đề quan trọng nhất đối với lấy thận nội soi bên phải. Tĩnh mạch lấy ra phải đảm bảo đủ chiều dài thuận lợi khi đưa thận vào khoang ghép⁹ tương đương với TM lấy khi mổ mở. Tác giả Liu¹⁰ áp dụng phương pháp xử lý mạch máu thay Stapler bằng Hem-O-Lock trên 11TH từ 11/2005- 9/2007, so sánh với 33TH sử dụng GIA trước đó có 1TH phải chuyển mổ mở do GIA không hoạt động. Kết quả thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng như nhau, TMT lấy dài hơn, không có biến chứng mạch máu. Thay vì sử dụng băng đạn mạch máu tháo 1 hàng ghim như tác giả Bollens đã công bố¹¹ chúng tôi sử dụng stapler mạch máu có curve tip, dụng cụ có thể tỳ vào phần TM thận _ tĩnh mạch chủ dưới đảm bảo đủ chiều dài TM thận, và đảm bảo cầm máu tốt và an toàn trên diện cắt của TMCD, nếu có 2 tĩnh mạch có thể dùng 2 băng đạn mạch máu của stapler, nếu 3 TM thường có 1 TM nhỏ và vừa khẩu kính của hemolock nên có thể sử dụng hemolock cho TM phụ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thận có nhiều mạch máu từ người cho sống là phẫu thuật khả thi, ít sang chấn và mang lại kết quả thận tốt cho người nhận. Việc sử dụng băng đạn mạch máu cần thiết cho những trường hợp có nhiều

tĩnh mạch để đảm bảo an toàn cho người hiến... Đối với ĐM chia sớm chúng tôi khuyến cáo đoạn gốc ĐM còn lại bên trái >0.5cm, bên phải khuyến cáo >1cm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lafranca JA, van Bruggen M, Kimenai HJ, et al.** Vascular Multiplicity Should Not Be a Contra-Indication for Live Kidney Donation and Transplantation. PLoS One. 2016;11(4):e0153460.
2. **Namasivayam S, Small WC, Kalra MK, Torres WE, Newell KA, Mittal PK.** Multidetector-row CT angiography for preoperative evaluation of potential laparoscopic renal donors: how accurate are we? Clin Imaging. Mar-Apr 2006;30(2):120-126.
3. **Paragi PR, Klaassen Z, Fletcher HS, et al.** Vascular constraints in laparoscopic renal allograft: comparative analysis of multiple and single renal arteries in 976 laparoscopic donor nephrectomies. World J Surg. Sep 2011;35(9):2159-2166.
4. **Fettouh HA.** Laparoscopic donor nephrectomy in the presence of vascular anomalies: evaluation of outcome. J Endourol. Jan 2008;22(1):77-82.
5. **Lê Nguyễn Vũ HTA, Nguyễn Việt Anh, Phùng Duy Hồng Sơn.** KỸ THUẬT RỬA THẬN IN-VITRO CẢI TIẾN DÙNG CHO TRƯỜNG HỢP TRONG GHÉP THẬN CÓ BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022(159):92-97.
6. **Thuận CQ.** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận để ghép trên người cho sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận án tiến sỹ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2011:56-110.
7. **Troppmann C, Wiesmann K, McVicar JP, Wolfe BM, Perez RVJAoS.** Increased transplantation of kidneys with multiple renal arteries in the laparoscopic live donor nephrectomy era: surgical technique and surgical and nonsurgical donor and recipient outcomes. 2001;136(8):897-907.
8. **Kumar A, Srivastava A, Dubey D, Gulia AJT.** ANALYSIS OF 1000 CASES OF LAPAROSCOPIC DONOR NEPHRECTOMY FROM A DEVELOPING COUNTRY.: 1672. 2010;90:547.
9. **Øyen O, Andersen M, Mathisen L, et al.** Laparoscopic versus open living-donor nephrectomy: experiences from a prospective, randomized, single-center study focusing on donor safety. 2005;79(9):1236-1240.
10. **Liu K-L, Chiang Y-J, Wang H-H, Chu S-H.** Techniques of vascular control in laparoscopic donor nephrectomy. Paper presented at: Transplantation proceedings2008.
11. **Bollens R, Mikhaski D, Espinoza BP, et al.** Laparoscopic live donor right nephrectomy: a new technique to maximize the length of the renal vein using a modified Endo GIA stapler. 2007;51(5):1326-1331.

BIẾN CHỨNG SAU MỔ LỖ TIỂU THẤP THỂ NẶNG BẰNG KỸ THUẬT KOYANAGI CẢI BIÊN THEO HAYASHI

Lê Nguyễn Yên¹, Ngô Xuân Thái¹, Phạm Ngọc Thạch²

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định tỷ lệ theo từng loại biến chứng và đánh giá kết quả phẫu thuật sửa chữa sau mổ lỗ tiểu thấp thể nặng bằng kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi.

Đối tượng và phương pháp: từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 6 năm 2021, có tất cả 76 bệnh nhi được chẩn đoán miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng và phẫu thuật tạo hình niệu đạo một thì theo kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi. Thời gian theo dõi từ 16 – 38 tháng. Kết quả thu thập tập trung vào các biến số: rò niệu đạo, hẹp miệng niệu đạo, hẹp niệu đạo, tụt miệng niệu đạo. Đánh giá kết quả phẫu thuật sửa chữa biến chứng thông qua số lần mổ sửa chữa, tỷ lệ tái phát biến chứng sau mổ, biến chứng mới xuất hiện sau lần mổ sửa chữa.

Kết quả: Trong 76 trường hợp được phẫu thuật, có 48 trường hợp hoàn thiện trong một lần mổ với thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, 19 trường hợp tụt miệng niệu đạo trong đó 13 trường hợp phải mổ lần hai, 9 trường hợp rò niệu đạo, 2 trường hợp rò niệu đạo tự hết. Trong 13 trường hợp phải mổ tạo hình niệu đạo lần 2 sau mổ có 7 trường hợp tái phát tụt miệng niệu đạo

phải phẫu thuật lần 3. Trong 7 trường hợp vá rò có 2 trường hợp phải vá lần thứ 3.

Kết luận: Kỹ thuật Koyanagi cải biên trong phẫu thuật điều trị những trường hợp miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng có thể giảm đáng kể số lần phẫu thuật cho bệnh nhi với tỷ lệ biến chứng chấp nhận được. Tuy nhiên, phẫu thuật lần 2 cần thật sự cân nhắc trong trường hợp tụt miệng niệu đạo mà quy đầu kích thước rất nhỏ. Cũng như vá rò niệu đạo nên chọn kỹ thuật thích hợp kết hợp dùng vật liệu che phủ chắc chắn nhằm hạn chế rò tái phát.

Từ khóa: tạo hình miệng niệu đạo đóng thấp, kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi, phẫu thuật lại.

SUMMARY

COMPLICATIONS AFTER HAYASHI – MODIFIED KOYANAGI REPAIR FOR SEVERE HYPOSPADIAS

Objective: Determine the rate of each type of complication and evaluate the results of surgical redo after Hayashi – modified Koyanagi repair for severe hypospadias.

Materials and methods: from September 2017 until June 2021, a total of 76 patients with proximal hypospadias who underwent Hayashi – modified Koyanagi repair in a single stage. The follow – up ranged from 16 months to 38 months. Result of series of patients were focus on the complications after operation which include urethral fistule, meatal stenosis, urethral stenosis, urethral or glans breakdown. Evaluate the result of surgical redo via the number of operations, a rate of recurrent complication, new

¹Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi đồng 2

Chịu trách nhiệm chính: Lê Nguyễn Yên

ĐT: 0908824867

Email: bsnguyenyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/6/2023

Ngày phản biện: 4/6/2023

Ngày duyệt đăng: 19/6/2023

type of complication appearing after redo procedure.

Results: In 76 cases of surgery, there were 48 cases completed in one stage surgery with a follow up time of 24 months, 19 cases of urethral and glans breakdown in which 13 cases had to be operated in second times, 9 cases of urethral fistule, no case of urethral stenosis. In 13 cases which was operated, there are 7 cases had to be redo in third times. In 7 cases of closing the fistule, 2 cases of recurrent fistule had to be redo surgical repair.

Conclusion: Applying Hayashi - modified Koyanagi technique in case of severe hypospadias repair can reduce the number of operations, with the complication rate can be acceptable in long time following up. However, the second stage should be really considered in case of too small glan of penis. As with the urethral fistules, should be chosen the suitable technique combined with covering materials to prevent recurrent fistule.

Keywords: hypospadias repair, Hayashi - modified Koyanagi, surgical redo.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Miệng niệu đạo đóng thấp là một trong những bất thường bẩm sinh cơ quan sinh dục ngoài thường gặp ở bé trai với tỷ lệ khoảng 1:300. Có nhiều hệ thống phân loại khác nhau. Trong đó, miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng chiếm tỷ lệ khoảng 10 – 20%. Mục đích chính của phẫu thuật là sửa tật cong, tạo hình niệu đạo đưa vị trí miệng niệu đạo lên đỉnh quy đầu, sửa tật chuyển vị dương vật bìu, tật bìu chẻ đôi kèm theo. Để đạt được mục đích phẫu thuật, các kỹ thuật tạo hình hai thì đến thời điểm hiện tại vẫn là lựa chọn phổ biến của các phẫu thuật viên tiết niệu nhi trên thế giới bởi tính an toàn và hiệu quả. Bên cạnh đó, phẫu thuật một thì bằng kỹ

thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi (2000) cho tỷ lệ thành công đến 70%, không ghi nhận có biến chứng nặng như hẹp niệu đạo, tính ưu thế vượt trội về số lần phẫu thuật và tính thẩm mỹ [5],[8],[9]. Trong thời gian gần 4 năm tiến hành phẫu thuật Koyanagi trên 76 trường hợp miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng tại bệnh viện Nhi đồng 2, có 28 trường hợp phải mổ lần 2 nhằm khắc phục những biến chứng và khiếm khuyết còn hạn chế sau lần mổ đầu. Tuy nhiên, sau mổ lần 2 có đến 9 trường hợp phải phẫu thuật đến lần thứ 3. Từ những trường hợp phải mổ lại chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mong muốn đưa ra những lưu ý về mặt kỹ thuật cũng như cần nhắc về đối tượng cần mổ lại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: bé trai được chẩn đoán miệng niệu đạo đóng thấp thể sau – nặng, được phẫu thuật sửa tật cong dương vật và tạo hình niệu đạo bằng kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi có biến chứng cần phẫu thuật lần 2 trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 6 năm 2021 tại bệnh viện Nhi đồng 2.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt trường hợp

- Quy trình nghiên cứu:

+ Bước 1: xác định trường hợp biến chứng bao gồm: rò niệu đạo, hẹp miệng niệu đạo, hẹp niệu đạo, tụt miệng niệu đạo theo dõi tối thiểu 6 tháng

+ Bước 2: xác định những trường hợp biến chứng bắt buộc phẫu thuật lần 2 bên cạnh những biến chứng không cần phải phẫu thuật lần 2. Đối với những trường hợp cần phẫu thuật lần 2 thì thời điểm phẫu thuật là tối thiểu 6 tháng sau mổ lần đầu hay phải trì hoãn chờ thời điểm phẫu thuật thuận lợi hơn.

+ Bước 3: giải thích, nhắc lại cho thân nhân bệnh nhi về tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi và cụ thể hóa trong tình huống của từng bệnh nhi. Những trường hợp không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu sẽ loại khỏi mẫu chọn.

+ Bước 4: tiến hành phẫu thuật, chia thành 2 nhóm biến chứng (kết quả ghi nhận không có biến chứng hẹp miệng sáo và hẹp miệng niệu đạo)

Phẫu thuật rò niệu đạo

- Xác định vị trí, số lượng, kích thước lỗ rò trong mô bằng động tác bơm thử rò qua ống thông nuôi ăn (feeding tube 8Fr).

- Đánh dấu lỗ rò bằng bút mực vô trùng trong mô

- Tiêm dưới da quanh lỗ rò bằng dung dịch Lidocaine/Epinephrine 2% pha sẵn không qua 1ml

- Rạch da quanh lỗ rò bằng dao 11.

- Bóc tách quanh lỗ rò đến sát niệu đạo.

- Chọn lựa kỹ thuật vá rò: cắt khâu lại lỗ rò, khâu lộn đường rò vào lòng niệu đạo (kỹ thuật PATIO). [12]

- Chọn lựa vật liệu che phủ: (không bắt buộc) mô tại chỗ hoặc mảnh bao tinh mạc trong bìu

- Lưu ống thông tiểu (dùng ống thông nuôi ăn 8Fr): không cần lưu ống hoặc lưu ống từ 3-5 ngày



Hình 1: Rò niệu đạo gốc dương vật

Phẫu thuật tụt miệng niệu đạo

- Xác định vị trí miệng niệu đạo hiện tại tương quan với rãnh quy đầu.

- Vẽ đánh dấu chữ U từ quy đầu vòng quanh miệng niệu đạo

- Tiêm dưới da quanh đường vẽ bằng dung dịch Lidocaine/Epinephrine 2% pha sẵn không qua 1ml

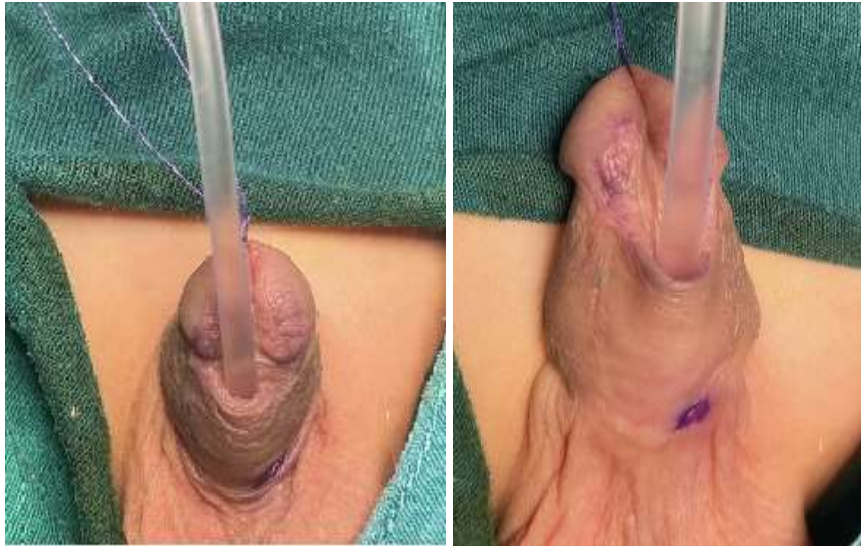
- Rạch da hình chữ U đã đánh dấu, điểm dừng ở quy đầu cân nhắc vị trí cao nhất để cuộn ống tại chỗ

- Tiến hành tạo hình niệu đạo theo kiểu cuộn ống tại chỗ Duplay hoặc Snodgrass trên ống thông niệu đạo là ống nuôi ăn 8Fr hoặc 10 Fr.

- Chọn vật liệu che phủ: mô tại chỗ hoặc mảnh bao tinh mạc

- Tạo hình quy đầu và da dương vật

- Băng ép, lưu ống thông tiểu từ 7-10 ngày tùy trường hợp.



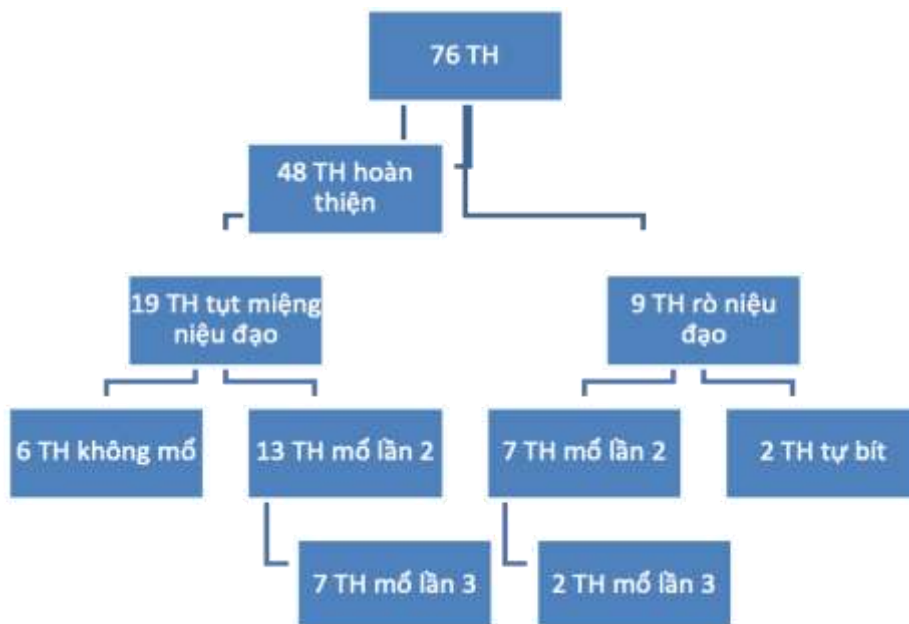
Hình 2: Tụt miệng niệu đạo dưới rãnh quy đầu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 76 trường hợp miệng niệu đạo đóng thấp thể sau – nặng tạo hình một thì với kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi, có 48 trường hợp (63,2%) hoàn thiện trong một lần mổ với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng. Thỏa tiêu chí: dương vật thẳng, miệng niệu đạo sau tạo hình trên rãnh quy đầu, tự

tiểu một tia thẳng từ miệng niệu đạo, hài hòa về mặt thẩm mỹ.

Có 28 trường hợp ghi nhận trong 2 nhóm biến chứng: tụt miệng sáo (19 trường hợp), rò niệu đạo (9 trường hợp). Không ghi nhận trường hợp nào hẹp miệng niệu đạo, hẹp niệu đạo.



3.1. Biến chứng tụt niệu đạo:

- Có 6 trường hợp niệu đạo tụt đến rãnh quy đầu, tuy nhiên dương vật thẳng, trẻ tự tiểu một tia thẳng, chúng tôi không tiến hành mổ lại trên những đối tượng này.

- 13 trường hợp còn lại không thỏa một trong ba tiêu chí trên, chúng tôi tiến hành tạo hình lại niệu đạo theo Duplay hoặc Snodgrass (với những trường hợp quy đầu nhỏ) sau thời gian ít nhất là 6 tháng tính từ thời điểm mổ lần đầu.

- Kết quả sau mổ tạo hình niệu đạo lần 2 có đến 7 trường hợp tụt niệu đạo tái phát về vị trí ban đầu bắt buộc phải mổ lần 3. Trên cơ sở tương đồng những trường hợp mổ lần 2: dương vật thẳng, sàn niệu đạo mềm mại, mô che phủ tại chỗ dồi dào, kỹ thuật cuộn ống tại chỗ tương đồng, chỉ khâu PDS 6.0, 7.0, thời gian băng ép, thay băng, loại ống thông, kháng sinh sau mổ...nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy yếu tố khác biệt rõ rệt là đường kính quy đầu. Trong 7 trường hợp thất bại phải mổ lần 3, có đến 6 trường hợp đường kính quy đầu nhỏ dưới 14mm, trung bình 12,2mm, nhỏ nhất là 11mm.

3.2. Biến chứng rò niệu đạo:

- Có 2 trường hợp rò niệu đạo tại rãnh quy đầu, 1 trường hợp tự bít, trường hợp còn lại ghi nhận giữa lỗ rò với niệu đạo tạo hình có cầu da niêm rất nhỏ, sau thời gian theo dõi cầu da niêm bị phá vỡ bởi dòng nước tiểu, khi đó lỗ rò nhập với niệu đạo và cố định tại rãnh quy đầu, trường hợp này tương tự như tụt niệu đạo đến rãnh quy đầu và không cần can thiệp phẫu thuật lần 2.

- 7 trường hợp rò niệu đạo phải mổ lần 2: 2 trường hợp rò 1 vị trí tại thân dương vật, kích thước lỗ rò nhỏ (2mm). 5 trường hợp rò lớn (toác niệu đạo) ở gốc dương vật. Đối với 2 trường hợp rò lỗ nhỏ tại thân dương vật, kỹ thuật vá theo PATIO, kết quả không thấy rò tái phát. Trong 5 trường hợp rò gốc dương vật – bìu, 2 trường hợp đầu chúng tôi tiến hành bóc tách quanh lỗ rò, xén mép, khâu lại lỗ rò trên ống Feeding tube 8Fr, phủ niệu đạo bằng mô tại chỗ, kết quả cả 2 trường hợp này đều rò tái phát trong tuần đầu tiên sau rút ống thông tiểu. 3 trường hợp sau, với vật liệu che phủ niệu đạo là mảnh bao tinh mạc lấy ở bìu phải, cả 3 trường hợp này đều thành công với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng.

- Tiến hành mổ lần 3 trên 2 trường hợp rò tái phát tại gốc dương vật, với kỹ thuật khâu lại lỗ rò thông thường nhưng che phủ hoàn toàn bằng mảnh bao tinh mạc, với thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng, không thấy rò tái phát trở lại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kỹ thuật Koyanagi cải biên

So với kỹ thuật Koyanagi nguyên bản (1983) với tỷ lệ biến chứng 47% các cải biên của các tác giả Snow và Cartwright (1994), Emir (2000), Sugita (2001), Hayashi (với 2 lần cải biên năm 2000 và 2006), Lei Kang (2016) tỷ lệ biến chứng giảm đáng kể [2],[3],[4],[5]. Chúng tôi chọn kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi (năm 2000) vì hiện tại được nhiều trung tâm phẫu thuật tiết niệu nhi trên thế giới áp dụng hơn so với kỹ thuật cải biên lần thứ 2 của chính tác giả.

Với ưu thế của kỹ thuật Koyanagi là dùng vật da niêm có cuống để tạo hình niệu đạo và kỹ thuật khâu tạo ống niệu đạo với hai đường khâu dọc, tránh được biến chứng hẹp miệng nối giữa miệng niệu đạo gốc và niệu đạo tân tạo.[1],[10]. Kết quả lâu dài với thời gian nghiên cứu gần 4 năm trên 76 trường hợp hoàn toàn không ghi nhận biến chứng hẹp niệu đạo – biến chứng đáng ngại nhất trong phẫu thuật miệng niệu đạo đóng thấp.

4.2. Biến chứng sau mổ Koyanagi cải biên theo Hayashi

Với 48 trường hợp hoàn thiện trong một lần mổ, chiếm tỷ lệ 63,2% - thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Tuy nhiên nếu xét góc độ biến chứng không phải phẫu thuật lần 2 thì số trường hợp hoàn thành trong một lần mổ là 56/76 trường hợp, chiếm tỷ lệ 73,7%, - tương đồng với các tác giả khác.

Bảng 4.1. So sánh kết quả tạo hình niệu đạo theo Koyanagi cải biên theo Hayashi của một số nghiên cứu

Năm	Tác giả	Số bệnh nhi	Biến chứng			
			Rò niệu đạo (n - %)	Hẹp miệng niệu đạo	Hẹp niệu đạo	Tụt miệng niệu đạo
1994	Koyanagi	70	15 (21.4)	12 (17.1)	6 (8.6)	0
1994	Snow và Cartwright	4	2 (50)	0	0	0
2000	Emir	20	4 (20)	0	0	0
2001	Hayashi	20	3 (15)	3 (15)	0	0
2007	Hayashi	12	1 (8.3)	0	0	0
2009	Catti	31	12 (38.7)	4 (12.9)	1 (3.2)	6 (19.4)
2010	Nerli	14	3 (21.4)	1 (7.1)	0	1 (7.1)
2011	Arnaud	21	12 (57.1)	0	0	9 (42.9)
2013	Vepakomma	24	5 (20.8)	2 (8.3)	1 (4.2)	2 (8.3)
2017	Lê Nguyễn Yên & cs	12	1 (8.3)	2 (16.7)	0	1 (8.3)
2018	Chúng tôi	30	2 (6.7)	0	0	10 (33.3)

4.3. Phẫu thuật lần 2

Với 13 trường hợp tụt miệng niệu đạo phải mổ lần 2, có đến 7 trường hợp phải mổ lại lần 3. Trong đó điểm đặc biệt lưu ý là kích thước quy đầu. Với kích thước quy đầu nhỏ, việc cuộn ống tại chỗ đến đỉnh quy đầu gần như thất bại ngay cả với kỹ thuật xẻ sàn niệu đạo theo Snodgrass.

Rò niệu đạo tại gốc dương vật ghi nhận hoàn toàn là rò lỗ lớn (toác niệu đạo), tia tiểu

hoàn toàn ra ở gốc dương vật vị trí lỗ rò, đoạn niệu đạo thân dương vật đến đỉnh quy đầu được bảo toàn. Vấn đề cốt lõi là vá lại lỗ rò hoàn chỉnh trong lần mổ thứ 2. Kết quả cho thấy vai trò của vật liệu che phủ. Vị trí lỗ rò gốc dương vật rất ít mô che phủ tại chỗ. Để đảm bảo kết quả phẫu thuật vá rò, vật liệu che phủ đơn giản và chắc chắn là mảnh bao tinh mạc ở bìu.[13]

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật Koyanagi cải biên theo Hayashi có thể trở thành một chọn lựa hiệu quả và an toàn cho phẫu thuật viên trong trường hợp phẫu thuật một thì chỉnh sửa tật miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng. Phẫu thuật lần 2 và rò vị trí gốc dương vật đòi hỏi vật liệu che phủ trong mọi trường hợp. Tạo hình niệu đạo cuộn ống tại chỗ lần 2 xử trí tật miệng niệu đạo không nên lên quá cao tới đỉnh quy đầu trong những trường hợp kích thước quy đầu nhỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnaud. A et al** (2011), “Choosing a technique for severe hypospadias”, *Afr J Pediatr Surg*, 8: 286 – 290.
2. **Catti. M** (2009), “Original Koyanagi urethoplasty versus modified Hayashi technique: Outcome in 57 patients”, *J Pediatr Urol*, 5: 300 – 306.
3. **Emir. H et al** (2000), “Modification of Koyanagi technique for the single stage repair of proximal hypospadias”, *JUrol*, 164: 973 – 976.
4. **Hayashi. Y** (2007), “neo-modified Koyanagi technique for the single stage repair of proximal hypospadias”, *The journal of Pediatric Urology*, 3: 239 – 242.
5. **Hayashi. Y et al** (2001), “Modified Koyanagi repair for severe proximal hypospadias”, *BJU International*, 87: 235 – 238.
6. **Jayanthi. V.R** (2008), “The modified Koyanagi hypospadias repair for the one-stage repair of proximal hypospadias”, *Indian journal Urology*, 24: 206 – 209.
7. **Lê Nguyễn Yên và cs** (2018), “Kết quả bước đầu trong điều trị miệng niệu đạo đóng thấp thể nặng bằng kỹ thuật Koyanagi cải biên”, *Y học TP Hồ Chí Minh, Phụ bản tập 22, Số 1*, tr 408 – 412.
8. **Mouriquand Pierre. D. E, Rink. Richard.C** (2012), “Hypospadias”, *Pediatric Urology 2th edition*, Chapter 41, 526 – 543.
9. **Nerli R et al** (2010), “Modified Koyanagi’s procedure for proximal hypospadias: our experience”, *Int JUrol*, 17: 294 – 296.
10. **Silva Mattos. E** (2009), “outcome of severe hypospadias repair using three different techniques”, *JPediatr Urol*, 5:205 – 211.
11. **Snow. B** (2004), “The Yoke hypospadias repair”, *Hadidi.AZMY Hypospadias surgery*, 203 – 208.
12. **Kirtikumar Rathod¹, Jaskiren Loyal** (2017), “Modified PATIO repair for urethrocutaneous fistula post hypospadias repair: operative technique and outcomes”, *JPediatr Sur International*, 33: 109 – 112.
13. **Yogender S. Kadian, Mahavir Singh** (2017), “The role of tunica vaginalis flap in stage repair of hypospadias”, *Asian J Urol*, 4(2): 107 – 110.