

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haehner, A., et al.,** Prevalence of smell loss in Parkinson's disease--a multicenter study. *Parkinsonism Relat Disord*, 2009. 15(7): p. 490-4.
2. **Tran, T.N., et al.,** Development and validation of the Vietnamese smell identification test. *Parkinsonism Relat Disord*, 2023. 113: p. 105494.
3. **Tran, T.N., et al.,** Normative data for the Vietnamese smell identification test. *Clin Park Relat Disord*, 2023. 9: p. 100222.
4. **Ansari, K.A. and A. Johnson,** Olfactory function in patients with Parkinson's disease. *J Chronic Dis*, 1975. 28(9): p. 493-7.
5. **Herting, B., et al.,** A longitudinal study of olfactory function in patients with idiopathic Parkinson's disease. *J Neurol*, 2008. 255(3): p. 367-70.
6. **Meusel, T., et al.,** The course of olfactory deficits in patients with Parkinson's disease--a study based on psychophysical and electrophysiological measures. *Neurosci Lett*, 2010. 486(3): p. 166-70.
7. **Kiakojuji, K., et al.,** Evaluation of Olfactory Function by Iranian Smell Diagnostic Test in Patients with Parkinson's disease in North of Iran. *Iran J Otorhinolaryngol*, 2021. 33(118): p. 271-279.
8. **Pekel, N.B., et al.,** Associations Between Olfactory Impairment and Cognitive Functions in Patients with Parkinson Disease. *Noro Psikiyatr Ars*, 2020. 57(3): p. 216-221.

SO SÁNH BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ VÀ ĐƯỜNG HẪM TIÊU CHUẨN TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN ĐƠN GIẢN

Lê Trọng Khôi*, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh biến chứng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với đường hầm tiêu chuẩn trong điều trị sỏi thận đơn giản. **Bệnh nhân và phương pháp:** Bệnh nhân được điều trị sỏi thận đơn giản bằng phẫu thuật lấy sỏi thận qua da, từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 11 năm 2022. Tất cả các trường hợp được thực hiện ở tư thế nằm sấp dưới hướng dẫn của C-arm. Kích thước đường hầm 26 F đối với PCNL tiêu chuẩn và đến 16,5 F đối với miniPCNL. Sau quá trình can thiệp thì tất cả các trường hợp được mở thận ra da, trường hợp chưa sạch sỏi được đặt JJ xui dòng. Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiền cứu. Biến chứng của phẫu thuật được phân loại theo thang điểm Clavien-Dindo. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 178 bệnh nhân; 89 bệnh nhân được điều trị tán sỏi qua đường hầm tiêu chuẩn và 89 trường hợp tán sỏi thận qua da với đường hầm nhỏ. Tỷ lệ biến chứng của phương pháp miniPCNL thấp hơn đáng kể so với PCNL tiêu chuẩn (17,96% so với 24,27%, $P < 0,001$). Tỷ lệ truyền máu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Biến chứng theo phân độ Clavien-Dindo ở nhóm miniPCNL thấp hơn so với nhóm standardPCNL có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Ưu điểm của mini-PCNL bao gồm tỷ lệ biến chứng thấp hơn và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng ít hơn.

Từ khóa: Lấy sỏi thận qua da (PCNL), lấy sỏi thận qua đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL), lấy sỏi thận qua đường hầm nhỏ (mPCNL).

SUMMARY

COMPARE THE COMPLICATION OF MINI

*Bệnh viện Bình Dân.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Khôi

Email: drletrongkhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

WITH STANDARD PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL) FOR THE TREATMENT OF SINGLE KIDNEY STONES

Objectives: To compare the complication of mini- with standard- percutaneous nephrolithotomy (PCNL) for the treatment of single kidney stones. **Patients and Methods:** The data of consecutive adult patients who underwent PCNL for the treatment of kidney stones, between December 2016 and December 2022 were retrospectively reviewed. All cases were performed in a prone position under fluoroscopic guidance. The nephrostomy tracts were dilated to 26 F in standard-PCNL and to 16,6 F in mini-PCNL. A nephrostomy tube was inserted after PCNL. Study design: prospective cohort with comparison group. Complications of surgery were classified according to the Clavien-Dindo. **Results:** The study included 178 patients; 89 underwent standard-PCNL and 89 underwent mini-PCNL. The incidence (17,96% vs 24,27%, $P = 0.048$) and severity of complications were significantly lesser with mini-PCNL ($P = 0.031$). The complication transfusion rates did not differ between groups. Postoperative complications rates according to Clavien-Dindo classification was lesser with mini PCNL. **Conclusions:** The advantages of miniPCNL included a lesser incidence and severity of complications.

Keyword: PCNL, standard PCNL (sPCNL), mini PCNL (mPCNL).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến trên thế giới, chiếm khoảng 1% - 15% dân số, đứng thứ ba trong các bệnh trên hệ tiết niệu¹. Điều trị gặp nhiều thử thách, chi phí cao, kéo dài, phòng ngừa khó khăn, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống. Trải qua nhiều thời kỳ, đúc kết kinh nghiệm lâm sàng và những tiến bộ trong công

nghe y sinh (trang thiết bị, năng lượng tán sỏi) đã thay đổi quan điểm điều trị. Trong xu hướng đó, các tài liệu hướng dẫn điều trị của Hội tiết niệu Châu Âu (EAU) và Hội tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) đều cho thấy PCNL được khuyến cáo là lựa chọn phẫu thuật đầu tiên cho sỏi thận lớn > 20mm và sỏi nằm ở đài dưới > 10mm không thuận lợi cho tán sỏi ngoài cơ thể^{2,3}.

Gần đây, các PCNL với kích thước đường hầm nhỏ hơn ra đời (chẳng hạn như mini-, supermini-, ultra-mini- và micro-PCNL) và được chấp nhận như là giải pháp bên cạnh PCNL tiêu chuẩn⁴. Nhiều nghiên cứu đã báo cáo hiệu quả tương đương với PCNL đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL) trong điều trị sỏi nhỏ, kích thước trung bình và sỏi không phức tạp^{5,6}. Ưu điểm chính của mPCNL so với sPCNL tiêu chuẩn là ít biến chứng chảy máu hơn, ít xảy ra biến chứng nặng nề hơn^{5,7}. Nghiên cứu này tập trung so sánh biến chứng của 2 phương pháp lấy sỏi thận qua da này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ tiến cứu với nhóm chứng so sánh.

Bệnh nhân được PCNL để điều trị sỏi từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 12 năm 2022. Các ca sPCNL và các ca mPCNL được thực hiện cùng một ê-kip tại bệnh viện Bình Dân.

Nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân bị sỏi

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

		mPCNL n (%)	sPCNL n (%)	Tổng n (%)	p
Giới tính	Nam	57 (64,04)	63 (70,79)	120 (67,42)	0,634
	Nữ	32 (35,96)	26 (29,21)	58 (32,58)	
Tuổi		51,50 ± 10,37	50,68 ± 11,72	51,10 ± 11,07	0,617
Lý do nhập viện	Đau hông lưng	89 (100)	89 (100)	178 (100)	1
BMI (kg/m²)		23,52	24,43	23,91	0,080
Kích thước sỏi (mm)		21,84	20,9	21,37	0,222
Hounsfield (HU)		1117,22	1082,25	1099,73	0,282
Thận ứ nước	Không	12 (13,48)	17 (19,10)	29 (16,29)	0,345
	Độ 1	49 (55,06)	40 (44,94)	89 (50)	
	Độ 2	22 (24,72)	22 (24,72)	44 (24,72)	
	Độ 3	5 (5,62)	10 (11,24)	15 (8,43)	
	Độ 4	1 (1,12)	0 (0)	1 (0,56)	

Bảng 2: Tỷ lệ từng biến chứng trong và sau mổ của 2 nhóm

Biến chứng		mPCNL n (%)	sPCNL n (%)	Tổng n (%)
Nhiễm khuẩn	Sốt sau mổ	8 (8,98)	7 (7,87)	15 (8,43)
	Nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau mổ	7 (7,87)	7 (7,87)	14 (7,87)
Sốc nhiễm khuẩn		0	0	0
Chảy máu	Chảy máu trong và sau mổ	1 (1,11)	6 (6,74)	7 (3,93)
	Truyền máu	1 (1,11)	2 (2,25)	3 (1,68)
Can thiệp nút mạch chọn lọc cầm máu/DSA		0	1 (1,12)	1 (0,56)
Tổn thương	Tổn thương đài bể thận và cơ quan lân cận	0	0	0

thận đơn giản. Sỏi thận đơn giản được định nghĩa trong nghiên cứu: là 1 sỏi đơn độc nằm ở 1 đài, bể thận hoặc ở 1 đài - bể thận có đường kính từ 15 - 35mm, không có phân nhánh.

Đối với tất cả bệnh nhân ở cả hai nhóm, chụp CT được thực hiện để xác định độ phức tạp và số lượng sỏi cũng như vị trí của các vùng mạch máu bất thường. Tất cả các bệnh nhân cấy nước tiểu trước khi can thiệp và điều trị theo kháng sinh đồ nếu có nhiễm khuẩn. Tất cả được phẫu thuật PCNL khi cấy nước tiểu âm tính. Bệnh nhân có cấy nước tiểu âm tính được dùng kháng sinh dự phòng trước khi gây mê. Tiếp cận thận qua da dưới hướng dẫn của màn huỳnh quang được thực hiện ở tư thế nằm sấp.

Trong sPCNL, kích thước các đường hầm được nong đến 26 Fr bằng cách dùng bộ nong kim loại Alken sau đó đặt vỏ bọc Amplatz. Sỏi được tán bằng máy tán sỏi laser và các mảnh vỡ được lấy ra bằng kẹp (grasper).

Trong mPCNL, các đường hầm được nong từ 16,5 Fr. Sỏi được tán thành mảnh nhỏ bằng máy tán laser và các mảnh vỡ được hút ra ngoài bằng cách sử dụng hiệu ứng hút chân không và đẩy nước muối ngược dòng qua ống thông niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 178 bệnh nhân; 89 TH được thực hiện sPCNL và 89 TH được mPCNL. Kết quả nghiên cứu ghi nhận vào 3 bảng như sau:

	Thông JJ sai vị trí	0	2 (2,25)	2 (1,12)
	Dò nước tiểu, tụ dịch hốc thận	0	0	0
	Tử vong	0	0	0
Tổng		16 (17,96)	22 (24,72)	38 (21,35)

Bảng 3: So sánh biến chứng sau phẫu thuật theo phân độ Clavien-Dindo

Phân độ Clavien-Dindo	mPCNL n (%)	sPCNL n (%)	Tổng n (%)	p
ĐỘ I	8 (8,98)	7 (7,87)	15 (8,43)	<0,001
ĐỘ II	8 (8,98)	12 (13,48)	20 (11,24)	
ĐỘ III	0(0)	3(3,37)	3(1,69)	
ĐỘ IV	0(0)	0(0)	0(0)	
ĐỘ V	0(0)	0(0)	0(0)	

Kết quả ghi nhận phân độ Clavien-Dindo ở các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê. Cụ thể, Clavien-Dindo độ I ở nhóm mPCNL là 8,98% trong khi tỉ lệ này ở nhóm sPCNL là 7,87%. Tuy nhiên ở Clavien-Dindo độ II và III biến chứng của sPCNL tăng lên đáng kể lần lượt là 13,48% và 3,37%. Kết quả phép kiểm cho thấy không khác biệt giữa 2 nhóm $p < 0,001$. Trong các phân độ nặng từ Clavien-Dindo III trở lên chỉ thấy xuất hiện ở 3 TH ở nhóm sPCNL chiếm 1,69% tổng số 178 BN của mẫu nghiên cứu. Biến chứng nặng Clavien-Dindo độ IV, V không ghi nhận trong loạt nghiên cứu này. Tỉ lệ biến chứng chung là 21,35%.

IV. BÀN LUẬN

Áp dụng hệ thống phân độ Clavien-Dindo để thống nhất trong thống kê, các biến chứng có thể gặp trong PCNL: nhiễm khuẩn, chảy máu (cần truyền máu, nút mạch máu chọn lọc/DSA hay mổ mở cầm máu), tổn thương các cơ quan lân cận (phổi, màng phổi, đại tràng..) hay tổn thương chủ mô thận, niệu quản, tụ dịch xì dò. Kết quả phần lớn các TH biến chứng xảy ra trong nghiên cứu được phân loại vào nhóm biến chứng Clavien-Dindo độ II (11,24%) so với số ít TH ở mức độ biến chứng Clavien-Dindo I (8,43%) và III (1,69%), với tỉ lệ biến chứng chung của nghiên cứu này là 21,35%. Trong quần thể nghiên cứu này không có TH biến chứng nặng Clavien-Dindo độ IV trở lên, kết quả này tương đương với các nghiên cứu về PCNL điều trị sỏi đơn giản. Tuy nhiên có khác biệt với các báo cáo về sỏi phức tạp, như nghiên cứu đa trung tâm của Large⁸ (2021) trên 301 BN sỏi san hô với tỉ lệ biến chứng là 17,9% trong đó 3,7% có hiện diện biến chứng nặng Clavien-Dindo độ III trở lên.

Nghiên cứu này ghi nhận có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng Clavien-Dindo theo từng phẫu thuật mPCNL và sPCNL ($p < 0,001$). Cụ thể với mPCNL, Clavien-Dindo độ I độ II tương đương với tỉ lệ 8,98% không có TH nào sau mPCNL gặp biến chứng nặng từ Clavien-Dindo độ III trở lên.

Ngược lại, các biến chứng Clavien-Dindo độ I ở nhóm sPCNL là 7,87% và độ II và III cao hơn lần lượt là 13,48% và 3,37%, khác biệt này có ý nghĩa. Kết quả này cho thấy sPCNL gặp nhiều biến chứng đáng ngại hơn mPCNL và 3 TH Clavien-Dindo độ III là: 2 TH nội soi bàng quang sửa lại thông JJ không đúng vị trí vào ngày hậu phẫu 3, 4 (Clavien-Dindo độ IIIa) và 1 TH còn lại mổ bán khẩn nút mạch chọn lọc cầm máu/ DSA vì lý do BN có túi giả phình đang chảy máu sau xả bóng thông thận ra da (Clavien-Dindo độ IIIa). Rút kinh nghiệm các TH này nên xả bóng thông thận quan sát nước từ thận ra sau đó mới rút vì khi có tình huống chảy máu có thể dung thông thận để kịp thời chèn ép điểm chảy máu bằng áp lực của bóng. Tuy nhiên 2 biến chứng tụ thông JJ xảy ra ở nhóm sPCNL, xét ở góc độ kỹ thuật thì biến chứng này có thể không liên quan đến sự khác biệt của 2 PT.

Phần lớn các nghiên cứu gần đây cũng cho thấy ít có biến chứng nặng xảy ra, nếu có thường xảy ra ở nhóm sPCNL. Tác giả Güler A⁹ (2019) với nghiên cứu so sánh trong điều trị sỏi thận $\geq 20\text{mm}$ với 97 BN. Kết quả theo phân loại của Clavien-Dindo, không có sự khác biệt thống kê giữa các nhóm ($p = 0,31$), cụ thể tỉ lệ biến chứng của mPCNL lần lượt là Clavien-Dindo độ I 3,9%, độ II 2,0% độ IIIb 7,8% và sPCNL là Clavien-Dindo I 4,3%, độ II 13% độ IIIb 6,5%. Thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm của Zeng G. và cs¹⁰ (2021) trên tạp chí Tiết niệu Châu Âu so sánh giữa mPCNL và sPCNL cho thấy tỉ lệ biến chứng theo Clavien-Dindo là tương đương ở hai nhóm ($p = 0,4$), tỉ lệ biến chứng của mPCNL lần lượt là Clavien-Dindo độ I 39%, độ II 1,1%, độ III 1,1%, độ IV 0,6%, độ V 0,2% và sPCNL là Clavien-Dindo độ I 41%, độ II 1,6%, độ III 1,2%, độ IV 0,4%, độ V 0,2%.

Vấn cần một thử nghiệm điều trị sỏi phức tạp hơn để có được bằng chứng ở mức độ cao hơn về vai trò của mPCNL trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, dữ liệu về độ an toàn của mPCNL của nghiên cứu hiện tại hỗ trợ việc sử dụng mPCNL là

lựa chọn ưu tiên hơn để điều trị sỏi thận đơn giản.

V. KẾT LUẬN

Ưu điểm của mPCNL bao gồm tỷ lệ mắc và mức độ nghiêm trọng của các biến chứng ít hơn, sẽ làm giảm đi chi phí và thời gian nằm viện cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Partin AW, Wein AJ, Kavoussi LR, Peters CA, Dmochowski RR.** Campbell Walsh Wein Urology, E-Book. Elsevier Health Sciences; 2020.
2. **Gambaro G, Tzelves L, Skolarikos A, Kanbay M, Ortiz A, Cozzolino M.** The new guidelines of the European Association of Urology on Urolithiasis: the urology–nephrology intersection. Nephrology Dialysis Transplantation. 2022;
3. **Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al.** Surgical management of stones: American urological association/endourological society guideline, PART I. The Journal of urology. 2016;196(4):1153-1160.
4. **Ganpule AP, Bhattu AS, Desai M.** PCNL in the twenty-first century: role of Microperc, Miniperc, and Ultraminiperc. World journal of urology. 2015;33:235-240.
5. **ElSheemy MS, Elmarakbi AA, Hytham M, Ibrahim H, Khadgi S, Al-Kandari AM.** Mini vs standard percutaneous nephrolithotomy for renal

stones: a comparative study. Urolithiasis. 2019;47:207-214.

6. **Kukreja RA.** Should mini percutaneous nephrolithotomy (MiniPNL/Miniperc) be the ideal tract for medium-sized renal calculi (15–30 mm)? World Journal of Urology. 2018;36:285-291.
7. **Feng D, Hu X, Tang Y, Han P, Wei X.** The efficacy and safety of miniaturized percutaneous nephrolithotomy versus standard percutaneous nephrolithotomy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Investigative and Clinical Urology. 2020; 61(2): 115-126.
8. **Large T, Assmus MA, Valadon C, et al.** A Multi-institutional Review of Single-access Percutaneous Nephrolithotomy for Complex Staghorn Stones. European Urology Focus. 2021;09/01/ 2021;7(5):1170-1175. doi:https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.11.005
9. **Güler A, Erbin A, Ucpinar B, Savun M, Sarilar O, Akbulut MF.** Comparison of miniaturized percutaneous nephrolithotomy and standard percutaneous nephrolithotomy for the treatment of large kidney stones: a randomized prospective study. Urolithiasis. 2019;47:289-295.
10. **Zeng G, Cai C, Duan X, et al.** Mini percutaneous nephrolithotomy is a noninferior modality to standard percutaneous nephrolithotomy for the management of 20–40 mm renal calculi: a multicenter randomized controlled trial. European Urology. 2021; 79(1):114-121.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT ĐOẠN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU TỈNH THANH HOÁ

Viên Đình Bình¹, Đỗ Trường Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng tại bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu với tất cả bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng được phẫu thuật cắt đoạn tại bệnh viện ung bướu tỉnh Thanh hoá từ tháng 1/2021 đến tháng 6/2023. **Kết quả nghiên cứu:** Gồm 75 BN (36 nam, 39 nữ), tuổi trung bình 66,16 ± 11,7 tuổi. Triệu chứng hay gặp chủ yếu là đau bụng vùng hạ vị và đại tiện phân nhầy máu, vị trí khối u cách rìa hậu môn là 10,05 ± 2,13 cm (5 – 14 cm). Đặc điểm đại thể là loại loét sùi (65,3%). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn trực tràng và làm miệng nối ngay trong mổ, trong đó có 16 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (26,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình với nhóm mổ mở là 125.1 ±

21.8, nhóm mổ nội soi là 135±18.1. Số hạch nạo vét được 16,7 ± 7,1, trong đó số hạch dương tính là 1,8 ± 3,36. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ ở nhóm mổ mở và phẫu thuật nội soi lần lượt là 10.3±1.8 và 8.2±1.8 ngày. Sau mổ có 1 bệnh nhân có rò miệng nối (1,3%), 5 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ (6,7%), 1 bệnh nhân có rối loạn chức năng tiểu tiện (1,3%). Không có trường hợp nào tai biến trong mổ và tử vong. **Kết luận:** Tại bệnh viện Ung bướu tỉnh Thanh hoá, phẫu thuật cắt đoạn điều trị ung thư biểu mô trực tràng và làm miệng nối ngay trong mổ là phương pháp điều trị an toàn hiệu quả, đảm bảo nguyên tắc ung thư học, đồng thời có tỷ lệ tai biến biến chứng thấp.

Từ khóa: Ung thư trực tràng, Phẫu thuật cắt đoạn trực tràng đường bụng.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY CUT SECTION IN TREATMENT EPITHELIAL CANCER OF RECTAL AT THANH HOA PROVINCIAL ONCOLOGY HOSPITAL

Research objective: Evaluate the early results of resection surgery to treat rectal carcinoma at Thanh Hoa Provincial Oncology Hospital. **Research methods:** Cross-sectional, retrospective description of

¹Bệnh viện Ung bướu Tỉnh Thanh hoá

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Viên Đình Bình

Email: viendinhbinhbvth@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024