

KẾT QUẢ TÁN SỎI THẬN QUA DA QUA ĐƯỜNG HẸM NHỎ Ở BỆNH NHÂN CÓ TIỀN SỬ MỔ MỞ LẤY SỎI THẬN CÙNG BÊN

Trần Quốc Hòa^{1,2}, Nguyễn Đình Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá tính hiệu quả và an toàn của tán sỏi qua da (TSQD) qua đường hầm nhỏ ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên. Chúng tôi tiến hành một nghiên cứu mô tả hồi cứu gồm 48 bệnh nhân được TSQD có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên. Thời gian trung bình từ lần mổ mở lấy sỏi thận đến lần TSQD là $13,0 \pm 6,7$ năm. Thời gian phẫu thuật trung bình là $75,6 \pm 36,7$ phút. Có 10,4% bệnh nhân phải TSQD lần 2 và 8,3% bệnh nhân cần sử dụng 2 đường hầm để tán sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi sau lần TSQD đầu tiên và cuối cùng lần lượt là 79,2% và 87,5%. Tỷ lệ biến chứng độ I, II và III theo phân loại Clavien-Dindo lần lượt là 16,7%, 4,2% và 2,1%. Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu và can thiệp mạch là 4,2% và 2,1%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $3,6 \pm 2,6$ ngày. Như vậy, TSQD đảm bảo được tính hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên.

Từ khóa: Tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ, TSQD, tiền sử mổ mở lấy sỏi thận

SUMMARY

RESULTS OF MINI – PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY IN PATIENTS WITH PREVIOUS OPEN RENAL SURGERY

To assess the efficacy and safety of mini percutaneous nephrolithotripsy (PCNL) in patients with previous open renal surgery. A retrospective study was conducted including 48 patients underwent PCNL with previous open renal surgery. The average time from previous open renal surgery to PCNL was 13.0 ± 6.7 years. The mean operative time was 75.6 ± 36.7 minutes. There was 10.4% and 8.3% patients requiring secondary PCNL and two tracts. The stone-free rate after first and last PCNL procedure was 79.2% and 87.5%. The rates of grade I, II and III complications according to the Clavien-Dindo were 16.7%, 4.2% and 2.1%, respectively. The proportion of patients requiring blood transfusion and vascular intervention was 4.2% and 2.1%. The average hospital stay after PCNL was 3.6 ± 2.6 days. Thus, PCNL ensures effectiveness and safety in treating kidney stone in patients with previous open renal surgery. **Keywords:** Mini percutaneous nephrolithotomy, PCNL, previous open renal surgery

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.12.2023

Ngày duyệt bài: 9.01.2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là một bệnh lý có tính chất toàn cầu và đang có xu hướng gia tăng trên toàn thế giới. Kể từ khi được Fernstrom và Johansson mô tả lần đầu tiên năm 1976, TSQD đã được chấp nhận là phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị các trường hợp sỏi thận kích thước lớn kể cả các trường hợp sỏi phức tạp.¹ So với mổ mở TSQD có tỷ lệ biến chứng thấp hơn, hồi phục sau mổ nhanh hơn và chi phí thấp hơn. Vì vậy, TSQD đã dần thay thế mổ mở trong điều trị sỏi thận ở hầu hết các trường hợp.^{1,2}

Một trong số những đặc trưng của sỏi thận đó là sự tái phát, theo đó khoảng một nửa số bệnh nhân được phẫu thuật sỏi thận bị tái phát sau 5 – 7 năm.³ Chính vì vậy ngày càng có nhiều bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận được TSQD. Mổ mở lấy sỏi thận sẽ gây ra các biến đổi của hệ thống đài bể thận, hình thành các sẹo xơ ở khoang sau phúc mạc và làm thay đổi vị trí của các tạng trong ổ bụng. Chính những yếu tố này sẽ ảnh hưởng đến kết quả của TSQD. Một số nghiên cứu cho thấy tiền sử mổ mở lấy sỏi thận là yếu tố làm giảm hiệu quả của TSQD, tuy nhiên một số nghiên cứu khác lại cho kết quả ngược lại.⁴⁻⁸ Tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội, TSQD đã trở thành một phương pháp thường quy trong điều trị sỏi thận và ngày càng có nhiều bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận được TSQD. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá ảnh hưởng của tiền sử mổ mở lấy sỏi thận đến kết quả TSQD được thực hiện tại bệnh viện của chúng tôi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá tính hiệu quả và an toàn của TSQD ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện ở các bệnh nhân TSQD qua đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được TSQD qua đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.
- Bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên với bên TSQD.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ các thông tin nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có các phẫu thuật khác được tiến hành đồng thời cùng với TSQD.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*** Loại nghiên cứu:** mô tả hồi cứu.

*** Thời gian nghiên cứu:** từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023.

*** Địa điểm nghiên cứu:** khoa Ngoại Tiết Niệu – bệnh viện Đại Học Y Hà Nội.

*** Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện.

*** Các tiêu chí nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi, giới, đặc điểm sỏi (kích thước, vị trí, số lượng sỏi, độ HU của sỏi), mức độ giãn đài bể thận, kết quả nuôi cấy nước tiểu.

- Kết quả tán sỏi: Thời gian phẫu thuật, số lần tán sỏi, số lượng đường hầm sử dụng, tỷ lệ sạch sỏi (sau lần phẫu thuật đầu và lần cuối dựa trên Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị), tỷ lệ biến chứng sau mổ (theo phân loại Clavien-dindo),⁹ thời gian nằm viện sau mổ.

***Phân tích và xử lý số liệu:** các số liệu được phân tích và xử lý dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

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 trước đây.

- Các thông tin của bệnh nhân chỉ được sử dụng với mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu có 48 bệnh nhân đủ điều kiện được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 55,9 ± 10,6 tuổi. Thời gian từ lần mổ mở lấy sỏi thận đến thời điểm TSQD là 13,0 ± 6,7 năm. Kích thước trung bình của sỏi là 24,6 ± 11,0 mm. Đa số bệnh nhân có giãn đài bể thận (68,8%). Có 22,9% bệnh nhân có kết quả nuôi cấy nước tiểu trước mổ có vi khuẩn.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả	Min-Max/ Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		55,9 ± 10,6	31 – 75
Giới	Nam	20	41,7%
	Nữ	28	58,3%
Thời gian mổ cũ (năm)		13,0 ± 6,7	3 – 34
Đặc điểm sỏi	Kích thước (mm)	24,6 ± 11,0	10 – 54
	Tỷ trọng (HU)	1025,0 ± 277,1	300 – 1500

Vị trí	Bể thận	18/48	37,5%
	Bể thận + đài	6/48	12,5%
	Đài thận	16/48	33,3%
	Sỏi san hô	8/48	16,7%
Giãn đài bể thận	Có	33/48	68,8%
	Không	15/48	31,2%
Cấy nước tiểu	Âm tính	37/48	77,1%
	Dương tính	11/48	22,9%

3.2. Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 75,6 ± 36,7 phút. Có 10,4% bệnh nhân cần phải TSQD lần 2 và 8,3% bệnh nhân cần sử dụng 2 đường hầm để tán sỏi. Tỷ lệ sạch sỏi sau lần tán sỏi thứ nhất và lần cuối lần lượt là 79,2% và 89,7%. Tỷ lệ biến chứng độ I, II và III theo phân loại Clavien-Dindo là 16,7%, 4,2% và 2,1%. Có 4,3% bệnh nhân phải truyền máu và 2,1% bệnh nhân cần nút mạch thận để cầm máu. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 3,6 ± 2,6 ngày.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả	Min-max/ Tỷ lệ %
Thời gian phẫu thuật (phút)	75,6±36,7	30 – 210
Số lần phẫu thuật	Một lần	43/48 89,6%
	Hai lần	5/48 10,4%
Số đường hầm tán sỏi	Một	44/48 91,7%
	Hai	4/48 8,3%
Sạch sỏi	Sau lần một	38/48 79,2%
	Sau lần 2	42/48 87,5%
Phân loại biến chứng theo Clavien–Dindo	Độ I	8/48 16,7%
	Độ II	2/48 4,2%
	Độ III	1/48 2,1%
Biến chứng chảy máu	Truyền máu	2/48 4,2%
	Nút mạch thận	1/48 2,1%
Thời gian nằm viện (ngày)	3,6±2,6	2 – 15

IV. BÀN LUẬN

Theo lý thuyết, tiền sử mổ mở lấy sỏi thận là nguyên nhân hình thành các tổ chức xơ quanh thận và các sẹo xơ ở nhu mô thận. Bên cạnh đó, mổ mở lấy sỏi thận thường gây ra các biến dạng về mặt giải phẫu của hệ thống đài bể thận như hẹp cổ đài, hẹp khúc nối bể thận niệu quản,... Tất cả những điều này sẽ gây ra các khó khăn trong quá trình chọc dò vào đài bể thận, quá trình nong tạo đường hầm, quá trình tán sỏi, tìm và lấy các mảnh sỏi. Tuy nhiên trong số các nghiên cứu đã được báo cáo lại cho thấy các kết quả khác nhau. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy, tỷ lệ sạch sỏi sau TSQD ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở đường sườn lưng thấp hơn ở các bệnh nhân không có tiền sử này.^{4,5} Tuy

nhiên các nghiên cứu trong thời gian gần đây lại cho thấy tiền sử mổ mở lấy sỏi thận không ảnh hưởng đến kết quả TSQD. Năm 2008, Kurturus và cộng sự đã so sánh kết quả TSQD ở 142 bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên (nhóm 1) với 186 bệnh nhân không có tiền sử này (nhóm 2).⁶ Nghiên cứu này kết luận rằng tỷ lệ sạch sỏi ở 2 nhóm không có sự khác biệt (tỷ lệ sạch sỏi sau lần can thiệp đầu tiên và lần can thiệp cuối ở nhóm 1 là 59% và 95% so với 63% và 97% ở nhóm 2).⁶ Ngoài ra nghiên cứu này cũng cho thấy không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ, tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp lần 2 cũng như tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng nhiều đường hầm tán sỏi ở 2 nhóm này.⁶ Kết quả tương tự cũng được chỉ ra trong nghiên cứu của Falahatkar, Gupta và Tugcu.^{7,8,10} Tuy nhiên trong nghiên cứu của Gupta cho thấy ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở có tỷ lệ tán sỏi qua da lần 2 cao hơn còn trong nghiên cứu của Tugu cho thấy thời gian phẫu thuật ở các bệnh nhân này dài hơn.^{8,10} Trong nghiên cứu này của chúng tôi tỷ lệ sạch sỏi sau lần TSQD đầu tiên và cuối cùng lần lượt là 79,2% và 87,5%. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu này tương tự như trong nghiên cứu TSQD ở tất cả các nhóm bệnh nhân tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội chúng tôi thực hiện năm 2020. Ngoài ra thời gian phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân phải TSQD lần 2, tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng nhiều đường hầm cũng như thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng không có sự khác biệt so với nghiên cứu chúng tôi thực hiện năm 2020. Như vậy tiền sử mổ mở có thể gây ra một số khó khăn cho TSQD tuy nhiên không ảnh hưởng đến kết quả TSQD.



Hình 1: Sẹo mổ cũ và sẹo mổ sau TSQD

TSQD mặc dù là một phẫu thuật ít xâm lấn tuy nhiên phẫu thuật này vẫn còn tồn tại một số biến chứng, trong đó chảy máu là biến chứng nặng và thường gặp nhất. Đặc biệt ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên có thể tạo thành các sẹo xơ ở thận cũng như làm thay đổi vị trí các tạng trong ổ bụng có thể là yếu tố nguy cơ làm gia tăng các biến chứng.



Hình 2: Sỏi thận phải kèm biến dạng hình thái thận phải và Xquang hệ tiết niệu sau TSQD

Theo nghiên cứu của Suleyman Yesil cho thấy, mức giảm hemoglobin sau mổ so với trước mổ, tỷ lệ đái máu dai dẳng sau mổ và tỷ lệ phải nút mạch thận sau TSQD ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở cao hơn nhóm bệnh nhân chưa có tiền sử phẫu thuật sỏi thận, nhóm bệnh nhân có tiền sử TSQD và nhóm bệnh nhân có tiền sử tán sỏi ngoài cơ thể. Tuy nhiên ở các nghiên cứu khác lại cho thấy tỷ lệ phải truyền máu sau TSQD ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận không có sự khác biệt với các bệnh nhân không có tiền sử này.^{6-8,10} Ngoài ra các nghiên cứu này cũng không báo cáo các biến chứng nặng khác như tổn thương các tạng trong ổ bụng.^{6-8,10,12} Trong nghiên cứu này của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân (4,2%) phải truyền máu trong và sau mổ và chỉ có 1 bệnh nhân (2,1%) cần phải can thiệp nút mạch thận chọn lọc sau mổ. Ngoài ra các biến chứng còn lại trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ là các biến chứng nhẹ và không ghi nhận các biến chứng nặng khác như sốc nhiễm trùng hoặc tổn thương các tạng khác trong ổ bụng. Kết quả thu được trong nghiên cứu này cũng tương tự như trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện khi đánh giá kết quả TSQD ở tất cả các nhóm bệnh nhân tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Như vậy, TSQD qua đường hầm nhỏ là một phương pháp đảm bảo được tính an toàn trong điều trị sỏi thận ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên.

V. KẾT LUẬN

TSQD qua đường hầm nhỏ là một phương pháp đảm bảo được tính hiệu quả và an toàn trong điều trị sỏi thận ở các bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận cùng bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Segura JW, Patterson DE, LeRoy AJ, et al. Percutaneous removal of kidney stones. Preliminary report. *Mayo Clin Proc.* 1982; 57:615-9.
2. Matlaga BR, Assimos DG. Changing indications of open stone surgery. *Urology.* 2002; 59:490-3.

3. **Parmar MS.** Kidney stones. *BMJ.* 2004; 328:1420-4.
4. **Margel D., Lifshitz D. A., Kuqel V., et al.** Percutaneous Nephrolithotomy in Patients Who Previously Underwent Open Nephrolithotomy. *Journal of Endourology.* 2005; 19(10):1161-1164.
5. **Viville C.** Treatment of staghorn calculi by percutaneous nephrolithotomy: apropos of 18 cases (Fre). *J Urol (Paris).* 1988; 94:133-136
6. **Fatih Osman Kurtulus, Adem Fazlioglu, Zafer Tandogdu, et al.** Percutaneous Nephrolithotomy: Primary Patients versus Patients with History of Open Renal Surgery. *Journal of endourology.* 2008; 22(12).
7. **Siavash Falahatkar, Zahra Panahandeh, Elham Ashoori, et al.** What Is the Difference Between Percutaneous Nephrolithotomy in Patients with and without Previous Open Renal Surgery?. *Journal of endourology.* 2009; 23(7).
8. **N.P. Gupta, Saurabh Mishra, Rishi Nayyar, et al.** Comparative Analysis of Percutaneous Nephrolithotomy in Patients with and without a History of Open Stone Surgery: Single Center Experience. *Journal of endourology.* 2009; 23(6).
9. **Daniel Dindo, Nicolas Demartines, Pierre-Alain Clavien.** Classification of Surgical Complications A New Proposal With Evaluation in a Cohort of 6336 Patients and Results of a Survey. *Ann Surg.* 2004; 240(2):205-213.
10. **Volkan Tugcu, Fuat Ernis Su, Nadir Kalfazade, et al.** Percutaneous nephrolithotomy (PCNL) in patients with previous open stone surgery. *Int Urol Nephrol.* 2008; 40:881-884.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU, SŨNG, KHÍT HÀM CỦA LASER DIODE CÔNG SUẤT THẤP SAU PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH NGẦM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT NAM CU BA

Hoàng Thị Hà Phương¹, Phùng Thị Thu Hà²,
Trần Thị Mỹ Hạnh², Lê Thị Thu Hải³, Lê Diệp Linh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau, sưng, khít hàm sử dụng laser diode công suất thấp sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm tại bệnh viện Việt Nam Cu Ba. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng trong nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân có nhu cầu và chỉ định nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm đến khám và điều trị tại khoa Răng miệng, Bệnh viện Việt Nam Cu Ba từ tháng 09/2022 đến tháng 06/2023. Bệnh nhân nghiên cứu được chia thành 2 nhóm có chiếu laser và không chiếu laser sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm. Đánh giá mức độ sưng, đau, khít hàm giữa 2 nhóm. **Kết quả:** Điểm đau trung bình theo VAS cao nhất được ghi nhận sau phẫu thuật 4 giờ, ở nhóm có chiếu và không chiếu laser là $2,44 \pm 1,41$ và $5,62 \pm 1,67$. Điểm đau trung bình giữa nhóm có chiếu laser thấp hơn so với nhóm không chiếu laser các thời điểm sau phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ở ngày thứ 7, nhóm không chiếu laser vẫn còn đau trong khi nhóm có chiếu laser đã hết đau. Số viên thuốc giảm đau trung bình phải sử dụng ở nhóm bệnh nhân không chiếu laser ($3,12 \pm 1,58$ viên) cao hơn so với nhóm bệnh nhân chiếu laser ($0,59 \pm 1,85$ viên). Mức độ sưng theo chiều dọc và chiều ngang ở nhóm

bệnh nhân phẫu thuật có chiếu laser thấp hơn so với nhóm không sử dụng ở ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật ($p < 0,05$). Mức độ há miệng ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật có chiếu laser tốt hơn ở nhóm không chiếu laser ở ngày thứ 1 và thứ 2 sau phẫu thuật. **Kết luận:** Việc sử dụng laser diode có tác dụng làm giảm đau, giảm sưng nề, giảm mức độ khít hàm sau mổ ở những bệnh nhân răng khôn hàm dưới mọc lệch.

Từ khóa: răng khôn hàm dưới mọc lệch, laser diode, nhổ răng

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE EFFECTIVENESS OF PAIN RELIEF, SWELLING, AND JAW TIGHTENING USING A LOW-POWER DIODE LASER AFTER SURGERY TO REMOVE THE WISDOM TEETH OF THE LOWER JAW THAT GREW UNDERGROUND AT VIET NAM – CU BA FRIENDSHIP HOSPITAL

Objectives: Assessment of the effectiveness of pain relief, swelling, and jaw tightening using a low-power diode laser after surgery to remove the wisdom teeth of the lower jaw that grew underground at Viet Nam - Cu Ba friendship Hospital. **Subjects and methods:** The study included 100 patients with needs and indications for extraction of wisdom teeth of the lower jaw that had grown underground and were examined and treated at the Department of Orthodontics, Viet Nam – Cu Ba friendship Hospital from September 2022 to June 2023. Study patients were divided into 2 groups with laser and no laser during surgery. Evaluation of swelling, pain, and jaw tightening between the 2 groups. **Results:** The highest average pain score according to VAS was

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam Cu Ba

²Viện đào tạo RHM Đại học Y Hà Nội

³Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Hà Phương

Email: phuong.hoangha236@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024