

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LẠNG SƠN

Triệu Đức Anh^{1,2}, Phan Chí Dũng¹, Đỗ Trường Thành^{2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị của phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn giai đoạn 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dọc gồm 76 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn trong thời gian từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 07 năm 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 50,68 ± 11,16 tuổi (29 – 73). Kích thước sỏi trung bình là 3 ± 1,01mm; phân loại theo kích thước sỏi: 46,1% từ 15 – 30mm, 35,5% sỏi từ 31 – 40mm, 18,4% trên 40mm. Mức độ giãn thận: 4 không giãn thận (5,3%), 39 giãn độ I (51,3%), 23 giãn độ II (30,3%), 9 giãn độ III (11,8%). Vị trí chọc dò: đài giữa 78,9%, đài dưới 19,7%, chọc 2 đài 1,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình 77,04 ± 26,55 phút. Tỷ lệ sạch sỏi là 78,9 %. Biến chứng bao gồm 2 trường hợp (2,6%) sốt sau phẫu thuật; 14,5% tiểu máu kéo dài nhưng không phải truyền máu và nút mạch thận. **Kết luận:** Phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm được thực hiện ở bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn là hiệu quả và an toàn, mang lại nhiều lợi ích trong điều trị sỏi thận.

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, siêu âm, Holmium Laser.

SUMMARY

THE RESULTS OF MINI - PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE FOR TREATMENT OF KIDNEY STONES AT LANG SON PROVINCE GENERAL HOSPITAL

Objectives: The study aim was to evaluate the results of mini-percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at Lang Son Province General Hospital in the period from 2022 to 2024. **Materials and Methods:** A case series study with longitudinal follow-up, 76 patients have been operated by mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance at Lang Son province General Hospital from June 2022 to July 2024. **Results:** The average age was 50.68 ± 11.16 years (29 – 73). Mean stone size was 3 ± 1.01 mm (1.7 – 7.1), in which stone size 15 – 30mm: 35 cases (46.1%), 31 – 40mm: 27 cases (35.5%) and >

40mm: 14 cases (18.4%). Hydronephrosis classification: Grade 0 (no dilation): 4/76 cases (5.3%), grade I: 39/76 cases (51.3%), grade II: 23/76 cases (30.3%), grade III: 9/76 cases (11.8%). Percutaneous renal access into the kidney: middle calyx 60 cases (78.9%), posterior calyx 15 cases (19.7%), middle and posterior calyx: 1 case (1.3%). Average time of operation was 77.04 ± 26.55 minutes. Stone - free rate was 78.9%. The complications including post-operative fever: 2 cases (2.6%) and persistent hematuria (14.5%) but no case of bleeding requiring blood transfusion and renal embolization. **Conclusion:** Mini percutaneous nephrolithotomy under ultrasound guidance for treatment of kidney stones at Lang Son province General Hospital is an effective and safety method.

Keywords: Kidney stone, mini percutaneous nephrolithotomy, ultrasound, Holmium laser.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý phổ biến nhất trong các bệnh lý tiết niệu, chiếm đến 70-75% tỷ lệ sỏi đường tiết niệu nói chung. Sỏi thận nếu không được theo dõi và điều trị kịp thời, hiệu quả có thể gây nên các biến chứng nguy hiểm như viêm đài bể thận, ứ nước, ứ mủ thận, suy giảm hoặc mất chức năng thận....¹ Trước đây, mổ mở là phương pháp can thiệp ngoại khoa duy nhất trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, vào năm 1976, Fernstrom và Johanson đã thực hiện thành công phương pháp tán sỏi thận qua da, mở đường cho cuộc cách mạng trong điều trị sỏi tiết niệu, thay thế dần mổ mở truyền thống². Tán sỏi thận qua da có ít biến chứng và thời gian hồi phục nhanh hơn so với phương pháp mổ mở truyền thống. Những trường hợp trước đây chỉ có thể được điều trị bằng phẫu thuật mở như sỏi thận san hô ở thận ghép, di dạng hệ tiết niệu như thận móng ngựa, thận lạc chỗ... cũng có thể được giải quyết một cách an toàn và hiệu quả hơn^{3,4}. Phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ (Mini-PCNL) định vị siêu âm hoặc dưới màn huỳnh quang được triển khai rộng rãi ở Việt Nam gần 10 năm trở lại đây đã được chứng minh là một phương pháp điều trị rất hiệu quả với sỏi thận mọi kích thước, mọi vị trí, với độ an toàn hiệu quả cao^{2,3,5}. Tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn bắt đầu triển khai kỹ thuật Mini-PCNL từ năm 2020, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích tổng kết rút kinh nghiệm điều trị sỏi thận bằng phẫu thuật tán sỏi thận qua da với đường hầm nhỏ, góp phần thêm y văn Việt Nam trong điều trị sỏi thận ở các bệnh viện tuyến tỉnh.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lạng Sơn

²Trường đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Đức Anh

Email: dranh8688@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi thận và sỏi niệu quản 1/3 trên, được phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ sử dụng năng lượng Holmium Laser tại Khoa Ngoại Tiết niệu-Nam học, bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn trong thời gian từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 7 năm 2024.

* **Tiêu chuẩn lựa chọn:** - Bệnh nhân có sỏi thận, sỏi niệu quản 1/3 trên kích thước $\geq 15\text{mm}$. Hồ sơ bệnh án có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

* **Tiêu chuẩn loại trừ:** - Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiết niệu chưa điều trị. Các bệnh lý toàn thân nặng chưa được điều trị ổn định có thể ảnh hưởng xấu đến cuộc mổ (bệnh lý tim mạch, hô hấp, suy thận, rối loạn đông máu...). Sỏi thận kết hợp với u thận, trên thận mất chức năng, dị dạng giải phẫu đường bài xuất (hẹp niệu quản, niệu đạo), phụ nữ có thai.

* **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả loạt ca bệnh có theo dõi dọc.

* **Cỡ mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm:

- Các chỉ số lâm sàng: tuổi, nhóm tuổi, giới, các triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu, rối loạn tiểu tiện.

- Các chỉ số cận lâm sàng: kích thước sỏi, số lượng sỏi, mức độ giãn thận, xét nghiệm nước tiểu

- Các chỉ số trong mổ và sau mổ: số đường hầm vào thận, vị trí đường hầm vào thận, thời gian mổ, biến chứng sau mổ trong thời gian nằm viện.

- Kết quả điều trị: tỷ lệ sạch sỏi, các biến chứng muộn.

2.3. Phương pháp phân tích số liệu và đạo đức y học: Các số liệu được xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê y học. Các số liệu được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi được sự đồng ý của bệnh nhân, bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn, trường đại học Y Hà Nội, đảm bảo tính trung thực và chưa từng được công bố trước đây, thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng: - Tuổi trung bình của bệnh nhân là: $50,68 \pm 11,16$ tuổi; thấp nhất là 29 tuổi, nhiều nhất là 73 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Các chỉ số	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Tuổi	<40 tuổi	14
	40-50 tuổi	26
	50-60 tuổi	18

	>60 tuổi	18	23,7
Giới tính	Nam	42	55,3
	Nữ	34	44,7

Nhận xét: Chủ yếu là các bệnh nhân >40 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,23/1

Các triệu chứng lâm sàng đi khám bệnh của bệnh nhân là: đau âm ỉ vùng sườn thắt lưng với 72 bệnh nhân chiếm 94,7%, có 34 bệnh nhân có biểu hiện đái buốt, đái rắt chiếm tỷ lệ 44,7%; 7 trường hợp bệnh nhân vào viện có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ 9,2%; 3/76 trường hợp đái máu chiếm 3,9% và 1,3% bệnh nhân có sốt.

Kích thước sỏi trung bình là $3 \pm 1,01\text{cm}$, nhỏ nhất 1,5cm, lớn nhất 7,1cm.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng

Các đặc điểm cận lâm sàng	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Phân loại sỏi	Sỏi bể thận đơn thuần	15
	Sỏi bể thận + 1 đài	25
	Sỏi bể thận + 2 đài	31
	Sỏi bể thận + 3 đài	2
	Sỏi san hô	3
Số lượng sỏi	1 viên	15
	2 viên	26
	≥ 3 viên	35
Mức độ giãn thận trên CT-scanner	Không giãn	4
	Độ I	39
	Độ II	23
	Độ III	9

Nhận xét: Sỏi bể thận đơn thuần chiếm 19,7%, sỏi san hô chiếm 3,9%, sỏi bể thận và các đài chiếm 76,3%. Chỉ 19,7% bệnh nhân chỉ có 1 sỏi, 34,2% bệnh nhân có 2 sỏi, 46,1% bệnh nhân có từ 3 sỏi trở lên. 5,3% bệnh nhân không giãn thận, 11,8% bệnh nhân thận giãn lớn độ III, hầu hết bệnh nhân (81,6%) thận giãn độ I-II.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị. Thời gian chọc dò tạo đường hầm trung bình là $9,14 \pm 3,9$ phút. Thời gian phẫu thuật trung bình là $77,04 \pm 26,55$ phút, nhanh nhất là 40 phút, lâu nhất là 160 phút.

Bảng 3: Các đặc điểm phẫu thuật tán sỏi

Đặc điểm trong mổ	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Vị trí chọc dò	Đài trên	0
	Đài giữa	60
	Đài dưới	15
	Hai đài	1
Số đường hầm vào thận	Một đường hầm	75
	Hai đường hầm	1
Thời gian	Thời gian chọc dò	$9,14 \pm 3,9$ phút
	Thời gian phẫu thuật	$77,04 \pm 26,55$ phút

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp được chọc dò vào vị trí đài giữa (79%) và hầu hết các trường hợp chỉ cần tạo 1 đường hầm trong 1 lần tán (98,7%).

Theo dõi sau mổ: Sau mổ chỉ có 2,6% bệnh nhân có biến chứng sốt nhưng không bị sốc

nhễm khuẩn. 14,5% bệnh nhân sau mổ có nước tiểu đỏ kéo dài > 72h giờ. Không có bệnh nhân nào có biến chứng chảy máu cần can thiệp hậu phẫu. Sau 1 tháng, tỷ lệ sạch sỏi lên đến 78,9% bệnh nhân.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Kích thước sỏi						Tổng		P
	< 3 cm		3 – 4 cm		> 4 cm				
	n	%	n	%	N	%	N	%	
≤ 60	26	34,2	6	7,9	0	0	32	42,1	0,05
61-90	8	10,5	17	22,4	9	11,8	34	44,7	
91-120	1	1,3	1	1,3	3	3,9	5	6,6	
> 120	0	0	3	3,9	2	2,6	5	6,6	
Tổng	35	46,1	27	35,5	14	18,4	76	100	
Tỷ lệ sạch sỏi	Kích thước sỏi						Tổng		P
	< 3 cm		3 – 4 cm		> 4 cm				
	Sạch sỏi	33	43,4	21	27,6	4	7,9	60	
Sốt sỏi	2	2,6	6	7,9	8	10,5	16	21,1	
Tổng	35	46,1	27	35,5	14	18,4	76	100	

Nhận xét: Sỏi càng to thì thời gian phẫu thuật càng lâu. Trong nhóm thời gian phẫu thuật <60 phút, 34,2% sỏi <3cm có, 7,9% sỏi 3-4cm và 0% sỏi >4cm. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm kích thước sỏi khác nhau. Sỏi càng nhỏ thì tỷ lệ sạch sỏi càng cao và ngược lại. Tỷ lệ sạch sỏi lên đến 78,9%, trong đó 43,4% sỏi <3cm, 27,6% sỏi 3-4cm, 7,9% sỏi >4cm với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 76 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có tuổi trung bình là $50,68 \pm 11,16$ tuổi, trong đó 57,9% bệnh nhân có độ tuổi 40-60. Tỷ lệ nam/nữ là 42/34=1,23/1. Tác giả Dương Văn Trung nghiên cứu trên 520 bệnh nhân cho thấy tuổi trung bình là $52,6 \pm 10,5$, với tỷ lệ nam/nữ là 1,89/1¹. Tác giả Trần Hoài Nam nghiên cứu trên 185 bệnh nhân thấy tuổi trung bình là $51,7 \pm 13,6$ tuổi với 63,78% bệnh nhân trong độ tuổi 40-60 và tỷ lệ nam/nữ là 2,14/1². Tác giả Hoàng Văn Thiệp và cộng sự tiến hành nghiên cứu 139 bệnh nhân, độ tuổi trung bình là 52,99 tuổi, nhóm tuổi 40-59 là cao nhất chiếm 56,83%, tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,55³. Nhóm tác giả Nguyễn Minh An nghiên cứu trên 52 bệnh nhân thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $54,9 \pm 11,9$ với tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ là 1,73/1⁴. Như vậy tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước, và số lượng bệnh nhân nam luôn nhiều hơn bệnh nhân nữ. Độ tuổi 50 ở cả nam và nữ là độ tuổi không còn sức

khỏe tốt nhưng đang là trụ cột lao động trong gia đình, vậy nên bệnh lý sỏi thận có chỉ định phẫu thuật ảnh hưởng lớn đến khả năng lao động của người bệnh và cần đến biện pháp điều trị hiệu quả với thời gian điều trị ngắn ngày.

Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu là $3 \pm 1,01$ cm, trong đó 19,7% bệnh nhân chỉ có 1 sỏi, 80,3% bệnh nhân có từ 2 sỏi trở lên. Trong nghiên cứu của Dương Văn Trung, kích thước trung bình của sỏi là $21,5 \pm 1,2$ mm, với sỏi 1 viên chiếm 75,6%¹. Nghiên cứu của Vũ Duy Tân cho thấy kích thước sỏi trung bình là $2,9 \pm 0,6$ cm⁵. Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả trên phù hợp với khuyến cáo của hội Nội khoa Châu Âu (EUA 2015), đó là áp dụng Mini-PCNL cho sỏi thận >20mm và các sỏi 10-20mm có chống chỉ định hoặc thất bại với tán sỏi ngoài cơ thể⁶. Trong nghiên cứu này, sỏi bể thận đơn thuần chiếm 19,7%, sỏi san hô chiếm 3,9%, sỏi bể thận và các đài chiếm 76,3%. Có 5,3% bệnh nhân không giãn thận, 11,8% bệnh nhân thận giãn lớn độ III, hầu hết bệnh nhân (81,6%) thận giãn độ II-III. Như vậy với hầu hết các trường hợp bệnh nhân có thận giãn, kích thước sỏi trung bình lớn, rất thuận lợi cho việc chọc dò tạo đường hầm phẫu thuật.

Lựa chọn vị trí chọc dò vào thận là rất quan trọng, liên quan đến việc tiếp cận được tất cả vị trí sỏi, hạn chế các biến chứng và tỷ lệ sạch sỏi. Xác định vị trí chọc dò phụ thuộc vào vị trí, kích thước sỏi cũng như hình thái đài bể thận. Khi sử dụng siêu âm để định vị kim chọc dò, chúng tôi thường đặt đầu dò siêu âm theo chiều dọc của trục thận theo đường nách sau, điểm đặt kim

nằm ở bờ trước hoặc bờ sau của đầu dò siêu âm, và kiểm soát đầu kim đến vòm đài thận có sỏi. 79% bệnh nhân được chọc dò vào đài giữa, 19,7% bệnh nhân được chọc dò vào đài dưới, 1,3% bệnh nhân được chọc dò vào cả đài giữa và dưới. Tác giả Dương Văn Trung chọc dò 86,7% vào đài dưới, 13,3% vào đài giữa thận và không chọc dò vào đài trên thận¹. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, vị trí chọc dò vào đài giữa rất thuận lợi cho việc kiểm soát đài thận trên, đài thận dưới, bể thận và niệu quản 1/3 trên. Không có bệnh nhân nào chọc dò vào đài trên, vì ở vị trí này rất dễ tổn thương màng phổi, gan (với thận phải), lách (với thận trái) và đường vào từ đài giữa và dưới có thể kiểm soát tốt đài trên của thận. Do lựa chọn vị trí chọc dò ban đầu tốt, nên 98,7% bệnh nhân chỉ cần tạo 1 đường hầm trong cuộc phẫu thuật đã có thể kiểm soát tốt cuộc mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân (85,5%) có nước tiểu trong <72 giờ đầu sau phẫu thuật, 14,5% bệnh nhân có nước tiểu đỏ lâu hơn 72 giờ, lâu nhất là 9 ngày. Những trường hợp này được điều trị nội khoa, theo dõi và nước tiểu trong dần, không cần truyền máu hay can thiệp nút mạch. Có 2 bệnh nhân (2,6%) bệnh nhân có biến chứng sốt nhưng không bị sốc nhiễm khuẩn, mặc dù trước đó có kết quả cấy nước tiểu âm tính. Nguyên nhân có thể là trong viên sỏi chứa một lượng vi khuẩn mà xét nghiệm trước mổ vẫn bình thường, khi sỏi tán vụn đã giải phóng vi khuẩn ra ngoài và vào máu gây sốt¹. Theo Nguyễn Minh An, 13,5% bệnh nhân có chảy máu sau mổ không cần can thiệp, 9,6% bệnh nhân có sốt⁴. Theo Dương Văn Trung, 8,3% bệnh nhân hậu phẫu có sốt và 0,4% bệnh nhân hậu phẫu chảy máu cần truyền máu. Theo Trần Hoài Nam, 14,6% bệnh nhân sốt sau phẫu thuật và 0,005% bệnh nhân cần truyền máu sau phẫu thuật². Theo Ahmed R. nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sỏi san hô thận bằng PCNL từ năm 1999-2009, 9,5% chảy máu trong mổ phải dừng phẫu thuật, 14% bệnh nhân cần truyền máu hậu phẫu, 10,9% bệnh nhân chảy máu điều trị nội khoa thành công, 3,4% bệnh nhân cần nút mạch can thiệp chảy máu, 0,004% bệnh nhân tử vong vì chảy máu nặng⁷. Nhìn chung, tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật PCNL đã giảm nhiều theo thời gian, có lẽ do cải tiến kỹ thuật từ PCNL tiêu chuẩn sang mini-PCNL và kỹ thuật tán sỏi hoàn thiện dần.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng là 78,9% bệnh nhân. Trong nghiên cứu của Hoàng Văn Thiệp³, tỷ lệ sạch sỏi là 86,48%;

tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của Nguyễn Minh An là 86,5%⁴; theo Trần Hoài Nam tỷ lệ sạch sỏi là 95,68%², còn theo Dương Văn Trung, tỷ lệ sạch sỏi lên đến 97,3%¹. Tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp nhất, có lẽ do kích thước sỏi trung bình của nhóm nghiên cứu lớn hơn hẳn so với các nghiên cứu khác. Chúng tôi thấy rằng sỏi càng nhỏ thì tỷ lệ sạch sỏi càng cao và ngược lại. Bảng 5 cho thấy, tỷ lệ sạch sỏi là 43,4% với sỏi <3cm, 27,6% với sỏi 3-4cm, 7,9% với sỏi >4cm với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Ngoài ra kích thước sỏi còn liên quan mật thiết đến thời gian phẫu thuật, sỏi càng to thì thời gian phẫu thuật càng lâu. Trong nhóm thời gian phẫu thuật <60 phút, 34,2% sỏi <3cm có, 7,9% sỏi 3-4cm và 0% sỏi >4cm. Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm kích thước sỏi khác nhau. Mặc dù so với các nghiên cứu khác tỷ lệ sạch sỏi của chúng tôi còn thấp nhưng chúng tôi hy vọng sẽ tiếp tục cải tiến kỹ thuật, nâng cao tay nghề để có những kết quả tốt hơn trong các báo cáo tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm thực hiện tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lạng Sơn là một phương pháp điều trị sỏi thận an toàn, hiệu quả và kỹ thuật tán sỏi qua da đường hầm nhỏ có thể triển khai khả thi tại các bệnh viện tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Văn Trung; Trịnh Hoàng Hoan.** Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm nghiêng, định vị bằng siêu âm điều trị sỏi thận đài dưới (kinh nghiệm trên 520 bệnh nhân). Tạp chí Y học Việt Nam (Tổng hội Y học Việt Nam), năm 2023, số chuyên đề 1, trang 383-389.
2. **Trần Hoài Nam; Nguyễn Trần Thành.** Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện 19-8, bộ công an. Tạp chí Y học Việt Nam, năm 2023, tập 533 số 2, trang 229-232. <https://doi.org/10.51298/vmj.v533i2.7960>.
3. **Hoàng Văn Thiệp, Trần Đức Quý, và cộng sự.** 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, năm 2023, tập 524 số 1A, trang 103-107.
4. **Nguyễn Minh An, Đỗ Hải Hùng.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Tạp chí Y học Việt Nam, năm 2021, tháng 6, tập 503 số 2, trang 66-70.
5. **Vũ Duy Tân, Nguyễn Trung Hiếu, Diêm Sơn.** Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Yên Bái. Tạp chí nghiên cứu Y học, năm 2023, số (163 (2), trang 100 - 1006.

6. **Türk, C.** EAU Guidelines on Interventional Treatment for Urolithiasis. Eur Urol 2016, 69 (3), 475–482. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2015.07.041>.

7. **El-Nahas AR, Eraky I, Shokeir AA, et al.** Percutaneous nephrolithotomy for treating staghorn stones: 10 years of experience of a tertiary-care centre. Arab Journal of Urology. 2012;10(3):324. doi:10.1016/j.aju.2012.03.002

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG ĐAU BẰNG THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ ĐAU DỰA TRÊN HÀNH VI (BPS) TRONG CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THỞ MÁY XÂM NHẬP

Nguyễn Thị Kiều Trang¹, Hoàng Bùi Hải^{1,2}, Nguyễn Thị Sơn^{1,2},
Đàm Thị Hương Lan¹, Đinh Thị Thanh Huệ¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả tình trạng đau bằng thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên hành vi (BPS - Behavioral Pain Scale) ở người bệnh thở máy và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu tiến hành khảo sát trên nhóm người bệnh thở máy tại khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực từ 11/2023 - 02/2024. Tình trạng đau được đánh giá bằng thang điểm BPS trong khi thực hiện một số quy trình điều dưỡng thường quy như chăm sóc răng miệng, hút đờm và thay đổi tư thế. Kết quả nghiên cứu cho thấy hút đờm là quy trình điều dưỡng xâm lấn gây đau nhất cho người bệnh thở máy (Trung vị = 7, IQR: 6- 7,25) với tỉ lệ đau từ trung bình đến nặng, theo sau đó là thay đổi tư thế và chăm sóc răng miệng (Trung vị = 5, IQR: 4- 6) với tỉ lệ người bệnh đau nhẹ chiếm đa số. Điểm RASS, giới tính, bệnh lý chính và phương pháp thở xâm lấn và việc sử dụng thuốc giảm đau của người bệnh có liên quan tới tình trạng đau trong quá trình chăm sóc với $p < 0,05$.

Từ khóa: tình trạng đau, thang điểm BPS, người bệnh thở máy xâm nhập.

SUMMARY

PAIN ASSESSMENT BY USING BEHAVIORAL PAIN SCALE IN CARING FOR MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS

The study aimed to describe pain status using the Behavioral Pain Scale (BPS) in mechanically ventilated patients and related factors at Hanoi Medical University Hospital. A descriptive study was conducted on mechanically ventilated patients in the Emergency and Intensive Care Department from November 2023 to February 2024. Pain was assessed using the BPS during routine nursing procedures, including oral care, suctioning, and repositioning. The results showed that suctioning was the most painful invasive nursing procedure for ventilated patients (Median = 7, IQR: 6–7.25), with a majority experiencing moderate to

severe pain. This was followed by repositioning and oral care (Median = 5, IQR: 4–6), where most patients reported mild pain. Several factors such as RASS score, gender, primary diagnosis, invasive ventilation method, and the use of analgesics were significantly associated with pain during nursing care ($p < 0.05$).

Keywords: Pain status, behavioral pain scale, mechanically ventilated patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá đau là một trong những vấn đề cốt lõi trong chăm sóc người bệnh tại các đơn vị hồi sức tích cực (HSTC). Quản lý đau không hiệu quả có thể gây ra những tác động tiêu cực đến người bệnh như rối loạn chức năng sinh lý, ảnh hưởng tâm lý, kéo dài thời gian hồi phục và làm giảm chất lượng chăm sóc¹. Phần lớn người bệnh thở máy thường phải trải qua những cơn đau, ngay cả khi nghỉ ngơi do chính tình trạng bệnh của họ, do các thủ thuật xâm lấn, hoặc trong các quy trình chăm sóc điều dưỡng. Thay đổi tư thế, hút đờm cũng như chăm sóc răng miệng là một trong các nguyên nhân dẫn đến đau ở nhóm người bệnh này². Nghiên cứu chỉ ra rằng tình trạng đau ở người bệnh HSTC chiếm từ 58% đến 77%³. Mặc dù vậy, việc đánh giá và quản lý đau ở nhóm người bệnh này vẫn còn nhiều hạn chế do thiếu các công cụ đánh giá đau phù hợp cho những người bệnh không thể giao tiếp bằng lời.

Thang điểm đánh giá mức độ đau dựa trên hành vi (BPS) đã được phát triển và sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia để khắc phục khó khăn này, BPS có độ tin cậy và tính nhất quán cao trong việc đánh giá đau ở người bệnh thở máy xâm nhập⁴. Hiện tại, khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực (CC và HSTC)- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội vẫn chưa thường xuyên sử dụng công cụ này để nhận định tình trạng đau trong khi chăm sóc nhóm đối tượng này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả tình trạng đau bằng thang điểm BPS trong quá trình chăm sóc răng miệng, hút*

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024