

còn khả năng phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 83,3% bệnh nhân UTP giai đoạn IV, 13,9% bệnh nhân giai đoạn IIIB và 2,8% bệnh nhân giai đoạn IIIA. Trong số các tổn thương di căn xa của UTP, chúng tôi ghi nhận di căn não chiếm tỷ lệ cao nhất là 38,9%, tiếp đó là di căn gan, di căn xương và di căn tuyến thượng thận. Nguyễn Hoàng Gia và cộng sự nghiên cứu trên 69 bệnh nhân UTP giai đoạn IV mang dung hợp gen ALK cũng ghi nhận tỷ lệ di căn não là 36,2%.<sup>7</sup> Các nghiên cứu trên thế giới cũng ghi nhận tỷ lệ di căn não ở các bệnh nhân UTP mang dung hợp gen ALK cao hơn so với các cơ quan khác.<sup>3,8</sup>

## VI. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 36 bệnh nhân UTP mang dung hợp gen ALK tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội, chúng tôi ghi nhận một số đặc điểm liên quan như sau: độ tuổi mắc bệnh trẻ hơn UTP nói chung, nữ giới gặp nhiều hơn nam giới, phổ biến ở người không hút thuốc hơn người hút thuốc và chủ yếu gặp ở loại ung thư biểu mô tuyến.

## VI. LỜI CẢM ƠN

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn Bệnh viện Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Ung bướu Hà Nội đã tạo điều kiện thuận lợi để chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. DOI: 10.3322/caac.21660.

2. Soda M, Choi YL, Enomoto M, et al. Identification of the transforming EML4-ALK fusion gene in non-small-cell lung cancer. Nature. 2007 Aug 2;448 (7153): 561-6. DOI: 10.1038/nature05945.
3. Du X, Shao Y, Qin HF, et al. ALK-rearrangement in non-small-cell lung cancer. Thorac Cancer. 2018 Apr;9(4):423-430. DOI: 10.1111/1759-7714.12613.
4. Ngô Quý Châu, Chu Thị Hạnh, Lê Hoàn và cộng sự. Dung hợp gen EML4-ALK: hướng tiếp cận mới trong điều trị nhằm trúng đích với ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí Y học lâm sàng. 2017, số 77: 11-16.
5. Trần Huy Thịnh, Lê Hoàn, Trần Văn Khánh. Tỷ lệ đột biến gen EGFR, dung hợp gen ALK và ROS1 ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022, tập 514: 189-193. DOI: 10.51298/vmj.v514i2.2626.
6. Sauter JL, Dacic S, Galateau-Salle F, et al. The 2021 WHO Classification of Tumors of the Pleura: Advances Since the 2015 Classification. J Thorac Oncol. 2022 May;17(5):608-622. DOI: 10.1016/j.jtho.2021.12.014.
7. Nguyễn Hoàng Gia, Đỗ Hùng Kiên. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bước đầu ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV có đột biến gen ALK được điều trị bằng thuốc ức chế Tyrosine kinase- Ceritinib. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022, tập 519: 51-16. DOI: 10.51298/vmj.v519i1.3513.
8. Shaw AT, Engelman JA. ALK in lung cancer: Past, present, and future. J Clin Oncol. 2013; 31: 1105-11. DOI: 10.1200/JCO.2012.44.5353.
9. Rodig SJ, Mino-Kenudson M, Dacic S, et al. Unique clinicopathologic features characterize ALK-rearranged lung adenocarcinoma in the western population. Clin Cancer Res. 15:5216-5223. DOI: 10.1158/1078-0432.CCR-09-0802.
10. Zhao F, Xu M, Lei H, et al. Clinicopathological characteristics of patients with non-small-cell lung cancer who harbor EML4-ALK fusion gene: a meta-analysis. PLoS One. 2015 Feb 23;10(2): e0117333. DOI: 10.1371/journal.pone.0117333.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ ĐẦU TỤY ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Tạ Thanh Chiến<sup>1</sup>, Trịnh Hồng Sơn<sup>2</sup>, Đỗ Trường Sơn<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Tỉnh Thanh hóa

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt đức Hà nội.

<sup>3</sup>Đại học Y Hà nội.

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thanh Chiến

Email: drtachienbvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy điều trị bệnh nhân ung thư vùng đầu tụy, tá tràng tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Thanh hóa.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân bị ung thư vùng đầu tụy được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ 01/2019 đến 06/2022. Các đặc điểm được ghi nhận bao gồm: thu thập các số liệu từ các ca bệnh và bệnh án để có các biến lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm trước trong và diễn biến sau mổ.  
**Kết quả:** có 36 trường hợp được mổ. Trong đó

55,6% ung thư đầu tụy, 27,8% ung thư bóng Vater, 11% ung thư đường mật, 5,6% ung thư tá tràng. 1 bệnh nhân chảy máu sau mổ nặng xin về (2,8%). **Kết luận:** Bệnh nhân được phẫu thuật CKTT tại bệnh viện Thanh hóa là khả thi, tỷ lệ biến chứng chung 30,6%. Biến chứng rò tụy gặp nhiều nhất (11,1%). Đa số bệnh nhân khi ra viện có kết quả tốt (88,8%). **Từ khóa:** cắt khối tá tụy, ung thư tụy, ung thư tá tràng.

## SUMMARY

### RESULTS OF PANCREATODUODENECTOMY SURGICAL TREATMENT OF VATERIAL CANCER AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of early outcomes of pancreatoduodenectomy for patients with pancreatic head region and duodenal cancer at Thanh Hoa General Hospital. **Subjects and methods:** Retrospective study of patients with pancreatic head cancer treated with pancreatic mass removal surgery at Thanh Hoa General Hospital who are eligible for selection in the period from 01/2019 to 06/2022. Recorded features include: collection of data from cases and medical records for clinical, labofinding, pre-during, and postoperative course variables. **The result:** 36 cases were operated. In which 55.6% pancreatic head cancer, 27.8% Vater sphincter cancer, 11% cholangioma, 5.6% duodenal cancer. 1 patient with severe postoperative bleeding asked for withdrawal (2.8%). Conclusion: Patients undergoing DPC surgery at Thanh Hoa hospital are feasible, with an overall complication rate of 30.6%. Pancreatic fistula complications were most common (11.1%). The majority of patients discharged from the hospital had good outcomes (88.8%).

**Key words:** Duodenopancreatectomy, pancreatic cancer, duodenal cancer.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật CKTT là phương tốt nhất giúp điều trị triệt căn các tổn thương ung thư vùng đầu tụy tá tràng[1], tỉ lệ BN được cắt khối tá tụy do nguyên nhân ung thư theo một số nghiên cứu ở nước ta chiếm khoảng 50% đến 85%[1,2]. Đây là một phẫu thuật lớn phức tạp, khi điều trị cần có hội chẩn, phối hợp điều trị đa chuyên khoa.

### Đặc điểm cận lâm sàng của BN ung thư vùng đầu tụy

**Bảng 2. Kết quả xét nghiệm sinh hóa trước mổ**

Chỉ số	Số BN (n)	Số BN Có giá trị bất Thường	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Glucose (mmol/l)	36	14	6,3	2	2,9	<b>12,9</b>
Ure (mmol/l)	36	1	4,2	1,3	1,4	<b>8,4</b>
Creatinin (mmol/l)	36	2	72,9	14,7	52	<b>124</b>
Bilirubin TP (μmol/l)	36	24	99,7	102,7	39	<b>297</b>
SGOT (U/l)	36	22	81,9	74,5	9	<b>323</b>
SGPT (U/l)	36	24	132,2	164,7	9	<b>671</b>
Protein (g/l)	28	5	73,3	6,9	60	<b>84</b>
Albumin (g/l)	28	2	39,3	4,9	30	<b>49</b>
Amylase (U/l)	19	6	148	136	37	<b>544</b>

Bài báo nhằm mục đích tìm hiểu đặc điểm của những BN ung thư vùng đầu tụy, tá tràng được điều trị bằng phẫu thuật CKTT và đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật CKTT điều trị những BN này tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Thanh Hóa.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** 36 bệnh nhân bị ung thư vùng đầu tụy được điều trị bằng phẫu thuật cắt khối tá tụy tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh hóa có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong khoảng thời gian từ 01/2019 đến 06/2022.

**Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Thu thập các số liệu từ các ca bệnh và bệnh án để có các biến lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm trước trong và diễn biến sau mổ.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm lâm sàng

Tuổi, giới: Tuổi trung bình của 36 BN là 55,6 tuổi. Có 75% BN trên 50 tuổi. BN ít tuổi nhất là 32 tuổi, nhiều nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ BN nữ (63,9%), nhiều hơn nam (36,1%). Tỉ lệ nam/nữ: 1/1,77.

**Bảng 1. Tiền sử bệnh tật**

Tiền sử	Số BN (n = 36)	Tỷ lệ %
Khỏe mạnh	29	80,6
Đái tháo đường	5	13,9
Phẫu thuật vùng tá tụy	1	2,8
Viêm tụy	1	2,8
Uống Bia, rượu	5	13,9

Lí do vào viện: BN chủ yếu đến viện vì đau bụng âm ỉ đầy bụng (52,8%) và vàng da (41,7%). Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng và chán ăn (83,3%), tiếp theo là vàng da 58,3%, 33,3% bệnh có gầy sút cân.

Triệu chứng chủ yếu là vàng da (41,7%), túi mật to (22,2%), không có bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa và hội chứng thiếu máu.

**Bảng 3. Kết quả siêu âm**

Kết quả	Số BN(n = 36)	Tỷ lệ %
Hạch ổ bụng	2	5,56
Giãn đường mật (> 6mm)	23	63,9
Túi mật căng	8	22,2
Giãn ống tụy (> 3mm)	7	19,4
Thấy u	26	72,2

**Bảng 4. Kết quả chụp cắt lớp vi tính và****chụp cộng hưởng từ**

Kết quả	Số BN(n=36)	Tỷ lệ %
Hạch ổ bụng	3	8,3
Giãn đường mật (>6mm)	28	77,8
Túi mật căng	9	25
Giãn ống tụy(>3mm)	8	22,2
Không thấy U	2	5,6
Xâm lấn mạch	0	0
Bất thường giải phẫu mạch máu	2	5,6

**Bảng 5. Định lượng CA199 và mối liên hệ di căn hạch**

Mức CA 19-9 (U/mL) Di căn hạch	<37		37-200		>200		Tổng		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Có	1	7,1	1	10,0	3	25,0	5	13,9	0,48
Không	13	92,9	9	90,0	9	75,0	31	86,1	
Tổng số	14	100	10	100	12	100	36	100	
CA 19-9 (TB±SD)	304,8 U/mL (min-max: 0,6-2044 U/mL)								

**Bảng 6. Thăm dò các thương tổn ổ bụng trong mổ**

Tổn thương	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Ổ bụng dính	2	5,6
Gan ứ mật	9	25
Xâm lấn cuống gan	0	0
Xâm lấn tá tràng	2	5,6
Xâm lấn bộ phận khác	1	2,8

**Bảng 8: Mô bệnh học u vùng đầu tụy**

Mô bệnh học	Số BN(n =36 )	Tỷ lệ %
Ung thư tuyến tụy	20	<b>55,6</b>
Ung thư bóng Vater	10	<b>27,8</b>
Ung thư tuyến đường mật	4	<b>11</b>
Ung thư tá tràng	2	<b>5,6</b>

**Bảng 7. Các chỉ số theo dõi sau phẫu thuật**

Thời gian (ngày)	Số BN (n)	Trung bình	Độ lệch	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Dẫn lưu bụng	36	11,2	4,3	4	20
Rút Sonde dạ dày	36	5,5	1	4	8
Ngày nằm viện	36	13,9	4,8	3	24

**Bảng 9: Biến chứng sau mổ**

Biến chứng sau mổ	n (%)	Xử trí	Kết quả
Nhiễm trùng vết mổ	4 (11,1%)	Nội khoa	Thành công 100%
Rò miệng nối tụy-hồng tràng	4 (11,1 %)	Nội khoa	Thành công 4 TH (100 %),
Rò dịch dưỡng trấp	1 (2,8 %)	Nội khoa	Thành công 1 TH
Chảy máu	2 (5,6 %)	Nội khoa	2 TH phải mổ lại .
Hẹp miệng nối vị tràng	1(2,8%)	Nội khoa	Thất bại, phải mổ làm lại miệng nối .
Tắc ruột sớm	1(2,8%)	Nội khoa	Thất bại, phải mổ lại.
Chậm tổng xuất dạ dày	7 (19,4%)	Nội khoa	Thành công 100%
Tiêu chảy	7 (19,4%)	Nội khoa	Thành công 100%
Mổ lại	2 (5,6 %)	Phẫu thuật	Thành công 100%

Chúng tôi gặp 2 TH chảy máu phải mổ lại: 1 trường hợp chảy máu dạ dày diện cắt (Stappler) khâu cầm máu bằng Prolene 3.0. 1 trường hợp chảy máu trong ổ bụng (có cắt đoạn tĩnh mạch MTTT nối tận tận) bệnh nhân nặng xin vẽ.

**Bảng 10: Đánh giá trước khi ra viện**

Xếp loại	Số BN (n)	Tỷ lệ %
Loại tốt	25	69,4
Loại khá	7	19,4
Loại trung bình	2	5,6

<b>Loại xấu</b>	2	5,6
<b>Tổng</b>	36	100

#### IV. BÀN LUẬN

**Đặc điểm chung.** Tuổi của BN là một trong số các yếu tố nguy cơ của ung thư vùng đầu tụy tá tràng [3], nguy cơ phát triển ung thư vùng đầu tụy tá tràng tăng lên theo tuổi tác, với đỉnh cao nhất xảy ra từ 60 đến 80 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Tuổi trung bình của 36 BN là

55,6 tuổi. Có 75% BN trên 50 tuổi. BN ít tuổi nhất là 32 tuổi, nhiều nhất là 75 tuổi. Tỷ lệ BN nữ (63,9%), nhiều hơn nam (36,1%). Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,77.

#### **Đặc điểm lâm sàng**

**Tiền sử:** Theo bảng 1.1, đa số BN có tiền sử khỏe mạnh trước khi vào viện (80,6%), có 19,4% BN có bệnh kèm theo trong đó có 13,9% BN mắc đái tháo đường. Các bệnh nhân này phải được kiểm tra điều chỉnh trước phẫu thuật trở về giới hạn để đảm bảo tiêu chuẩn phẫu thuật.

**Lý do vào viện:** Bệnh nhân chủ yếu đến viện vì 2 lý do là đau bụng (52,8%) và vàng da (41,7%), chỉ có 5,6% BN đi khám sức khỏe định kỳ, phát hiện khối u, đây là các triệu chứng chủ yếu thúc đẩy bệnh nhân đến khám bệnh.

**Triệu chứng cơ năng:** Trong nghiên cứu chúng tôi, triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng và chán ăn (83,3%), tiếp theo là vàng da (58,3%), gầy sút cân (33,3%) do khối u gây tắc đường mật làm cho BN bị vàng da, hấp thụ thức ăn kém, ăn không ngon miệng và gầy sút cân.

**Triệu chứng toàn thân và thực thể:** Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN có hội chứng tắc mật trên lâm sàng là (58,5%), túi mật to (22,2%), không có bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hóa. Tỷ lệ BN có biểu hiện tắc mật trên lâm sàng thấp hơn tỷ lệ BN có xét nghiệm bilirubin toàn phần tăng trong máu là 66,7% có thể do số BN có tăng nhẹ bilirubin toàn phần, biểu hiện vàng da kín đáo, nên trong quá trình khám lâm sàng chưa phát hiện ra.

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Số bệnh nhân có tăng Bilirubin toàn phần là 24 trường hợp, chiếm 66,7 %; cao nhất là 297  $\mu\text{mol/l}$ . Trong số đó, có 4 ca có mức Bilirubin toàn phần tăng trên 250  $\mu\text{mol/l}$  và đều được dẫn lưu đường mật qua da trước mổ. Tình trạng tắc mật kéo dài cũng làm tăng chỉ số men gan: xét nghiệm SGOT, SGPT cao nhất là 323 và 671 U/I. Số BN có đường máu cao chiếm 38,9%. Số BN có Albumin máu thấp chiếm 7,1% (Bảng 1.2).

Siêu âm ổ bụng, trong đó có 72,2% thấy U vùng đầu tụy tá tràng, đặc biệt phát hiện được khối u có kích thước 10mm; 63,9% thấy hình ảnh giãn đường mật, túi mật to gợi ý có tình trạng tắc nghẽn đường mật (Bảng 1.3).

Chụp CLVT/MRI ổ bụng là rất có giá trị trong phát hiện, đánh giá tính chất khối u cũng như đánh giá giai đoạn bệnh, tiên lượng khả năng cắt bỏ triệt để khối u, dự kiến các phương án điều trị phù hợp. Chụp cắt lớp vi tính đa dãy có độ nhạy và độ đặc hiệu dao động từ 75 - 100% và 70 - 100%.(Bảng 1.4)

Chất chỉ điểm khối u CA 19-9: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ CA 19-9 trung bình tăng khá cao: 304,8 U/mL, giá trị CA19-9 lớn nhất là 2044 U/mL, và nhỏ nhất là 0,6 U/mL. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch chung là 13,9%, tỷ lệ di căn hạch tăng dần theo mức độ tăng CA19-9, trong đó tỷ lệ di căn hạch cao nhất ở BN có CA19-9 >200 U/mL chiếm 25% (Bảng 1.5).

**Đặc điểm phẫu thuật:** Thăm dò các tổn thương trong ổ bụng, chúng tôi ghi nhận 25% bệnh nhân có biểu hiện gan ứ mật; 1 BN (2,8%) có tình trạng dính ổ bụng do đã mổ cắt U Vater, 1 BN trong mổ có xâm lấn xung quanh (mọc treo đại tràng phải) (2,8%), không có BN có tổn thương nghi ngờ di căn các tạng trong ổ bụng, phúc mạc (Bảng 1.6).

Thời gian nằm viện trung bình của BN là 13,9 ngày (3 – 24 ngày), thời gian rút sonde dạ dày và ăn lại đường miệng sau mổ 5,5 (dao động từ 4 - 8) ngày, thời gian rút dẫn lưu mật (4 tuần sau mổ). Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 11,2 ngày (Bảng 1.7).

Tỷ lệ khối u ở đầu tụy, bóng Vater, phần thấp ống mật chủ, tá tràng lần lượt là: 55,6%, 27,8%, 11 % và 5,6% (Bảng 1.8).

**Rò tụy:** chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 11,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa yếu tố mật độ nhu mô tụy và kích thước ống tụy đến biến chứng rò tụy. Rò tụy là một biến chứng hay gặp sau phẫu thuật CKTT, có thể rò từ miệng nối tụy hoặc từ nhu mô tụy bị rách trong quá trình phẫu tích. Đối với các BN có các yếu tố nguy cơ như tuổi trên 65, ống tụy không giãn, nhu mô tụy mềm, mủn, lượng máu mất trong mổ nhiều và nồng độ Albumin máu thấp thì tỷ lệ rò tụy cao hơn [4].

Đánh giá điều trị khi ra viện: Đánh giá kết quả điều trị của bệnh nhân khi ra viện, chúng tôi thấy có 69,4 % BN có kết quả tốt, khá; 5,6% BN có kết quả xấu (Bảng 1.10). Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng tương đồng tuy nhiên kết quả tốt thấp hơn so với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu Trần Quốc Sơn (2021)[5] tại Bệnh viện Bạch Mai kết quả có 79,2% BN đạt kết quả tốt, khá; 12,5% kết quả trung bình và 8,3% kết quả xấu là các trường hợp tử vong.

#### **V. KẾT LUẬN**

Bệnh nhân được phẫu thuật CKTT tại bệnh viện Thanh hóa là khả thi, các ca bệnh đều giai đoạn tiến triển gây tắc mật. Tỷ lệ biến chứng chung 30,6%. Biến chứng rò tụy gặp nhiều nhất (11,1%). Đa số bệnh nhân khi ra viện có kết quả tốt (88,8%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn.** Chỉ định cắt khối tá tụy. Y học thực hành. 2012;814(3):83-87.
2. **Phạm Thế Anh.** Nghiên cứu ứng dụng phương pháp lập lại lưu thông tiêu hóa tụy dạ dày trong cắt khối tá tràng đầu tụy Luận án Tiến sỹ y học. 2014:1-132.
3. **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. 2018; 68(6):394-424.
4. **Hu B.Y. WT, Zhang W.Z., et al.** Risk factors for postoperative pancreatic fistula: Analysis of 539 successive cases of pancreaticoduodenectomy. World journal of gastroenterology. 2016; 22 (34): 7797-7805.
5. **Trần Quế Sơn.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ cắt khối tá tràng đầu tụy điều trị U vùng bóng Vater. Luận án Tiến sỹ y học, Đại học Y Hà Nội. 2021.

## SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA PHẪU THUẬT LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ VỚI ĐƯỜNG HẸM TIÊU CHUẨN ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN ĐƠN GIẢN

Lê Trọng Khôi\*, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng\*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh hiệu quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với đường hầm tiêu chuẩn 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 tại bệnh viện Bình Dân. Tất cả các trường hợp được thực hiện ở tư thế nằm sấp dưới hướng dẫn của C-arm. Kích thước đường hầm 26 Fr đối với sPCNL và đến 16,5 Fr đối với mPCNL. Sau quá trình can thiệp thì tất cả các trường hợp được mở thân ra da. **Thiết kế nghiên cứu:** đoàn hệ tiền cứu với nhóm chứng so sánh. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 178 bệnh nhân; 89 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật lấy sỏi qua đường hầm tiêu chuẩn và 89 trường hợp lấy sỏi thận qua da với đường hầm nhỏ. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ 3 tháng tương đương nhau ở cả hai nhóm (91,01% đối với mPCNL và 94,38% đối với sPCNL,  $p > 0,05$ ). Tỷ lệ biến chứng của mPCNL thấp hơn so với sPCNL (17,96% so với 24,27%,  $p = 0,048$ ). Thời gian phẫu thuật và tỷ lệ truyền máu không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Thời gian nằm viện đối với PCNL tiêu chuẩn dài hơn so với mPCNL (thời gian nằm viện trung bình là 3,17 so với 4,31 ngày,  $p < 0,001$ ) và thang điểm đau cao hơn ở nhóm sPCNL. **Kết luận:** Hiệu quả của mPCNL tương đương với sPCNL trong điều trị sỏi thận đơn giản. Ưu điểm của mPCNL bao gồm giảm đau và thời gian nằm viện ngắn hơn.

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

## SUMMARY

### COMPARE THE EFFICACY OF MINI WITH STANDARD PERCUTANEOUS

\*Bệnh viện Bình Dân.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Khôi

Email: drletrongkhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 21.3.2024

### NEPHROLITHOTOMY FOR THE TREATMENT OF SINGLE KIDNEY STONES

**Objectives:** To compare the efficacy 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 Fr in standard-PCNL and to 16,6 Fr in mini-PCNL. A nephrostomy tube was inserted after PCNL. **Study design:** prospective cohort with comparison group. **Results:** The study included 178 patients; 89 underwent sPCNL and 89 underwent mPCNL. The stone-free rates after 3 months of PCNL monotherapy were comparable for both groups (91,01% for mPCNL and 94,38% for sPCNL,  $p > 0,05$ ). The incidence (17,96% vs 24,27%,  $p = 0,048$ ) and severity of complications were significantly lesser with mPCNL ( $p = 0,031$ ). The operation times and complication transfusion rates did not differ between two groups. Hospital stay and VAS (Visual Analogue Scale) was significantly longer for sPCNL than mPCNL (median stay of 3,17 vs 4,31 days,  $p < 0,001$ ). **Conclusions:** The efficacy of mPCNL was comparable to sPCNL in the treatment of single kidney stones. The advantages of mPCNL included reduced pain and shorter hospital stay.

**Keyword:** Percutaneous nephrolithotomy (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 niệu<sup>1</sup>. 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 nghệ y sinh (trang thiết bị, năng lượng tán sỏi) đã thay đổi quan điểm điều trị. Trong xu hướng