

cổ tay mở rộng, yếu tố chèn ép dây thần kinh giữa giảm xuống, giúp cho thần kinh bắt đầu hồi phục, các triệu chứng lâm sàng được cải thiện, đau tê cũng giảm dần, có thể làm cho bệnh nhân ngủ ngon giấc hơn, sáng hôm sau tinh thần tốt hơn, lao động, sinh hoạt ổn định hơn, và bản thân họ khi được phỏng vấn cũng tự đánh giá giấc ngủ của mình tốt hơn so với lúc trước phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

BN HCOCT sau phẫu thuật giải phóng chèn ép TK giữa ở OCT được đánh giá theo thang điểm ISI, PSQI có chất lượng giấc ngủ tốt hơn, sự cải thiện chất lượng giấc ngủ có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCabe S.J.** (2007), "Epidemiologic associations of carpal tunnel syndrome and sleep position: Is there a case for causation?", *Hand Surgery*, 2(3):127-34
2. **Đặng Hoàng Giang** (2014), Kết quả điều trị phẫu thuật hội chứng ống cổ tay, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội
3. **Lê Thị Liễu** (2018), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, điện cơ và siêu âm Doppler năng lượng trong hội chứng ống cổ tay, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
4. **Tulipan J.E.** (2017), "Prospective evaluation of sleep improvement following carpal tunnel release surgery", *The Journal of Hand Surgery*, 42(5):390.e1-390.e6
5. **Gaspar M.P.** (2019), "Sleep disturbance and response to surgical decompression in patients with carpal tunnel syndrome: a prospective randomized pilot comparison of open versus endoscopic release", *Acta Biomed*, 90(1):92-96
6. **Lý Duy Hưng** (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan với stress, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội
7. **Phan Quang Trí** (2018), Phác đồ điều trị của bệnh viện Chấn thương chỉnh hình, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 1: 296-298
8. **The American Academy of Neurology** (1993), "Practice parameter for carpal tunnel syndrome. (Summary statement)", *Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology*, 43(11):2406-2409

ĐÁNH GIÁ MỐI LIÊN QUAN GIỮA DIỆN TÍCH BỀ MẶT SỎI THẬN VÀ MỨC ĐỘ GIẼN ĐÀI BỂ THẬN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DẪY VỚI THỜI GIAN TÁN SỎI QUA DA

Hoàng Đình Âu¹, Thân Thị Bích Nguyệt², Trần Quốc Hòa^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan giữa diện tích bề mặt sỏi thận và mức độ giãn đài bể thận trên cắt lớp vi tính đa dãy với thời gian tán sỏi qua da (PCNL). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2023 trên 71 bệnh nhân (BN) sỏi thận được PCNL, được chụp CLVT đa dãy trước tán sỏi và kiểm tra mức độ sạch sỏi sau tán. Diện tích bề mặt sỏi được tính trên từng bệnh nhân theo công thức $S = \pi/4 \times \text{chiều dài} \times \text{chiều rộng}$ sỏi và được phân theo các mức <400 mm², từ 400-799 mm², từ 800 -1599 mm² và >1600 mm². Giãn đài bể thận được phân thành các mức độ không giãn, giãn nhẹ, trung bình và nặng. Các biến số này được đối chiếu với thời gian PCNL và đánh giá mối liên quan, nếu $p < 0.05$ được cho là có ý nghĩa thống kê. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,8 \pm 12,3$. Tỷ lệ nam/nữ là 1,54. Tỷ lệ sỏi có diện tích bề mặt <400 mm² (n=21), từ 400-799 mm² (n=30), từ 800 -1599 mm²

(n=14) và >1600 mm² (n=6) lần lượt là 29,6%; 42,3%; 19,7% và 8,5% tương ứng với thời gian tán sỏi (tính bằng phút) là $50,8 \pm 12,6$; $62,7 \pm 25,0$; $83,3 \pm 42,4$ và $112,5 \pm 41,4$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$) về thời gian tán sỏi giữa các nhóm có diện tích bề mặt sỏi khác nhau. Tỷ lệ bệnh nhân có đài bể thận không giãn (n=2), giãn nhẹ (n=43), trung bình (n=21) và nặng (n=5) lần lượt là 2,8%; 60,6%; 29,6% và 7%. Thời gian tán sỏi (tính bằng phút) của nhóm đài bể thận không giãn hoặc giãn ít và nhóm giãn trung bình hoặc nặng lần lượt là $59,6 \pm 26,7$ và $81,8 \pm 38,4$. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$) về thời gian tán sỏi giữa 2 nhóm giãn đài bể thận này. **Kết luận:** Diện tích bề mặt sỏi và mức độ giãn đài bể thận có mối liên quan với thời gian tán sỏi qua da với $p < 0,05$. Việc đánh giá 2 tham số này trước tán sỏi đóng vai trò quan trọng trong dự báo kết quả của tán sỏi thận qua da.

Từ khóa: Diện tích bề mặt sỏi thận, giãn đài bể thận, tán sỏi thận qua da, cắt lớp vi tính đa dãy

SUMMARY

EVALUATE THE RELATIONSHIP BETWEEN KIDNEY STONE SURFACE AREA AND THE DEGREE OF RENAL PELVIS DILATATION ON MULTI-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY WITH PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTRIPSY TIME

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Âu

Email: hoangdinhau@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.3.2024

Ngày duyệt bài: 25.3.2024

Purposes: The aim of this study was to evaluate the relationship between kidney stone surface area on multi-slices computed tomography and percutaneous nephrolithotomy (PCNL) time. **Material and methods:** Descriptive study at Hanoi Medical University Hospital from July 2022 to July 2023 on 71 patients with kidney stones undergoing PCNL and multi-slices CT scans before PCNL and checked the stone cleanliness after PCNL. The stone surface area was calculated for each patient according to the formula $S = n/4 \times \text{length} \times \text{width}$ of stone and classified into levels $<400 \text{ mm}^2$, from $400-799 \text{ mm}^2$, from $800-1599 \text{ mm}^2$ and $>1600 \text{ mm}^2$ and then compared with PCNL time to determine the relationship between these two factors. **Results:** Mean age was 53.8 ± 12.3 . Male/female ratio was 1.54. The proportion of stones with surface area $<400 \text{ mm}^2$ ($n=21$), from $400-799 \text{ mm}^2$ ($n=30$), from $800-1599 \text{ mm}^2$ ($n=14$) and $>1600 \text{ mm}^2$ ($n=6$) were 29.6%, 42.3%, 19.7% and 8.5% respectively and corresponded to PCNL time (in minutes) of 50.8 ± 12.6 , 62.7 ± 25.0 , 83.3 ± 42.4 and 112.5 ± 41.4 . There was a statistically significant difference ($p=0.003$) of PCNL time between the different stone surface area groups. The proportion of patients with nondilated ($n=2$), mildly dilated ($n=43$), moderately dilated ($n=21$) and severely dilated ($n=5$) renal pelvises was 2.8%; 60.6%; 29.6% and 7%, respectively. The PCNL lithotripsy time (in minutes) of the non-dilated or slightly dilated renal pelvis group and the moderately dilated or severely dilated group were 59.6 ± 26.7 and 81.8 ± 38.4 , respectively. There was a statistically significant difference ($p=0.006$) in PCNL time between these two groups. **Conclusion:** Kidney stone surface area and the degree of renal pelvic dilatation was associated with PCNL time with $p < 0.05$. Evaluation of these two parameters played an important role for the prediction of PCNL success.

Keywords: Kidney stone surface area, renal pelvic dilatation, percutaneous nephrolithotomy, multi-slices computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh khá phổ biến trong cộng đồng, ảnh hưởng đến khoảng 1-5 % dân số¹. Ở Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm 40-50% các bệnh nhân có bệnh lý hệ tiết niệu, thường gặp ở độ tuổi từ 30-60 tuổi và ở cả hai giới, trong đó sỏi đài bể thận chiếm vị trí hàng đầu khoảng 70-75%^{2,3}. Các biến chứng thường gặp do sỏi tiết niệu là ứ nước, ứ mủ thận, áp xe thận, suy thận...

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy hệ tiết niệu có thể chẩn đoán sỏi tiết niệu với độ nhạy cao (lên tới 98%), và độ đặc hiệu (96-100%)⁴. CLVT không chỉ giúp chẩn đoán chính xác sỏi tiết niệu mà còn cho phép đánh giá chức năng thận, tình trạng nhu mô, cấu trúc giải phẫu đường bài xuất, các biến chứng do sỏi gây ra, theo dõi và đánh giá sau điều trị sỏi.

Có nhiều phương pháp điều trị sỏi tiết niệu trong đó phương pháp tán sỏi qua da (PCNL) là một phương pháp can thiệp lấy sỏi có chỉ định

rộng rãi và đạt hiệu quả cao. Phương pháp này tạo đường hầm qua da vùng thắt lưng vào đài bể thận, qua đó dùng một máy nội soi thận đưa trực tiếp qua đường hầm vào tiếp cận và tán sỏi trực tiếp bằng năng lượng siêu âm hoặc Laser. Sau khi tán vỡ mảnh sỏi được lấy hết qua bơm rửa đài bể thận và dẫn lưu bể thận qua da. PCNL thường được áp dụng với sỏi đường bài xuất từ 1/3 trên niệu quản đến các đài thận, bao gồm sỏi đài bể thận (kể cả sỏi san hô), sỏi niệu quản 1/3 trên (kích thước $>2\text{cm}$), các trường hợp thất bại của tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng niệu quản ở định khu nói trên. Hơn nữa phương pháp này còn có thể áp dụng với sỏi thận ở người có bất thường về giải phẫu hệ tiết niệu.

Với ưu điểm ít xâm lấn, làm sạch sỏi trực tiếp và thời gian nằm viện ngắn, PCNL đang dần trở thành lựa chọn điều trị hiệu quả trong thời gian gần đây ở nhiều trung tâm tiết niệu trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo một số nghiên cứu, diện tích bề mặt sỏi và mức độ giãn đài bể thận có liên quan chặt chẽ với thời gian tán sỏi⁵, tuy nhiên chưa có nhiều báo cáo ở Việt nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả được thực hiện trên bệnh nhân sỏi thận, được chụp CLVT đa dãy hệ tiết niệu trước tán sỏi đồng thời được tán sỏi thận qua da.

2.2. Quy trình nghiên cứu

2.2.1. Chụp CLVT đa dãy hệ tiết niệu, đo diện tích bề mặt sỏi thận và mức độ giãn đài bể thận: Bệnh nhân được chụp CLVT hệ tiết niệu bằng máy 16 dãy của hãng Philips và 128 dãy của hãng GE với độ dày lớp cắt: $0.625-1,0 \text{ mm}$; FOV: $32-40 \text{ cm}$. Vị trí cắt từ vòm hoành tới hết khớp mu. Thuốc cản quang được dùng là loại tan trong nước, liều tiêm từ $1-1,5\text{ml/kg}$ cân nặng, tốc độ tiêm tối thiểu $2,5\text{ml/giây}$.

Quy trình chụp bao gồm 4 thì: Thì trước tiêm cản quang, 2) Thì động mạch (sau tiêm cản quang 30 giây) 3) Thì nhu mô (sau tiêm cản quang 60 giây), 4) Thì bài xuất (tùy thuộc vào chức năng thận có sỏi, tối thiểu 5 phút).

Diện tích bề mặt sỏi được đo trên ảnh cắt lớp vi tính trước tiêm trên từng bệnh nhân theo công thức $S = n/4 \times \text{chiều dài} \times \text{chiều rộng}$ sỏi và được phân theo các mức $<400 \text{ mm}^2$, từ $400-799 \text{ mm}^2$, từ $800-1599 \text{ mm}^2$ và $>1600 \text{ mm}^2$.

Mức độ giãn đài bể thận được phân thành 4 mức độ không giãn, giãn nhẹ, trung bình và giãn nặng. Sau đó được gộp thành 2 nhóm không giãn hoặc giãn nhẹ và giãn trung bình hoặc nặng.

2.2.2. Tán sỏi qua da: bao gồm 4 thì được tóm tắt như sau: Thì 1: Soi bàng quang đặt

catheter niệu quản ngược dòng, sau đó cố định catheter vào sonde tiểu. **Thì 2:** Chọc và nong đường hầm vào đài bể thận qua da. Dưới hướng dẫn siêu âm chọn vị trí và hướng chọc dò phù hợp (thường vào nhóm đài giữa), đặt Amplatz để hoàn thành quá trình tạo đường hầm. Đây là bước rất quan trọng trong quá trình PCNL. Đường vào đài bể thận cần đảm bảo tiếp cận sỏi một cách trực tiếp. Trong trường hợp cần thiết, có thể tạo thêm đường vào thứ hai hoặc thứ ba nhằm đảm bảo lấy hết sỏi. **Thì 3:** Soi và tán sỏi: Dùng năng lượng laser để tán sỏi, áp lực tán duy trì từ 10-20 kPa. Ghi nhận thời gian tán sỏi vào mẫu bệnh án nghiên cứu. **Thì 4:** Đặt sonde JJ niệu quản và dẫn lưu thận

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập vào bảng dữ liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định tính tính tỷ lệ phần trăm (%); với biến định lượng tính trung bình, độ lệch chuẩn giá trị min-max. So sánh 2 tỷ lệ sử dụng phép kiểm Chi-square hoặc Fisher (Fisher's exact test). So sánh các trị số trung bình dùng phép kiểm T-Test (hoặc Mann Whitney khi số liệu không phân bố chuẩn).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm BN trong nghiên cứu

3.1.1. Tuổi:

Bảng 1: phân bố tuổi của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số BN	Tỉ lệ %
<20	0	0,0
20-39	13	18,3
40-59	31	43,7
60-79	27	38,0
≥80	0	0,0
Tổng	71	100
Trung bình	53,8± 12,3	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tập trung ở độ tuổi từ 40-79 tuổi, chiếm tỷ lệ 81,7%, trong đó nhiều nhất là nhóm tuổi 40-59 tuổi, chiếm 43,7%, sau đó đến nhóm bệnh nhân 60-79 tuổi chiếm 38%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân <40 tuổi chiếm tỷ lệ thấp 18,3%. Không có bệnh nhân nào <20 tuổi hay ≥80 tuổi. Tuổi thấp nhất là 31 tuổi. Cao nhất là 73 tuổi. Tuổi trung bình là 53,8± 12,3.

3.1.2. Giới: Nam mắc bệnh nhiều hơn nữ, nam chiếm 60,6%, nữ chiếm 39,4%, tỷ lệ nam/nữ = 1,54

3.1.3. Tiền sử can thiệp đường tiết niệu của nhóm BN trong nghiên cứu:

Bảng 2: Tiền sử can thiệp đường tiết niệu của nhóm BN trong nghiên cứu

Tiền sử	Số BN	Tỉ lệ %
Chưa can thiệp	58	81,6
Tán sỏi ngoài cơ thể	6	8,5
Mổ cũ	4	5,6
Tán sỏi nội soi ngược dòng	3	4,2
Tổng	71	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có tiền sử sỏi tiết niệu chưa can thiệp gì chiếm 81,6%. Bệnh nhân có tiền sử sỏi đã can thiệp chiếm 18,4% trong đó bệnh nhân có tiền sử sỏi tiết niệu+ tán sỏi ngoài cơ thể chiếm 8,5%, bệnh nhân có tiền sử sỏi tiết niệu + mổ cũ chiếm 5,6%, bệnh nhân có tiền sử sỏi tiết niệu + tán sỏi nội soi ngược dòng chiếm 4,2%.

3.2. Diện tích bề mặt sỏi thận của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 3: Diện tích bề mặt sỏi thận của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Diện tích bề mặt sỏi (mm ²)	Số BN (n)	Tỷ lệ (%)
<400	21	29,6
400-799	30	42,3
799-1599	14	19,7
≥1600	6	8,5
Tổng	71	100
Trung bình	755,4 ± 630,4 mm ²	

Nhận xét: Diện tích sỏi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 755,4 ± 630,4mm². Chủ yếu sỏi có diện tích từ 400-799mm² chiếm 42,3%. Sỏi <400 mm² chiếm 29,6%. Sỏi từ 799-1599 mm² 19,7%, >1600 mm² chiếm 8,5%.

3.3. Mối liên quan giữa diện tích bề mặt sỏi với thời gian tán sỏi

Bảng 4: Mối liên quan giữa diện tích bề mặt sỏi với thời gian tán sỏi

Diện tích sỏi (mm ²)	Thời gian tán sỏi (phút)	p
<400 (n=21)	50,8±12,6	0,003
400-799 (n=30)	62,7±25,0	
799-1599 (n=14)	83,3±42,4	
≥1600 (n=6)	112,5±41,4	
Tổng N=71	67,5±32,8	

Nhận xét: Thời gian tán sỏi trung bình giữa các nhóm có diện tích sỏi khác nhau có ý nghĩa thống kê với p=0,003.

3.4. Mức độ giãn đài bể thận của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Bảng 5: Mức độ giãn bể thận của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu

Mức độ giãn đài bể thận	Số BN	Tỉ lệ %
Không giãn	2	2,8
Nhẹ	43	60,6
Trung bình	21	29,6
Nặng	5	7,0
Tổng	71	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thận ứ nước nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ 90,2%. Bệnh nhân ứ nước nặng chiếm tỷ lệ thấp hơn chiếm 7%. Có 2 trường hợp không ứ nước, chiếm 2,8%.

3.5. Mối liên quan giữa mức độ giãn đài bể thận và thời gian tán sỏi

Bảng 6: Mối liên quan giữa mức độ giãn đài bể thận và thời gian tán sỏi

Mức độ giãn đài bể thận	Không giãn hoặc giãn nhẹ	Giãn trung bình hoặc nặng	p
Số BN	46	25	
Thời gian tán sỏi trung bình (phút)	59,6±26,7	81,8±38,4	0,006

Nhận xét: Thời gian tán sỏi trung bình giữa các mức độ giãn đài bể thận khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,006$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là $53,8 \pm 12,3$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả các nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước về độ tuổi của bệnh nhân. Theo tác giả W.H Lai⁶ nghiên cứu trên 1000 bệnh nhân tán sỏi qua da điều trị sỏi thận thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $54,4 \pm 12,6$ tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi tuổi hay gặp nhất là là nhóm tuổi 40-59 tuổi, chiếm 43,7%, đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động tương tự nghiên cứu của Liu Y và cộng sự⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 43 bệnh nhân nam chiếm 60,6%, 28 bệnh nhân nữ chiếm 39,4% với tỷ lệ nam/nữ = 1.54 tương tự như nghiên cứu của Ozgor. F⁸ và Bartoletti R và cs⁹.

Trong nghiên cứu của chúng tôi đa số bệnh nhân chưa có tiền sử can thiệp ngoại khoa tiết niệu chiếm 81,6%, bên cạnh đó có 5,6% bệnh nhân có tiền sử mổ mở lấy sỏi thận và 8,5% bệnh nhân tán sỏi ngoài cơ thể, 4,2% bệnh nhân tán sỏi nội soi ngược dòng. Nghiên cứu của tác giả Segura¹⁰ cho thấy việc tán sỏi qua da trên thận chưa can thiệp gì sẽ thuận lợi hơn những thận đã can thiệp do ở thận đã mổ cũ sẽ gặp khó khăn trong việc chọc dò, tạo đường hầm vào thận. Nghiên cứu của Ozgor⁸ đã chứng minh rằng PCNL là một phương pháp an toàn và là phương pháp điều trị hiệu quả cho bệnh nhân sỏi thận bất kể tiền sử tán sỏi nội soi hoặc phẫu thuật thận mở trước đó.

Hiện nay chưa có sự thống nhất về việc đánh giá diện tích sỏi. Trong nghiên cứu chúng tôi áp dụng công thức của Tealius cũng tương tự một số tác giả khác. Turna¹¹ nghiên cứu trên 234 bệnh nhân tán sỏi qua da cũng áp dụng cách

tính diện tích tương tự cho kết quả chủ yếu sỏi có diện tích <500mm² và từ 500-1000mm². Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sỏi chủ yếu có diện tích từ 400-799mm² chiếm 42,3%, sỏi có diện tích <400mm² chiếm 29,6%, sỏi có diện tích từ 799-1599 mm² chiếm 19,7%, sỏi ≥1600mm² chiếm 8,5%. Diện tích bề mặt trung bình sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là $755,4 \pm 630,4$ mm² có thể do bệnh nhân thường đến khám muộn nên sỏi khi phát hiện thường lớn, đặc tính sỏi cũng phức tạp hơn.

Trong tán sỏi qua da thì thời gian tán sỏi là một yếu tố quan trọng. Thời gian tán sỏi ngắn giúp giảm tai biến, giảm biến chứng của cuộc phẫu thuật, cũng như các biến chứng của gây mê, giảm chi phí cho người bệnh, đồng thời giúp bệnh nhân sớm hồi phục. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian tán sỏi trung bình là $67,5 \pm 32,8$ phút, ngắn nhất là 20 phút, dài nhất 180 phút. Tác giả Tugcu¹² nghiên cứu so sánh kết quả tán sỏi giữa bệnh nhân đã có tiền sử can thiệp ngoại khoa sỏi thận cùng bên và bệnh nhân can thiệp lần đầu cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên các nghiên cứu khác đều chỉ ra rằng có sự liên quan giữa thời gian tán sỏi trung bình và diện tích bề mặt sỏi. Theo Turna¹¹ khảo sát 234 bệnh nhân tán sỏi cho thấy diện tích sỏi càng lớn thời gian tán sỏi càng kéo dài và cần nhiều đường hầm vào thận làm tăng tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật. Sỏi càng lớn thì thời gian phát tia cũng như số lần phát tia sẽ kéo dài hơn. Nhiều sỏi nhiều vị trí thì phải can thiệp vào nhiều đài thận, nhiều sỏi sẽ mất nhiều thời gian gắp sỏi ra ngoài. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có mối liên quan giữa thời gian tán sỏi trung bình giữa các nhóm có diện tích sỏi khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$, tương đồng với các nghiên cứu của Ujwal Kumar⁵.

Theo nghiên cứu của Ozgor⁸ và cộng sự (2015) trên 410 bệnh nhân tán sỏi qua da có tiền sử mổ lấy sỏi thì đa số bệnh nhân có ứ nước thận độ nhẹ và vừa (chiếm 28,3% và 51,2%), ứ nước nặng chiếm 17,1%, không ứ nước 3,4%. Tác giả Shaker¹³ nghiên cứu trên bệnh nhân cho kết quả thận ứ nước nhẹ chiếm 17%, ứ nước vừa chiếm 63%, ứ nước nặng chiếm 20%. Như vậy các nghiên cứu trên cho thấy mức độ ứ nước độ nhẹ và vừa chiếm tỷ lệ cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự các nghiên cứu nêu trên.

Thời gian tán sỏi ở nhóm mức độ không giãn hoặc giãn nhẹ với nhóm ứ nước vừa hoặc nặng lần lượt là $59,6 \pm 26,7$ phút và $81,8 \pm 38,4$ phút, mức độ giãn đài bể thận có liên quan đến thời

gian tán sỏi với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Karalar¹⁴ khi đánh giá mối liên quan giữa bề dày nhu mô thận và thời gian tán. Nhìn chung, hệ thống đài bể thận càng giãn càng thuận lợi cho quá trình chọc dò đài thận. Tuy nhiên khi thận giãn quá lớn thì sẽ làm cho sỏi không được cố định tốt, gây khó khăn cho quá trình tán, bơm rửa và gắp các mảnh sỏi. Hơn nữa khi thận giãn nhiều, nhu mô thận mỏng thì dễ tuột Amplatz, ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Diện tích bề mặt sỏi và mức độ giãn đài bể thận đo trên CLVT có mối liên quan với thời gian tán sỏi thận qua da với $p < 0,05$. Việc xác định diện tích bề mặt sỏi thận cũng như mức độ giãn đài bể thận trên CLVT trước tán sỏi đóng vai trò quan trọng trong dự báo kết quả tán sỏi qua da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viljoen A, Chaudhry R, Bycroft J. Renal stones. Ann Clin Biochem. 2019;56(1):15-27. doi:10.1177/0004563218781672.
2. Bùi Văn Lệnh. Chẩn Đoán Hình Ảnh Bộ Máy Tiết Niệu. Nhà xuất bản y học; 2011.
3. Hoàng Long. In: Bài Giảng Bệnh Học Ngoại Khoa. 2013:203-204.
4. Smith RC, Rosenfield AT, Choe KA, et al. Acute flank pain: comparison of non-contrast-enhanced CT and intravenous urography. Radiology. 1995;194(3):789-794. doi:10.1148/radiology.194.3.7862980
5. Ujwal Kumar et al. STONE score versus Guy's Stone Score - prospective comparative evaluation for success rate and complications in percutaneous nephrolithotomy. Urol Ann. 2018 Jan-Mar; 10(1): 76-81.
6. Lai WH, Jou YC, Cheng MC, et al. Tubeless percutaneous nephrolithotomy: Experience of 1000 cases at a single institute. Urological Science. 2017;28(1):23-26.
7. Liu Y, Chen Y, Liao B, et al. Epidemiology of urolithiasis in Asia. Asian J Urol. 2018;5(4):205-214. doi: 10.1016/j.ajur.2018.08.007
8. Ozgor F, Kucuktopcu O, Sarilar O, et al. Does previous open renal surgery or percutaneous nephrolithotomy affect the outcomes and complications of percutaneous nephrolithotomy. Urolithiasis. 2015; 43(6):541-547. doi:10.1007/s00240-015-0798-9.
9. Bartoletti R, Cai T, Mondaini N, et al. Epidemiology and risk factors in urolithiasis. Urol Int. 2007;79 Suppl 1:3-7. doi:10.1159/000104434
10. Segura JW, Patterson DE, LeRoy AJ, et al. Percutaneous removal of kidney stones: review of 1,000 cases. J Urol. 1985;134(6):1077-1081.

MỐI LIÊN QUAN KIỂU GEN METALLO- β -LACTAMASE NDM, IMP, VIM VỚI ĐỀ KHÁNG CARBAPENEM Ở MỘT SỐ TRỰC KHUẨN GRAM ÂM TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022-2023

Hồng Thị Xuân Liễu¹, Trần Đỗ Hùng², Trần Phước Thịnh²,
Trịnh Thị Hồng Cườ², Phạm Thị Ngọc Nga², Nguyễn Thị Cẩm Hồng¹,
Nguyễn Thị Tuyền¹, Lê Thị Mai Thảo¹, Nguyễn Dương Hiền³, Lê Thị Thúy An³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: trong những năm gần đây, trực khuẩn gram âm sản xuất men metallo- β -lactamase (MBL) với các gen NDM, IMP, VIM có khả năng đề kháng kháng sinh nhóm carbapenem trên bệnh nhân viêm phổi ngày càng gia tăng. **Mục tiêu nghiên cứu:** xác định tỷ lệ kiểu gen và mối liên quan giữa kiểu gen metallo - β - lactamase NDM, IMP, VIM với đề kháng kháng sinh nhóm carbapenem của trực khuẩn gram âm Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae,

Acinebacter baumannii và Pseudomonas aeruginosa trên bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022-2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện ở 92 trực khuẩn gram âm trên bệnh nhân viêm phổi. **Kết quả: tỷ lệ kiểu gen** NDM chiếm 96,8%, kiểu gen IMP chiếm 32,3% và kiểu gen VIM chiếm 1,6% trên nhóm trực khuẩn gram âm nghiên cứu. Tổ hợp đơn gen NDM, hai gen NDM+IMP, tổ hợp ba gen NDM+IMP+VIM của Klebsiella pneumoniae có tỷ lệ lần lượt là 63,6%, 6,1%, 3,0%. Tổ hợp đơn gen NDM, hai gen NDM+IMP của Escherichia coli có tỷ lệ lần lượt là 15,0% và 5,0%. Tổ hợp đơn gen NDM, đơn gen IMP và tổ hợp hai gen NDM+IMP của Acinebacter baumannii có tỷ lệ lần lượt là 40,0%, 7,1%, 25,0%. Tổ hợp đơn gen NDM và tổ hợp hai gen NDM+IMP của Pseudomonas aeruginosa có tỷ lệ lần lượt là 36,4% và 63,6%. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa kiểu gen NDM trên trực khuẩn gram âm với đề kháng carbapenem ($p < 0,001$), OR

¹Trường Cao đẳng Y tế Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Hồng Thị Xuân Liễu

Email: hongthixuanlieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 29.3.2024