

- 152: p. e138-e143.
5. **Khairat, A. and M. Waseem, Epidural Hematoma**, in StatPearls. 2021: Treasure Island (FL).
 6. **Jeong, Y.H., J.W. Oh, S. Cho, et al.** Clinical Outcome of Acute Epidural Hematoma in Korea: Preliminary Report of 285 Cases Registered in the Korean Trauma Data Bank System. Korean J Neurotrauma. 2016. 12(2): p. 47-54.
 7. **Lee, E.J., Y.C. Hung, L.C. Wang, et al.** Factors influencing the functional outcome of patients with acute epidural hematomas: analysis of 200 patients undergoing surgery. J Trauma. 1998. 45(5): p. 946-52.
 8. **Seung - Kyu Park, M.D.J.-D.L., M.D; Gyung - Bae Song, M.D; Yong - Su Kim, M.D; Sin-Gil Yim, M.D; Kyu-Yong Cho, M.D.** The operation of Acute Epidural Hematoma Through Small Craniotomy: Technical Note. J Korean Neurosurg Soc. 2003. 33: p. 108-110.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN NĂM 2024

Nguyễn Minh An¹, Ngô Trung Kiên²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả 830 bệnh nhân được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm điều trị sỏi thận tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ năm 2023 – 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang 830 bệnh nhân được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ năm 2023 - 2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 50,6 ± 6,9 tuổi; Nam chiếm 65,3%, Nữ chiếm 34,7%; Tiền sử mổ mở lấy sỏi thận: 65/830 bệnh nhân (chiếm 7,8%); Kích thước sỏi trung bình trên cắt lớp vi tính là: 24,5 ± 9,8 mm; Vị trí sỏi: Bể thận 50,7%, sỏi đài dưới 9,6%, sỏi đài trên 13,5%, sỏi phức hợp 21,7, sỏi san hô 4,5%; Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng theo phân độ của Clavien – Dindo là 792/830 bệnh nhân (chiếm 95,4%), độ I chiếm 2,7%, độ II chiếm 1,7%, có 2 bệnh nhân biến chứng độ III chiếm 0,2%; Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 ngày là: 89,8%, Kết quả chung sau phẫu thuật: Tốt chiếm 91,6%, trung bình chiếm 8,2%, xấu chiếm 0,2%. **Kết luận:** Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp điều trị sỏi thận an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao 89,8% và tỷ lệ biến chứng thấp 4,6%.

SUMMARY

EVALUATE OUTCOMES OF PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY UNDER ULTRASOUND GUIDANCE AT XANH PON HOSPITAL IN 2024

Objective: To evaluate the result of percutaneous nephrolithotomy (PCNL) under ultrasound guidance in 830 patients at Xanh Pon Hospital from 2023 to 2024. **Method:** Descriptive cross-sectional study of 830 patients who underwent PCNL under ultrasound guidance at Xanh Pon Hospital

from 2023 to 2024. **Results:** Average age: 50.6 ± 6.9 years; Male: 65.3%, Female: 34.7%; History of prior open stone surgery: 65/830 patients (7.8%); Mean stone size on CT scan: 24.5 ± 9.8 mm; Stone location: Renal pelvis 50.7%, Lower calyx 9.6%, Upper calyx 13.5%, Complex stones 21.7%, Staghorn stones 4.5%; Rate of patients without complications according to Clavien – Dindo classification: 792/830 patients (95.4%), Grade I 2.7%, Grade II 1.7%, 2 patients had Grade III complications (0.2%); Stone clearance rate at 3 days: 89.8%; Overall surgical outcomes: Excellent 91.6%, Fair 8.2%, Poor 0.2%. **Conclusion:** Ultrasound-guided percutaneous nephrolithotomy was a safe and effective method for the treatment of kidney stones, with a high stone clearance rate of 89.8% and a low complication rate of 4.6%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường tiết niệu là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Tại Khoa Tiết niệu Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, hàng năm có khoảng hơn 1000 trường hợp bệnh nhân sỏi tiết niệu đến khám và điều trị, trong đó, sỏi thận chiếm khoảng 40-50%.

Sỏi thận gây ra nhiều hậu quả nặng nề về kinh tế xã hội cũng như ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người dân trên toàn thế giới. Ngoài việc gây ra nhiều biến chứng như: nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận... sỏi thận còn là nguyên nhân gây ra tử vong của 19.000 người mỗi năm trên toàn thế giới tính từ năm 1990 – 2010 [6]. Vì vậy, sỏi thận cần phải được phát hiện sớm để có các biện pháp điều trị thích hợp [1], [2].

Trong những năm gần đây, tán sỏi thận qua da (PCNL) đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, tán sỏi qua da với đường hầm tiêu chuẩn cũng có tỷ lệ biến chứng chảy máu và mức độ ảnh hưởng tới nhu mô thận khá cao. Tán sỏi qua da với đường hầm nhỏ giúp giảm thiểu những biến chứng này, giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện. Nhằm có

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

những luận cứ khoa học về hiệu quả của phương pháp điều trị trên ở thời điểm hiện tại, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng tán sỏi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Xanh pôn năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu 830 trường hợp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024 tại khoa Tiết niệu Bệnh viện Xanh Pôn.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận
- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Thận ứ nước, mất chức năng
- Bệnh nhân suy thận, suy tim, suy hô hấp.
- Bệnh nhân bị đái đường.
- Bệnh nhân có rối loạn yếu tố đông máu.
- Bệnh nhân có thai.
- Bệnh nhân gù vẹo cột sống
- Bệnh nhân phình động mạch chủ bụng, phình động mạch thận.
- Không có dự định về giải phẫu của thận niệu quản.

2.2. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu chính

- Kích thước sỏi: Kích thước sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là kích thước lớn nhất của sỏi đo được trên siêu âm và cắt lớp vi tính, đơn vị là mm và chia ra các mức < 2 cm, từ 2– 3 cm và > 3 cm

- Biến chứng trong và sau mổ: Các biến chứng trong và sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ được phân loại theo Clavien – Dindo. Theo phân loại này biến chứng được chia làm 5 độ:

+ Độ I: Gồm các biến chứng không cần phải điều trị nội khoa, phẫu thuật, can thiệp nội soi và chẩn đoán hình ảnh. Các chế độ điều trị có thể cho phép là: Các thuốc chống nôn, thuốc hạ sốt, thuốc giảm đau, thuốc lợi tiểu, điện giải và vật lý trị liệu. Độ này cũng gồm các trường hợp nhiễm trùng vết mổ

+ Độ II: Gồm các biến chứng phải yêu cầu điều trị nội khoa với các thuốc khác với các thuốc ở biến chứng độ I, phải truyền máu hoặc nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch.

+ Độ III: Gồm các biến chứng phải yêu cầu phẫu thuật hoặc các can thiệp nội soi hoặc can

thIỆP chẩn đoán hình ảnh. Độ III được chia làm 2 mức:

IIIa: Gồm các can thiệp không cần gây mê.

IIIb: Gồm các can thiệp cần gây mê.

+ Độ IV: Gồm các biến chứng có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân và yêu cầu phải điều trị tích cực hoặc hồi sức tích cực:

IVa: Suy chức năng của một tạng.

IVb: Suy chức năng của nhiều tạng.

- Độ V: Bệnh nhân tử vong.

- Kết quả chung sau phẫu thuật: Theo tiêu chuẩn từ nghiên cứu của PGS Hoàng Long năm 2017 [1], được chia các mức

+ Tốt: Tán vụn và sạch sỏi; Không có tổn thương đài bể thận; Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật; Xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu sau mổ trong giới hạn bình thường.

+ Trung bình: Tán vụn và sạch sỏi: Còn sỏi có đường kính > 3mm; Có tổn thương đài bể thận nhưng không cần can thiệp; Có chảy máu nhưng không cần truyền máu; Xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu các chỉ số trong giới hạn cho phép.

+ Xấu: Không tán được sỏi; Chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở; Tổn thương tạng; Có các biến chứng nặng: tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, ngộ độc nước; Xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu có thay đổi lớn gây nguy hiểm cho bệnh nhân, phải truyền máu; Tử vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình: $50,6 \pm 6,9$ tuổi
- Tỷ lệ Nam/Nữ: Nam chiếm 65,3%, Nữ chiếm 34,7%
- Tiền sử mổ mở lấy sỏi thận: 65/830 bệnh nhân (chiếm 7,8%)

Bảng 3.1. Đặc điểm của sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính

Chỉ số nghiên cứu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thận có sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính		
Thận phải	350	42,2
Thận trái	408	49,2
2 bên	72	8,7
Kích thước sỏi trên chụp cắt lớp vi tính		
< 2 cm	173	20,8
2-3 cm	480	57,8
> 3 cm	177	21,3
Vị trí sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính		
Sỏi bể thận đơn thuần	421	50,7
Sỏi đài trên	112	13,5
Sỏi đài dưới	80	9,6
Sỏi phức hợp	180	21,7
Sỏi san hô	37	4,5

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 350 bệnh nhân sỏi thận phải (chiếm 42,2%), có 72/830 bệnh nhân sỏi thận 2 bên (chiếm 8,7%)

- Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $24,5 \pm 9,8$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 62 mm và nhỏ nhất là 14 mm. Nhóm sỏi có kích thước từ > 2 cm có 657/830 bệnh nhân (chiếm 79,2%).

- Tỷ lệ bệnh nhân sỏi bể thận đơn thuần là 50,7%, sỏi san hô là 4,5% và có 80 bệnh nhân sỏi đài dưới (chiếm 9,6%)

3.2. Kết quả sau tán sỏi thận qua da

Bảng 3.2. Tỷ lệ biến chứng phân loại Clavien – Dindo

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Không	792	95,4
Độ I	22	2,7
Độ II	14	1,7
Độ III	2	0,2
Tổng	830	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân không có biến chứng theo phân độ của Clavien – Dindo là 792/830 bệnh nhân (chiếm 95,4%), có 2 bệnh nhân biến chứng độ III chiếm 0,2%

Bảng 3.3. Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ 3 ngày

Kết quả sạch sỏi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Sạch sỏi	745	89,8
Không sạch sỏi	85	10,2
Tổng	830	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ sạch sỏi 3 ngày sau phẫu thuật là 89,8 %, tỷ lệ không sạch sỏi là 10,2%

Bảng 3.4. Kết quả chung sau phẫu thuật

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tốt	760	91,6
Trung bình	68	8,2
Xấu	12	0,2
Tổng	830	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 760/830 bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật (chiếm 91,6%), kết quả trung bình chiếm 8,2%, kết quả xấu chiếm 0,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của sỏi trên phim chụp cắt lớp vi tính. Các đặc điểm của sỏi như kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí của sỏi... ảnh hưởng rất nhiều đến tính hiệu quả cũng như tính an toàn của TSQD. Kích thước trung bình của sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi được đo trên cắt lớp vi tính và kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu là $24,5 \pm 9,8$ mm, trong đó nhóm sỏi có kích thước < 2 cm có 173/830 bệnh nhân (chiếm 20,8%), nhóm sỏi từ 2 – 3cm có 480/830 bệnh nhân (chiếm

57,8%), nhóm > 3 cm có 177/830 bệnh nhân (chiếm 21,3%).

Theo Kiều Đức Vinh [4], kích thước sỏi trung bình 39 ± 13 mm. Theo Nguyễn Minh Thiện [3],. Kích thước sỏi trung bình là $15,05 \pm 3$ mm (10 - 20).

Theo Wei Hong Lai [7], trong nghiên cứu 1000 bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi qua da cho thấy kích thước sỏi trung bình là $30,5 \pm 2,0$ mm. trong đó có 200 bệnh nhân có kích thước sỏi > 50 mm. Theo Shun Kai Chang [8], trong nghiên cứu 216 bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ không có dẫn lưu thận, kích thước sỏi trung bình là $36,0 \pm 2,1$ mm

Vị trí của sỏi là một yếu tố ảnh hưởng đến việc lựa chọn vị trí chọc dò để tạo đường hầm tán sỏi, ngoài ra sỏi ở các đài cũng là một yếu tố gây khó khăn cho quá trình tán sỏi so với sỏi ở bể thận. Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 421/830 bệnh nhân sỏi ở bể thận (chiếm 50,7%), 112/6/830 bệnh nhân chỉ có sỏi ở đài trên (chiếm 13,5%), đài dưới có 80 bệnh nhân chiếm 9,6%, sỏi phức hợp chiếm 21,7% và 4,5% bệnh nhân có sỏi san hô.

Theo Nguyễn Phúc Cầm Hoàng [2], sỏi đài dưới chiếm 20,5%, sỏi đài giữa chiếm 9,1%, sỏi đài trên chiếm 2,3%, sỏi bể thận khúc nối chiếm 59,1% và Sỏi bể thận + đài dưới chiếm 9,1%. Và tác giả cho rằng, vị trí và kích thước của sỏi liên quan đến kết quả điều trị tán sỏi qua da đường hầm nhỏ. Theo nghiên cứu của Hoàng Long [1], tỷ lệ sỏi bể thận đơn thuần chiếm 48,0%, sỏi đài bể thận là 32,0% và 20% sỏi thận đài dưới.

4.2. Biến chứng sớm sau tán sỏi. Theo hầu hết các tác giả, chảy máu là biến chứng hay gặp nhất trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da, tỷ lệ tùy từng tác giả công bố. Nguyên nhân do tổn thương nhu mô thận, tĩnh mạch và động mạch khi thực hiện chọc dò, nong đường hầm vào thận. Những trường hợp nhẹ như chảy máu nhu mô thận, chảy máu do xước niêm mạc đài bể thận, các chảy máu tĩnh mạch nhỏ... đều có thể tự cầm máu, một số trường hợp tổn thương động mạch phải can thiệp gây tắc mạch chọn lọc hoặc chuyển mổ mở khâu cầm máu [1], [8].

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tổng tỷ lệ biến chứng theo phân loại Clavien là 4,6%, trong đó có 22 bệnh nhân (chiếm 2,7%) sau mổ xuất hiện sốt và phải thay kháng sinh (độ I theo phân loại Clavien), có 14 bệnh nhân (chiếm 1,7%) có chảy máu thứ phát sau mổ, biểu hiện bằng nước tiểu qua sonde niệu đạo có màu đỏ, tuy nhiên trường hợp này không cần phải can thiệp gì, bệnh nhân được hướng dẫn nằm nghỉ

tại giường và nước tiểu trong trở lại sau 2 ngày điều trị.

Theo Hồ Trường Thắng [5], Kết quả ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật, phân loại theo Clavien – Dindo: loại 1 xảy ra ở 12 trường hợp (tiểu máu, rối loạn điện giải) chiếm 17,1%; loại 2 xảy ra ở 9 trường hợp (truyền máu sau phẫu thuật, nhiễm trùng niệu) chiếm 12,8%. Không có biến chứng Clavien – Dindo loại 3, 4, 5.

Theo Nguyễn Minh Thiện [4], Kết quả cho thấy có 4% chảy máu sau mổ, 4% nhiễm trùng tiết niệu nặng và 16/50 bệnh nhân có biến chứng sỏi ket niệu quản (chiếm 32%), những bệnh nhân này có biểu hiện đau, sốt phải nhập viện lại và lấy sỏi niệu quản bổ sung, lý giải cho vấn đề này tác giả cho rằng nguyên nhân do kích thước sỏi trong nghiên cứu lớn (kích thước trung bình là 18,96mm)

Theo Shun Kai Chang [8], tỷ lệ truyền máu sau phẫu thuật là 1,4%, Sốt sau phẫu thuật là 10,6%, nhiễm trùng huyết 1,4%

Như vậy, TSQD qua đường hầm nhỏ là một phương pháp đảm bảo được tính an toàn trong điều trị sỏi thận. Các tác giả đều thống nhất rằng, tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn với nhiều ưu điểm và các ưu điểm đó là do đường hầm vào thận nhỏ. Các nghiên cứu cũng đã chỉ ra rằng, đường vào thận ảnh hưởng đến mức độ chảy máu của phẫu thuật lấy sỏi thận qua da kích thước đường vào thận càng lớn thì khả năng chảy máu thận càng nhiều [2], [7], [8].

4.3. Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi qua da. Tỷ lệ sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng TSQD qua đường hầm tiêu chuẩn và TSQD qua đường hầm nhỏ là những phương pháp điều trị sỏi thận có tỷ lệ sạch sỏi rất cao. Tỷ lệ sạch sỏi được xác định là khi không còn mảnh sỏi hoặc mảnh sỏi ≤ 4 mm trên siêu âm sau mổ kết hợp chụp X quang hệ tiết niệu sau mổ 3 ngày.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, kết quả sau chụp x quang sau tán sỏi 3 ngày có 745/830 bệnh nhân đạt được sạch sỏi hoàn toàn (chiếm 89,8%) và 85/830 bệnh nhân còn các mảnh sỏi nhỏ (chiếm 10,2%). Tỷ lệ sạch sỏi sau tán sỏi trong nghiên cứu của tác giả Hồ Trường Thắng [5] là 70,4%, theo Joo Yong Lee [6], kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sạch sỏi hoàn toàn là 85,2%.

Như vậy tỷ lệ sạch sỏi trong các nghiên cứu đã báo cáo thay đổi rất nhiều có thể do một số nguyên nhân như: kích thước sỏi trong các nghiên cứu rất khác nhau, tiêu chuẩn sạch sỏi và

phương tiện chẩn đoán hình ảnh để xác định sạch sỏi. Ngoài ra, để đạt được sạch sỏi sau mổ còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như: Kích thước sỏi, số lượng và vị trí của sỏi, BMI của bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên... vì vậy việc so sánh tỷ lệ sạch sỏi giữa các nghiên cứu cũng trở nên khó khăn.

Về nguyên nhân sỏi sỏi trong tán sỏi qua da theo chúng tôi là do khi tán sỏi các mảnh vụn văng ra và có thể di chuyển vào một đài thận mà góc tạo nên với máy soi thận không cho phép gặp được sỏi. Một số tác giả cho rằng đối với những trường hợp như vậy nên để 1 tuần, sau khi đường hầm ra da được tạo thành thì tiến hành soi thận lần 2 để gặp sỏi, nếu lần 2 không lấy được thì tiến hành tán sỏi ngoài cơ thể [2], [3].

4.4. Kết quả chung sau phẫu thuật. Kết quả chung sau phẫu thuật chúng tôi áp dụng theo tiêu chuẩn từ nghiên cứu của Hoàng Long năm 2016 [1], được chia 3 mức Tốt, Trung bình và Xấu. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 760/830 bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật (chiếm 91,6%), có 68/830 bệnh nhân kết quả trung bình (chiếm 8,2%) và có 2 bệnh nhân đạt kết quả xấu (chiếm 0,2%)

Theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [2], Kết quả nghiên cứu cho thấy: Tốt (sạch sỏi hoặc còn một mảnh sỏi < 5 mm) có 100 bệnh nhân (chiếm 60,6%), Khá (còn 2-3 mảnh sỏi < 5 mm) có 20 bệnh nhân (chiếm 12,1%), Trung bình (còn mảnh sỏi ≥ 5 mm hoặc trên 3 mảnh sỏi < 5 mm) có 45 bệnh nhân (chiếm 27,3%). Theo Nguyễn Đình Xướng [30], Kết quả chung trong nghiên cứu tốt chiếm 66,2%, khá chiếm 12,0% và kết quả trung bình chiếm 10,9%

Theo Shun Kai Chang [8], Kết quả cho thấy: tỷ lệ truyền máu sau phẫu thuật là 1,4%, Sốt sau phẫu thuật là 10,6%, nhiễm trùng huyết 1,4%. Tất cả các sỏi đích đều được loại bỏ và tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật là 100%. Tác giả kết luận rằng tán sỏi qua da không có dẫn lưu thận là phương pháp hiệu quả, an toàn, giảm thiểu được các biến chứng khó chịu do ống dẫn lưu thận gây ra.

Kết quả của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả ngoài nước. Các tác giả cũng nhận định rằng do tính ưu việt của TSQD so với phẫu thuật mở về sự an toàn, dễ sử dụng, có thể đạt được tỷ lệ sạch sỏi cao cho bệnh nhân sỏi thận, bao gồm cả những bệnh nhân sỏi thận tái phát [3], [4], [5], [6].

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là phương pháp điều trị

sỏi thận an toàn và hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao 89,8% và tỷ lệ biến chứng thấp 4,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long và CS** (2016), "Kết quả tán sỏi thận qua da bằng holmium laser tại bệnh viện đại học Y Hà Nội", Y học Việt Nam. 445, tháng 8, số đặc biệt, tr. 62-71.
2. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Lê Trọng Khôi** (2016), "Đánh giá kết quả và độ an toàn của phẫu thuật lấy sỏi qua đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận đơn giản", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, trang 38-43.
3. **Nguyễn Minh Thiện, Lê Tuấn Khuê, Phạm Thế Anh** (2015), "Tán sỏi thận qua da bằng kim nhỏ (Microperc) thực hiện tại Medic", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, 105-110.
4. **Kiều Đức Vinh, Trần Các, Trần Đức** (2015), "Kết quả phẫu thuật lấy sỏi thận qua da tại bệnh viện 108", Y học TP. Hồ Chí Minh, số 4, 111-116.
5. **Hồ Trường Thắng** (2015), Đánh giá hiệu quả phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội
6. **Joo Yong Lee, Kyu Hyun Kim, Man Deuk Kim, et al** (2014). "Intraoperative patient selection for tubeless percutaneous nephrolithotomy". Int Surg, 99, 662-668
7. **Wei-Hong Lai, Yeong-Chin Jou, Ming-Chin Cheng, et al** (2017). "Tubeless percutaneous nephrolithotomy: Experience of 1000 cases at a single institute". Urological Science, 28, 23-26.
8. **Shun-Kai Chang, Ian-Seng Cheong, Ming-Chin Cheng, Yeong-Chin Jou, Chia-Chun Chen** (2015), "Pressure compression of the cccess tract for tubeless percutaneous nephrolithotomy". Urol Sci, 30, 19-23.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ U LYMPHO TẾ BÀO B LỚN LAN TỎA NGUYÊN PHÁT TINH HOÀN

Đỗ Huyền Nga¹, Nguyễn Thanh Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả chùm ca bệnh tiến hành trên 14 bệnh nhân chẩn đoán là u lympho không Hodgkin tế bào B lớn lan tỏa nguyên phát tinh hoàn được điều trị bằng phác đồ RCHOP + MTX và xạ trị tinh hoàn đối bên tại khoa Nội Huyết Bệnh viện K từ 05/2019 – 10/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung vị 62; Các bệnh nhân hầu hết PS=0 (71,4%). Đa số các bệnh nhân ở giai đoạn 1 chiếm 57%. Thể giải phẫu bệnh dưới típ không tâm mầm chiếm 85,7%. Tất cả bệnh nhân đều đạt đáp ứng trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn tại thời điểm giữa kì là 78,6% và tại thời điểm cuối kì đạt 100%. Tỉ lệ gặp độc tính hạ bạch cầu độ 3-4 chiếm 21,4%; hạ bạch cầu có sốt chiếm 14,3%; tỉ lệ tái hoạt virus viêm gan B chiếm 7,1%; độc tính tiêu hóa chiếm 14,3%; độc tính suy thận độ 1 gặp ở 14,3%, tỉ lệ tăng men gan độ 3 chiếm 14,3% và tỉ lệ viêm phổi chiếm 7,1%. **Kết luận:** Phác đồ RCHOP + MTX dự phòng thâm nhiễm thần kinh trung ương và xạ trị tinh hoàn đối bên có hiệu quả cao và tính an toàn chấp nhận được trong điều trị u lympho nguyên phát tinh hoàn.

Từ khóa: ULPNPTH (u lympho không Hodgkin tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn).

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF PRIMARY TESTICULAR DIFFUSE LARGE B CELL LYMPHOMA

Objective: To evaluate the treatment results of primary testicular large B-cell non-Hodgkin lymphoma. **Subjects and methods:** A Case series descriptive study was conducted on 14 patients diagnosed with primary testicular B-cell non-Hodgkin lymphoma treated with the RCHOP + MTX regimen and contralateral testicular radiotherapy at the Hematologic Oncology Department, K Hospital from May 2019 to October 2024. **Results:** Patients had a median age of 62 years; Most patients had PS=0 (71.4%). Most patients were in stage 1, accounting for 57%. The pathology of the non-germinal center type accounted for 85.7%. All patients achieved response, with a complete response rate of 78.6% at interim and 100% at end-of-treatment. The incidence of grade 3-4 leukopenia was 21.4%; febrile leukopenia was 14.3%; hepatitis B virus reactivation was 7.1%; gastrointestinal toxicity was 14.3%; renal failure was grade 1 in 14.3%, grade 3 liver enzyme elevation was 14.3% and pneumonia was 7.1%. **Conclusion:** The RCHOP + MTX regimen for prevention of central nervous system infiltration and contralateral testicular radiotherapy is highly effective and has acceptable safety in the treatment of primary testicular lymphoma. **Keywords:** PTL (primary testicular large B-cell non-Hodgkin lymphoma).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U lympho tế bào B lớn nguyên phát tinh hoàn có liên quan đến tiên lượng xấu, tăng nguy cơ xâm lấn vào hệ thần kinh trung ương (CNS)

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tùng

Email: leonguyenthantung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024