

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TÁN SỎI THẬN QUA DA BẰNG ĐƯỜNG HẦM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÀ ĐÔNG

Nguyễn Quốc Đông^{1}, Vũ Thị Diệu², Vương Danh Chính¹
Nguyễn Đức Mạnh¹, Nguyễn Thành Vinh¹*

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân (BN) sỏi thận được chỉ định tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ (mini-percutaneous nephrolithotomy - Mini-PCNL) và đánh giá kết quả, một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả Mini-PCNL tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 30 BN từ tháng 01/2022 - 6/2023. BN tham gia nghiên cứu đều được chẩn đoán xác định có sỏi thận và thực hiện Mini-PCNL. Dữ liệu về tình trạng bệnh lý sỏi thận, kết quả điều trị và các biến chứng trong và sau phẫu thuật được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Thời gian chọc dò thành công là 100%, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 90%. Thời gian hậu phẫu và kích thước sỏi có liên quan; thời gian phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi có liên quan với vị trí sỏi. **Kết luận:** Sỏi thận là một bệnh lý khá phổ biến tại Việt Nam, do đó việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật hiệu quả và an toàn là rất quan trọng. Phẫu thuật Mini-PCNL bước đầu thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đã mang lại hiệu quả cao cho BN trong khu vực.

Từ khoá: Sỏi thận, tán sỏi qua da; Đường hầm nhỏ.

INITIAL OUTCOMES OF MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT HA DONG GENERAL HOSPITAL

Abstract

Objectives: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with kidney stones indicated for percutaneous nephrolithotomy (Mini-PCNL),

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Đông

²Bệnh viện 198 - Bộ Công An

*Tác giả liên hệ: Nguyễn Quốc Đông (drdonghd@gmail.com)

Ngày nhận bài: 03/7/2024

Ngày được chấp nhận đăng: 14/8/2024

<http://doi.org/10.56535/jmpm.v49i8.885>

and evaluate outcomes and some factors affecting the results of Mini-PCNL at Ha Dong General Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 30 patients from January 2022 to June 2023. All patients were diagnosed with kidney stones and underwent Mini-PCNL. Data on kidney stone pathology, treatment outcomes, and complications during and after surgery were collected and analyzed. **Results:** The puncture success rate was 100%, and the stone-free rate after one month was 90%. Postoperative time was related to stone size, and surgical time and stone-free rate were associated with stone location. **Conclusion:** Kidney stones are a relatively common condition in Vietnam, making the selection of an effective and safe surgical method crucial. The initial implementation of Mini-PCNL at Ha Dong General Hospital has yielded high effectiveness for patients in the region.

Keywords: Kidney stone; Percutaneous nephrolithotomy; Miniaturised tract.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý sỏi tiết niệu là vấn đề sức khỏe phổ biến trên toàn cầu cũng như ở Việt Nam. Ở nước ta, sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý tiết niệu (45 - 50%), trong đó, sỏi thận chiếm khoảng 70 - 75%. Nếu không điều trị sỏi thận kịp thời có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như suy thận, nhiễm khuẩn tiết niệu, ảnh hưởng đến sức khỏe và tính mạng BN. Bệnh lý sỏi thận có thể điều trị nội khoa, tuy nhiên, nhiều trường hợp phải can thiệp ngoại khoa. Trước đây, ở nước ta, các phương pháp ngoại khoa điều trị sỏi thận còn hạn chế, hầu như chỉ mổ mở. Tuy nhiên, hiện nay các phương pháp ít xâm lấn như tán sỏi thận qua da, tán sỏi nội soi thận niệu quản ngược dòng và tán sỏi

ngoài cơ thể đã được áp dụng rộng rãi, tỷ lệ mổ mở giảm rõ rệt. Thomas Hillier là phẫu thuật viên đầu tiên báo cáo về thủ thuật dẫn lưu thận qua da [1]. Hiện nay, có 3 hình thức tán sỏi thận qua da được áp dụng khá phổ biến là Standard-PCNL, Mini-PCNL và Micro-PCNL, với kích cỡ ống nông lớn nhất lần lượt là 26 - 30fr, 16 - 20fr và 10 - 14fr, các trường hợp sỏi thận phức tạp như sỏi san hô, sỏi ở thận ghép, hoặc dị dạng hệ tiết niệu như thận móng ngựa và thận lạc chỗ có thể được điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da thay vì phải phẫu thuật mở. Theo Hoàng Long và CS (2020) [2], phương pháp Mini-PCNL là phương pháp an toàn và hiệu quả, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 89,9%. Theo Hoàng Văn Thiệp (2023) [3],

kết quả Mini-PCNL dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cho thấy điều trị đạt tốt chiếm 59,7%; trung bình chiếm 40,3%; không có kết quả xấu. Từ năm 2020, Bệnh viện Đa khoa Hà Đông đã áp dụng phương pháp Mini-PCNL dưới định hướng siêu âm với năng lượng laser công suất cao, đạt hiệu quả tốt và giảm số BN phải mổ mở. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN sỏi thận được chỉ định Mini-PCNL và đánh giá kết quả, một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả Mini-PCNL tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

30 BN được chẩn đoán sỏi thận điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông trong thời gian nghiên cứu được chẩn đoán sỏi thận.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN có chỉ định tán sỏi thận qua da: Các sỏi thận và sỏi niệu quản trên có kích thước $\geq 20\text{mm}$, có chống chỉ định với tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi ngoài cơ thể thất bại; có sỏi thận san hô, sỏi bể thận, sỏi các đài bể thận; sỏi chỗ nối bể thận - niệu quản hoặc sỏi niệu quản

đoạn trên đã tán sỏi nội soi ngược dòng thất bại.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN có rối loạn đông máu, bất thường giải phẫu như hẹp tắc niệu quản, niệu quản sau tĩnh mạch chủ; sỏi thận kết hợp với u thận; BN đang có nhiễm khuẩn tiết niệu, thận ứ nước mất chức năng.

2. Phương pháp nghiên cứu

* *Thiết kế nghiên cứu*: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

* *Cỡ mẫu nghiên cứu*: Chọn mẫu thuận tiện.

* *Biến số, chỉ số nghiên cứu*: Thông tin được thu thập thông qua hỏi bệnh, khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm các thông tin về: Tuổi, giới tính, tiền sử bệnh, thời gian phẫu thuật, triệu chứng xuất hiện sau phẫu thuật, kết quả đánh giá sạch sỏi sau phẫu thuật, kết quả cận lâm sàng chụp X-quang, siêu âm, chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu.

* *Phương pháp phẫu thuật*:

Đặt catheter niệu quản: Đưa máy soi vào bàng quang để đánh giá tình trạng bàng quang, nước tiểu, lỗ niệu quản. Luồn catheter niệu quản theo GuideWire lên đến bể thận. Đặt ống thông niệu đạo và cố định catheter vào ống thông niệu đạo.

Tán sỏi qua da: Chọc dò vào đài bể thận bằng kim 18G dưới hướng dẫn của siêu âm. Nong tạo đường hầm, đặt Amplatz vào bể thận. Tán vỡ sỏi thành các mảnh nhỏ bằng năng lượng Holmium Laser, dùng pank gấp các mảnh sỏi lớn. Đặt 1 dẫn lưu vào đài bể thận nếu còn sỏi vụn.

** Chỉ tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật:*

Thời gian đánh giá sạch sỏi ngay sau tán ngày thứ 2 và 1 tháng sau khi tán: Tiêu chuẩn sạch sỏi theo nghiên cứu của Hoàng Long [4] là hết sỏi hoàn toàn hoặc còn những mảnh sỏi sỏi nhỏ dưới 4mm.

Đánh giá trong quá trình phẫu thuật: Thời gian chọc dò vào thận, thời gian nong đường hầm tính, thời gian tán sỏi và bơm rửa lấy sỏi và tổng thời gian phẫu thuật.

Đánh giá trong thời gian điều trị hậu phẫu: Tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau phẫu thuật được đánh giá theo phân loại của Clavien-Dindo. Thời gian rút dẫn lưu, số ngày nằm viện.

Đánh giá chức năng thận: Trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng bằng xét nghiệm creatinine.

** Phương pháp thu thập dữ liệu:* Thông tin được thu thập bằng hỏi bệnh và khám bệnh, các kết quả cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

** Xử lý số liệu:* Số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 27.0. Sử dụng các thuật toán thống kê.

3. Đạo đức nghiên cứu

BN được giải thích kỹ, ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu và có thể yêu cầu dừng tham gia nghiên cứu. Tất cả thông tin được giữ bí mật, kết quả nghiên cứu chỉ có mục đích duy nhất là nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho BN sỏi thận. Số liệu trong nghiên cứu được Bệnh viện Đa khoa Hà Đông cho phép sử dụng và công bố. Nhóm tác giả cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra trong nhóm BN được tán sỏi qua da, có 22 BN nam (73,3%), cao hơn 8 BN nữ (26,7%). BN trong độ tuổi từ 50 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất với 11 BN (36,7%). Phân nhóm BMI, có 4 BN (13,3%) thuộc nhóm gầy, 18 BN (60%) bình thường và 8 BN (26,7%) thừa cân. Tiền sử ngoại khoa, có 9 BN (2,3%) đã từng thực hiện tán sỏi ngược dòng cùng bên, 4 BN (18,5%) đã từng mổ mở sỏi thận cùng bên và 2 BN (6,6%) đã từng mổ nội soi sau phúc mạc cùng bên.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 30).

Biến số	Số lượng (%); Trung bình (độ lệch)
Giới tính:	
Nam	22 (73,3)
Nữ	8 (26,7)
Nhóm tuổi (năm):	
< 40	3 (10)
40 - 49	8 (26,7)
50 - 59	11 (36,7)
60 - 69	6 (20)
> 70	2 (6,6)
Nhóm BMI:	
< 18	4 (13,3)
18 - 25	18 (60,0)
> 25	8(26,7)
Tiền sử ngoại khoa:	
Tán sỏi ngược dòng cùng bên	6 (20,0)
Mổ mở sỏi thận cùng bên	4 (13,3)
Mổ nội soi sau phúc mạc cùng bên	2 (6,6)
Không có tiền sử ngoại khoa	18 (60,0)

1. Một số đặc điểm của BN nghiên cứu

Bảng 2. Một số đặc điểm của BN nghiên cứu (n = 30).

Biến số	Số lượng (%)
Triệu chứng lâm sàng:	
Cơn đau quặn thận	2 (6,6)
Đau âm ỉ vùng thắt lưng	29 (96,7)
Đái máu	6 (20)
Đái buốt, rắt	2 (6,6)
Không triệu chứng	1 (3,3)
Kích thước sỏi trên cắt lớp vi tính:	
< 25mm	18 (60)
25 - 30mm	8(26,7)
> 30mm	4 (13,3)
Trung bình (độ lệch):	21,6 (5,8)
Độ suy thận	
Không suy thận	26 (87,0)
Suy thận độ I	4 (13,0)

Về triệu chứng lâm sàng: Đau âm ỉ vùng thắt lưng là triệu chứng phổ biến nhất: 29 BN (96,7%); đái máu: 6 BN (20%); cơn đau quặn thận và đái buốt, rắt: 2 BN (6,6%); chỉ có 1 BN (3,3%) không có triệu chứng. Kích thước sỏi trên cắt lớp vi tính: 18 BN (60%) có kích thước sỏi < 25mm; 8 BN (26,7%) có kích thước sỏi từ 25 - 30mm; 4 BN (13,3%) có kích thước sỏi > 30mm. Có 4 ca (13%) suy thận độ 1 trước phẫu thuật.

2. Kết quả tán sỏi và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

Bảng 3. Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (n = 30).

Biến số	Số lượng (%) Trung bình (độ lệch)
Chọc dò vào đài bể thận:	
Thành công	30 (100,0)
Không thành công	0 (0,0)
Kết quả đặt ống thông JJ:	
Đặt được JJ xuôi dòng	29 (96,7)
Đặt JJ ngược dòng	1 (3,3)
Thời gian thực hiện can thiệp (phút):	
Chọc dò vào đài bể thận	12,5 (8,6)
Nong tạo đường hầm đặt Amplatz	14,5 (4,0)
Tán sỏi và bơm rửa lấy sỏi	30,8 (12,4)
Tổng thời gian phẫu thuật	57,8 (25)
Sạch sỏi sau ngay sau tán:	
Sạch sỏi	25 (83,3)
Còn sỏi	5 (16,7)
Sạch sỏi sau tán 1 tháng	
	27 (90)
Tình trạng suy thận sau phẫu thuật 1 tháng:	
Có suy thận	0 (0)
Không suy thận	30 (100,0)
Tai biến và biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo:	
Độ 1: Sốt sau phẫu thuật	3 (10)
Độ 2: Thiếu máu phải truyền máu	2 (6,7)
Độ 3a: Rách cổ đài chảy máu	2 (6,7)
Độ 3b: Rách cổ đài chảy máu chuyển mổ mở	0 (0,0)
Không có tai biến và biến chứng	23 (76,6)

Bảng 3 trình bày tỷ lệ thành công trong chọc dò vào đài bể thận đạt 100%, sạch sỏi sau 1 tháng đạt 90% và không có ca suy thận sau phẫu thuật. Tổng thời gian

phẫu thuật trung bình khoảng 57,8 phút. Biến chứng theo phân loại Clavien-Dindo chủ yếu ở mức độ nhẹ và vừa, không có ca nào phải chuyển mổ mở, tỷ lệ không có tai biến và biến chứng đạt 76,6%.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật tán sỏi qua da

Bảng 4. Phân nhóm BMI và kết quả tán sỏi qua da.

Biến số	Nhẹ cân	Bình thường	Thừa cân	p
Thời gian phẫu thuật (phút) Trung bình (độ lệch)	40,8 (20,5)	48,6 (18,3)	52,8 (30)	0,63
Thời gian hậu phẫu (ngày) Trung bình (độ lệch)	6,1 (2,6)	7,2 (2,1)	6,8 (2,2)	0,54
Tỷ lệ sạch sỏi (%)	75,0	87,5	88,9	0,52

Bảng 4 trình bày mối liên quan giữa phân nhóm BMI và kết quả tán sỏi. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, tỷ lệ sạch sỏi với phân nhóm BMI không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Kích thước sỏi và kết quả tán sỏi qua da.

Biến số	Sỏi	Sỏi	Sỏi	p
	< 25mm	25 - 30mm	> 30mm	
Thời gian phẫu thuật (phút) Trung bình (độ lệch)	40,3 (15,7)	70,6 (18,5)	90,4 (20,7)	< 0,01
Thời gian hậu phẫu (ngày) Trung bình (độ lệch)	6,8 ± 2,4	6,6 ± 3,8	7,2 ± 3,2	0,71
Tỷ lệ sạch sỏi (%)	89,5	90,7	87,2	0,96

Bảng 5 trình bày mối liên quan giữa kích thước sỏi và kết quả tán sỏi. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật và kích thước sỏi có liên quan với nhau ($p < 0,01$). Thời gian hậu phẫu, tỷ lệ sạch sỏi không có mối liên quan ($p > 0,05$).

Bảng 6. Vị trí sỏi đơn giản và phức tạp và kết quả tán sỏi qua da.

Biến số	Vị trí sỏi đơn giản	Vị trí sỏi phức tạp	p
Thời gian phẫu thuật (phút) Trung bình (độ lệch)	42,6 ± 19,6	80,8 ± 28,5	0,01
Thời gian hậu phẫu (ngày) Trung bình (độ lệch)	6,7 ± 2,6	6,9 ± 3,6	0,97
Tỷ lệ sạch sỏi (%)	98,3	79,7	< 0,01

Bảng 6 trình bày mối liên quan giữa vị trí sỏi và kết quả tán sỏi. Kết quả cho thấy thời gian phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi có liên quan với vị trí sỏi ($p < 0,01$). Thời gian hậu phẫu và vị trí sỏi không có liên quan ($p = 0,97$)

BÀN LUẬN

Nghiên cứu này chỉ ra tuổi trung bình của BN nghiên cứu là 53,6 (12,7) tuổi. Tương tự nghiên cứu của Hoàng Văn Thiện (2023) [3] là 52,99 (11,6). Hoàng Long (2020) [2] tuổi trung bình là 53,6 (11,1). BN thừa cân béo phì thì lựa chọn tán sỏi qua da là tối ưu nhất, tuy nhiên béo phì lại khó khăn trong đặt tư thế và tăng nguy cơ chảy máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN thừa cân chiếm tỷ lệ 26,7% (Bảng 1). Nhóm có tiền sử ngoại khoa can thiệp sỏi cùng với bên sỏi thận chiếm khá cao. Do vậy, nguy cơ nhiễm khuẩn ngược dòng cao nên khi tiến hành tán sỏi thận qua da phải đảm bảo vô khuẩn, tránh biến chứng nhiễm khuẩn, tiền sử mổ cũ cũng có thể làm thay đổi giải phẫu thận, mức độ di động của thận cũng bị hạn chế nên việc chọc dò tạo đường hầm và lấy sỏi cũng bị ảnh

hưởng, việc tiếp cận và lấy sỏi cũng khó khăn, dễ gây chảy máu hơn. Các triệu chứng lâm sàng thường ít biểu hiện rõ rệt, đa số BN có biểu hiện đau âm ỉ vùng thắt lưng (96,7%). Theo Trần Quốc Hòa [5], tỷ lệ đau vùng thắt lưng là 100%, chứng tỏ đây là triệu chứng hay gặp trong bệnh lý sỏi thận.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30 BN đều được đặt ống thông niệu quản. Mục đích đặt ống thông niệu quản là nhằm xác định sơ bộ tình trạng hẹp hoặc các dị dạng đường tiết niệu, quan trọng nhất là kiểm tra sự lưu thông của niệu quản và bơm nước muối sinh lý pha betadin làm giãn đài bể thận tạo thuận lợi cho quá trình chọc dò, nong và tán sỏi. Theo Lê Sĩ Trung [6], nếu không đặt được ống thông niệu quản thì nên cho BN uống lợi tiểu, truyền dịch làm giãn đài bể thận ra tạo điều kiện siêu âm

chọc dò. Theo Hoàng Long [2] và Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [7], khi không đặt được ống thông niệu quản thì nên chọc dò trực tiếp vào sỏi. Về thời gian trung bình chọc dò hệ thống đài bể thận ở nghiên cứu của chúng tôi là 12,5 (8,6) phút (*Bảng 3*), cao hơn so với nghiên cứu của Trần Quốc Hòa [5] là 14,5 (4,0) phút. Chúng tôi nhận thấy thời gian nong đặt amplatz phụ thuộc nhiều vào kỹ thuật chọc dò. Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 57,8 (25) phút (*Bảng 3*). Thời gian phẫu thuật kéo dài nhất được ghi nhận là 130 phút, đây là 01 trường hợp BN nam 61 tuổi có sỏi san hô không hoàn toàn. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn Samad Zare [8] và Hoàng Long [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 30/30 BN tán sỏi thành công đều được đặt ống thông JJ, phần lớn được đặt JJ xuôi dòng, chiếm 96,7%, (*Bảng 3*). Hiện nay, có nhiều quan điểm về việc đặt ống thông JJ sau mổ, một số tác giả chủ trương thay thế dẫn lưu thận bằng đặt ống thông JJ hoặc hoàn toàn không đặt cả hai nhằm giảm diễn biến sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 07 trường hợp (23,3%) xảy ra tai biến nhẹ trong mổ và biến chứng sau mổ (*Bảng 3*), trong đó 02 trường hợp tai biến chảy máu trong mổ khi thao tác lấy sỏi do sỏi bám chặt vào cổ đài có tổn thương gây chảy máu, chúng tôi tiến

hành thao tác nhanh lấy hết sỏi ra và cho truyền máu trong mổ gồm 02 đơn vị khối hồng cầu, sau đó BN hậu phẫu ổn định. 02 trường hợp bị chảy máu đỏ sẫm qua thông dẫn lưu thận sau mổ, điều trị bằng nội khoa cầm máu, truyền 1 đơn vị hồng cầu 350mL, kéo bóng cầm máu, được phân độ II theo Clavien-Dindo. 03 trường hợp (10%) bị sốt hậu phẫu được phân độ I theo Clavien-Dindo, các trường hợp sốt nhẹ, xử trí bằng bơm rửa bể thận, dùng kháng sinh, kháng viêm, giảm đau, hạ sốt. Tất cả BN đều diễn biến tốt. Theo Song Yan [9], tỷ lệ tai biến là 16%. Nguồn chảy máu trong tán sỏi thận qua da có thể do chảy máu tĩnh mạch là chủ yếu, do thủng tĩnh mạch trong quá trình phẫu thuật, máu từ tĩnh mạch bị thủng chảy vào hệ thống đài bể thận. Chảy máu động mạch do rách động mạch, rò động tĩnh mạch, phình động mạch. Chảy máu động mạch có thể xuất hiện sớm hoặc muộn trong giai đoạn hậu phẫu. Sốt sau phẫu thuật là biến chứng thường gặp sau chảy máu, chúng tôi ghi nhận 03 trường hợp (10%) sốt sau mổ (*Bảng 3*), hầu hết các trường hợp sốt nhẹ, được điều trị kháng sinh phối hợp truyền tĩnh mạch, hạ sốt, ổn định sau 2 - 3 ngày. Tỷ lệ này cao hơn một số nghiên cứu khác như Hoàng Long (2020) [4], sốt sau phẫu thuật chiếm 5,9%, không ghi nhận nhiễm khuẩn nặng cần can thiệp.

Nhận xét về kết quả sạch sỏi đánh giá bằng kết quả chụp X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị và siêu âm hệ tiết niệu ngày thứ 2 sau tán sỏi thận qua da, tiêu chuẩn sạch sỏi theo Hoàng Long [4] là hết sỏi hoàn toàn hoặc còn những mảnh sỏi < 4mm được xem là không có ý nghĩa lâm sàng do những mảnh sỏi này có thể được đào thải ra ngoài, 83,3% sạch sỏi (Bảng 3). BN ra viện sau 1 tháng khám lại được chụp X-quang, siêu âm hệ tiết niệu kiểm tra xác định tỷ lệ sạch sỏi và rút JJ, kết quả ghi nhận những trường hợp còn sỏi kích thước \leq 5mm được đào thải tốt, trường hợp sỏi lớn nhất được đào thải sau 1 tháng có kích thước 7mm, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 90%, kết quả này tương tự với một số tác giả khác (Bảng 3). Tuy nhiên, vẫn có 03/30 BN còn sỏi (10%). Tương tự của Hoàng Long (2020) [2] là lần thứ nhất và thứ 2 lần lượt là 83,3% và 89,9%; cao hơn của Hoàng Văn Thiệp (2023) [3] lần lượt là 53,2% và 63,3%.

Khi phân tích mối tương quan giữa tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật với phân nhóm BMI, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm thuộc tính khác nhau ($p > 0,05$) (Bảng 4), Trần Quốc Hòa [5] cũng đưa ra nhận xét tương tự. Nhận xét về mối liên quan giữa kích thước sỏi, vị trí sỏi

và thời gian phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy giữa các nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi ($p < 0,05$) (Bảng 5). Sỏi có kích thước lớn và sỏi ở nhiều vị trí thì thời gian phẫu thuật sẽ lâu hơn, phù hợp với hầu hết các tác giả. Theo Hoàng Long [4], kết quả sạch sỏi có liên quan tới kích thước sỏi, kích thước sỏi càng lớn là yếu tố tăng tỷ lệ sót sỏi sau phẫu thuật, kích thước sỏi lớn, hình thái và vị trí sỏi phức tạp làm tăng tỷ lệ sót sỏi sau phẫu thuật.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của BN tán sỏi thận qua da tại Bệnh viện Đa khoa Hà Đông: Triệu chứng chủ yếu là đau âm ỉ vùng thắt lưng (96,7%); trên cắt lớp vi tính, 60% BN có kích thước sỏi < 25mm, 26,7% có kích thước sỏi từ 25 - 30mm và 13,3% có kích thước sỏi > 30mm. Thời gian chọc dò thành công là 100%, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 90%. Trước tán sỏi, có 13,0% BN suy thận độ I, sau tán, 100% BN không suy thận. Kết quả cho thấy phương pháp này mang lại hiệu quả cao, giảm thiểu biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục cho BN. Đồng thời, nghiên cứu cũng khẳng định tính an toàn và khả năng ứng dụng rộng rãi của kỹ thuật này trong điều trị sỏi thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thomas Hillier. Percutaneous nephrostomy. *Urology*. 1989; 33(4):346-350.
2. Hoàng Long và CS. Kết quả tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng dưới hướng dẫn của siêu âm. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2020; 134(10).
3. Hoàng Văn Thiện và CS. Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện trung ương thái nguyên. *Tạp Chí Y học Việt Nam*. 2023; 524(1A). <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1A.4626>.
4. Hoàng Long và CS. Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ bằng đường hầm nhỏ bằng holmium laser tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2016; 445(4):62-71.
5. Trần Quốc Hòa và CS. Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ ở bệnh nhân có tiền sử mổ mở sỏi thận cùng bên. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2024; 534(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i1B.8314>.
6. Lê Sĩ Trung. Phẫu thuật nội soi thận qua da. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2004:180-233.
7. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Đình Nguyên Đức. Tán sỏi qua da trong sỏi thận tái phát. *Tạp chí Y Dược học*. 2016; 2(3):17-23.
8. Samad Zare. Feasibility of pure ultrasonography guided percutaneous nephrolithomy in flank position. *Nephrourol Mon*. 2017; 9(3): 481-487.
9. Yan song, Xiang, Yongsheng. Percutaneous nephrolithotomy guided solely by ultrasonography: A 5-year study of > 700 cases. *BJU International*. 2013; 112:965-971.