

Ohgaki H eds. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014; 44-56.

5. **Sivanesaratnam V, Dutta R, Jayalakshmi P.** Ovarian fibroma--clinical and histopathological characteristics. *Int J Gynaecol Obstet.* 1990 Nov;33(3):243-7. doi: 10.1016/0020-7292(90)90009-a. PMID: 1977643.

6. **Topalak O, Saygili U, Soy Turk M, Karaca N, Batur Y, Uslu T, Erten O.** Serum, pleural effusion, and ascites CA-125 levels in ovarian cancer and nonovarian benign and malignant diseases: a comparative study. *Gynecol Oncol.* 2002 Apr;85(1):108-13. doi: 10.1006/gyno.2001.6575. PMID: 11925128.

NGHIÊN CỨU TỶ LỆ TAI BIẾN, BIẾN CHỨNG CỦA TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TÁI PHÁT

Nguyễn Minh An¹, Bùi Hoàng Thảo²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tái phát. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** biến chứng trong mổ gặp 5 bệnh nhân, trong đó có 3 bệnh nhân có chảy máu phải truyền máu trong mổ (chiếm 4,0%) và 2 bệnh nhân chuyển mổ mở (chiếm 2,7%). Tỷ lệ biến chứng sau tán sỏi là 17,3%, trong đó có 3 bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật và 1 bệnh nhân tụt dẫn lưu (chiếm 1,3%) và 7 bệnh nhân có biểu hiện chảy máu thứ phát sau phẫu thuật (chiếm 9,3%). Tỷ lệ biến chứng phân loại Clavien – Dindo: độ I là 11/75 bệnh nhân (chiếm 14,7%), biến chứng độ II là 2 bệnh nhân (chiếm 2,7%). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận tái phát với tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật là 5/75 bệnh nhân (chiếm 6,7%). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 13/75 bệnh nhân (chiếm 17,3%)

SUMMARY

COMPLICATIONS RATE OF mini PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY TREATMENT OF RECURRENT KIDNEY STONE

Objective: To study the rate of complications of mini percutaneous nephrolithotomy (mini PCNL) treatment of recurrent kidney stones. **Methods:** Cross-sectional Description. **Results:** Intraoperative complication encountered 5 patients, of which 3 patients had bleeding intraoperative needed blood transfusion (4.0%) and 2 patients were converted to open surgery (2.7%). The rate of postoperative complication was 17.3%, of which: 3 patients had fever, 1 patient had drainage failure (1.3%) and 7 patients had postoperative bleeding (was 9.3%). The rate of complications classified by Clavien - Dindo: grade I was 11/75 patients (was 14.7%), grade II was

2 patients (2.7%). **Conclusion:** The results of the study showed that mini PCNL is a safe and effective method in the treatment of recurrent kidney stones with intraoperative complication was 6,7% with 5/75 patients. The rate of postoperative complication was 17.3% with 13/75 patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến và hay tái phát, tỷ lệ mắc bệnh từ 1 - 14% dân số tùy từng vị trí địa dư, trong sỏi tiết niệu sỏi thận gặp với tỷ lệ 40%. Bệnh gây nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động, đồng thời tổn kém trong điều trị. [1], [2], [3].

Trước năm 1980, ở Việt Nam mổ mở là cách duy nhất trong điều trị ngoại khoa bệnh sỏi tiết niệu. Gần đây, nhờ sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh và phương tiện nội soi đã tạo nên một cuộc cách mạng trong điều trị sỏi thận, đặc biệt là tán sỏi qua da đã làm cho chỉ định mổ mở trong điều trị sỏi thận được thu hẹp dần và đôi khi chỉ là giải pháp cuối cùng khi các phương pháp ít xâm lấn thất bại hoặc không thể áp dụng. Ưu điểm của phương pháp này là ít sang chấn, là ít đau, ít tàn phá trên cơ thể và hệ tiết niệu khi can thiệp, rút ngắn thời gian hậu phẫu và thời gian phục hồi sức khỏe của bệnh nhân [2]. Tuy nhiên, tỉ lệ biến chứng chung của tán sỏi qua da đường hầm tiêu chuẩn còn khá cao, thường thấy nhất là chảy máu do tổn thương nhu mô thận và các cấu trúc lân cận. Các biến chứng của tán sỏi qua da thường liên quan đến vị trí và kích thước của dụng cụ nong đường hầm vào thận. Để nâng cao độ an toàn của tán sỏi qua da các tác giả có xu hướng sử dụng các dụng cụ nong đường hầm vào thận có kích thước nhỏ hơn. Hơn nữa, đối với những trường hợp sỏi thận tái phát sau can thiệp ngoại khoa thì tổ chức xơ quanh thận và những biến đổi về giải phẫu của hệ thống đài bể thận sau mổ mở lấy sỏi có thể gây ra khó khăn cho quá trình nong tạo đường hầm cũng như cần phải sử dụng

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Bệnh viện Xanh pôn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022

hiều đường hầm hơn trong quá trình tán sỏi [1], [3].

Hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đã có rất nhiều nghiên cứu chứng minh tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ là một phương pháp có tính hiệu quả và an toàn cao trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá tính an toàn của tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ chuyên biệt điều trị sỏi thận tái phát. Xuất phát từ những vấn đề trên, để ứng dụng những tiến bộ của thế giới và có những luận cứ khoa học về phương pháp điều trị này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu tỷ lệ tai biến, biến chứng của phương pháp tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tái phát tại bệnh viện Xanh Pôn*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là sỏi thận tái phát và được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Xanh Pôn

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận tái phát (Bệnh nhân có tiền sử can thiệp lấy sỏi thận bằng các phương pháp mổ nội soi sau phúc mạc, tán sỏi ngoài cơ thể hoặc mổ mở)

- Được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm

- 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 nặng

- Bệnh nhân bị đái tháo đường chưa điều trị ổn định

- Bệnh nhân có rối loạn đông máu

- Bệnh nhân có thai

- Bệnh nhân có phình động mạch chủ bụng, phình – hẹp động mạch thận

- Bệnh nhân có dị tật hệ tiết niệu: thận lạc chỗ, thận móng ngựa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện là tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tuổi bệnh nhân: được tính từ khi vào viện trừ đi năm sinh và được chia ra các khoảng < 40 tuổi, 41 - 50 tuổi, 51 - 60 tuổi, 61-70 tuổi và > 70 tuổi

- Giới: Nam và Nữ

- Khai thác tiền sử điều trị sỏi thận của bệnh nhân: Phẫu thuật mở, tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi sau phúc mạc, tán sỏi qua da

- Các tai biến trong phẫu thuật:

+ Thất bại không tiến hành được tán sỏi

+ Không chọc dò tạo đường hầm dài bề thận

+ Chọc dò nông tạo đường hầm lạc đường, thủng rách bề thận, cổ dài, vách dài, nhu mô trong quá trình phẫu thuật.

+ Tụ dịch, tụ máu hố thận, thủng rách tràn dịch tràn máu tràn khí màng phổi.

+ Chảy máu trong phẫu thuật phải dừng hoặc chuyển phương pháp phẫu thuật, tịt ống Amplatz, dây dẫn...

+ Thất bại chuyển mổ mở, tỷ lệ chuyển mổ mở.

- Các biến chứng sau mổ: chảy máu, nhiễm trùng, rò nước tiểu...

- Biến chứng 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 [4]:

2.5. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu. Số liệu thu thập theo các nội dung nghiên cứu đã nêu gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 theo các thuật toán thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình của bệnh nhân là 53,42 ± 11,1 tuổi thấp nhất của bệnh nhân là 32 tuổi, cao nhất là 83 tuổi.

- Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,54/1.

Bảng 3.1. Vị trí sỏi trên chẩn đoán hình ảnh

| Vị trí sỏi | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|-----------|------------|
| Bề thận đơn thuần | 26 | 34,7 |
| Đài trên | 12 | 16,0 |
| Đài giữa | 10 | 13,3 |
| Đài dưới | 10 | 13,3 |
| Sỏi phức hợp | 17 | 22,7 |
| Tổng | 75 | 100 |

Bảng 3.2. Kích thước sỏi trên chẩn đoán hình ảnh

| Kích thước sỏi | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------|-----------|------------|
| < 2 cm | 16 | 21,3 |
| 2-3 cm | 44 | 58,7 |
| > 3 cm | 15 | 20,0 |
| Tổng | 75 | 100 |

Bảng 3.3. Diện tích bề mặt sỏi

| Diện tích bề mặt | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--|----------|-----------|
| < 200mm ² | 24 | 21,3 |
| 200 mm ² - < 300mm ² | 32 | 42,7 |

| | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| > 300 mm ² | 19 | 25,3 |
| Tổng | 75 | 100 |

3.2. Tai biến, biến chứng sau tán sỏi

Bảng 3.4. Tai biến trong phẫu thuật.

| Tai biến | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------|----------|------------|
| Chảy máu | 3 | 4,0 |
| Chuyển mổ mở | 2 | 2,7 |
| Tổng | 5 | 6,7 |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy biến chứng trong mổ gặp 5 bệnh nhân, trong đó có 3 bệnh nhân có chảy máu phải truyền máu trong mổ (chiếm 4,0%) và 2 bệnh nhân chuyển mổ mở (chiếm 2,7%)

Bảng 3.5. Biến chứng sau phẫu thuật.

| Biến chứng | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-----------|-------------|
| Chảy máu | 7 | 9,3 |
| Sốt | 3 | 4,0 |
| Sốc nhiễm trùng | 2 | 2,7 |
| Tụt dẫn lưu | 1 | 1,3 |
| Tổng | 13 | 17,3 |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ biến chứng sau tán sỏi là 17,3%, trong đó có 3 bệnh nhân có sốt sau phẫu thuật và 1 bệnh nhân tụt dẫn lưu (chiếm 1,3%) và 7 bệnh nhân có biểu hiện chảy máu thứ phát sau phẫu thuật (chiếm 9,3%)

Bảng 3.6. Tỷ lệ biến chứng phân loại Clavien – Dindo

| Mức độ | Số lượng | Tỷ lệ % |
|------------------|-----------|------------|
| Không biến chứng | 62 | 82,7 |
| Độ I | 11 | 14,7 |
| Độ II | 2 | 2,7 |
| Tổng | 75 | 100 |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 13/75 bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó tỷ lệ biến chứng độ I là 11/75 bệnh nhân (chiếm 14,7%), biến chứng độ II là 2 bệnh nhân (chiếm 2,7%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 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 tán sỏi qua da. 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 $24,9 \pm 9,6$ mm, trong đó nhóm sỏi có kích thước < 2 cm có 16/75 bệnh nhân (chiếm 21,3%), nhóm sỏi từ 2-3 cm có 44/75 bệnh nhân (chiếm 58,7%), nhóm > 3 cm có 15/75 bệnh nhân (chiếm 20,0%)

Theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [2], Kết quả

nghiên cứu cho thấy 120 bệnh nhân sỏi thận bên phải (chiếm 49,8%), 121 bệnh nhân sỏi thận bên trái (chiếm 50,2%). Kích thước sỏi trung bình là 18,09 mm, bé nhất là 7 mm và to nhất là 60 mm

Theo Nguyễn Đình Bắc[1], Trong nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị sỏi thận tái phát bằng tán sỏi thận qua da. Kết quả nghiên cứu cho thấy kích thước trung bình của sỏi trên siêu âm là $19,8 \pm 6,70$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 38mm và nhỏ nhất là 11 mm. Kích thước trung bình của sỏi trên cắt lớp vi tính là $20,97 \pm 7,82$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 43 mm và nhỏ nhất là 10mm.

Theo Wei Hong Lai [5], 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.

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 26/75 bệnh nhân sỏi ở bể thận (chiếm 34,7%), 12/75 bệnh nhân chỉ có sỏi ở đài trên (chiếm 16,0%), đài dưới có 10/75 bệnh nhân và 17/75 bệnh nhân vừa có sỏi ở đài thận vừa có sỏi ở bể thận. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi vừa có sỏi ở đài thận và bể thận là một yếu tố gây khó khăn cho việc lựa chọn vị trí tạo đường hầm tán sỏi cũng như quá trình tán sỏi.

Theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [2], Kết quả cho thấy vị trí sỏi trong nghiên cứu là: 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.

4.2. Tai biến trong tán sỏi. Từ thập niên 1980 của thế kỷ trước, tán sỏi qua da qua đường hầm tiêu chuẩn đã trở thành kỹ thuật điều trị tiêu chuẩn cho sỏi thận lớn (> 20 mm). Đường hầm vào thận tiêu chuẩn là 24-30 Fr. Phương pháp này đã chứng minh được tính hiệu quả cũng như tính an toàn trong điều trị sỏi thận. Tuy nhiên, tán sỏi qua da qua đường hầm tiêu chuẩn vẫn là phẫu thuật thử thách và có biến chứng đáng kể, theo y văn các biến chứng thường gặp là sốc nhiễm trùng khoảng 2%, truyền máu từ 3 - 6%, chảy máu nặng sau phẫu thuật 7-8%. Ngoài ra trong quá trình phẫu thuật có thể gặp tai biến tổn thương đại tràng, tổn thương phổi dù ít gặp, nhưng đây là một trong

số các tai biến nặng, đặc biệt nếu thủng đại tràng trong phúc mạc, cần phải phát hiện sớm và xử trí kịp thời [6], [7]. Để giúp làm giảm các biến chứng liên quan đến kích thước lớn của đường hầm như đau sau mổ, mất máu trong và sau mổ, tổn thương nhu mô thận thì tán sỏi qua da qua đường hầm nhỏ đã được ra đời. Đường hầm vào thận nhỏ (≤ 18 Fr.) lúc đầu được dùng cho trẻ em nhưng ngày nay dần được phổ biến trên bệnh nhân người lớn.

Theo hầu hết các tác giả, chảy máu là tai biến 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 [5], [6].

Theo Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng [2], Trong nghiên cứu 241 bệnh nhân sỏi thận tái phát được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da tại bệnh viện Bình Dân, Kết quả nghiên cứu cho thấy, lượng máu mất trung bình là 155,77mL (10-1000). Chuyển mổ mở có 5/241 bệnh nhân (chiếm 2,07%). Tai biến lúc mổ 3/236 (trong đó có chảy máu lúc tán sỏi phải chuyển mổ mở 1 bệnh nhân, Thủng phúc mạc 1 bệnh nhân và 1 bệnh nhân thủng đại tràng). Biến chứng thời kỳ hậu phẫu có Sốt gặp 22 bệnh nhân (chiếm 9,3%), Chảy máu sau mổ có 15 bệnh nhân (chiếm 6,4%).

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tổng tỷ lệ tai biến và biến chứng là 18/75 bệnh nhân (chiếm 24,0%) Trong đó tai biến trong mổ gặp có 5 bệnh nhân (chiếm 6,7%), bao gồm 3 bệnh nhân chảy máu phải truyền máu (chiếm 4,0%) và 2 bệnh nhân chuyển mổ mở (chiếm 2,7%).

4.3. Biến chứng sớm sau tán sỏi. Biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 7 bệnh nhân (chiếm 9,3%) 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. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận 2 bệnh nhân có biểu hiện sốc nhiễm khuẩn (chiếm 2,7%).

Tỷ lệ biến chứng phân loại Clavien – Dindo, kết quả nghiên cứu cho thấy có 6/75 bệnh nhân có biến chứng sau mổ, trong đó tỷ lệ biến chứng độ I là 11/75 bệnh nhân (chiếm 14,7%), biến

chứng độ II là 2,7%

Theo Nguyễn Đình Bắc [1], Có 4/35 bệnh nhân chiếm 11,5% xảy ra biến chứng trong và sau mổ, trong đó tỷ lệ biến chứng độ I, II và III lần lượt là 5.7%, 2.9% và 2.9%. Không có bệnh nhân nào có biến chứng độ IV và V.

Theo Guohua Zeng [7], Trong nghiên cứu đa trung tâm với 12.482 bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da, từ năm 1992 đến 2011. Kết quả, tổng cộng 3.624 bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật (chiếm 25,92%), phân độ biến chứng theo Clavien, có 2.355 bệnh nhân độ I (chiếm 16,84%), 706 bệnh nhân độ II (chiếm 5,05%), 553 bệnh nhân độ III (chiếm 3,95%), 7 bệnh nhân độ IV (chiếm 0,05%) và ba trường hợp tử vong (chiếm 0,02%).

Theo SV Krishna Reddy [6], Trong nghiên cứu 367 bệnh nhân sỏi thận được điều trị bằng tán sỏi nội soi qua da bởi một bác sĩ phẫu thuật duy nhất từ tháng 1 năm 2008 đến tháng 12 năm 2013. Tất cả các bệnh nhân được chia thành 3 nhóm. Nhóm 1 (n = 232) bao gồm những bệnh nhân không có tiền sử phẫu. Nhóm 2 (n = 86) bệnh nhân đã trải qua một hoặc nhiều lần phẫu thuật mở. Bệnh nhân thất bại hoặc tái phát sau tán sỏi nội soi qua da được xếp vào Nhóm 3 (n = 49). So sánh các biến chứng trong ba nhóm, kết quả cho thấy chảy máu trong phẫu thuật được quan sát thấy ở 11,2% (26/232) ở nhóm 1, 14% (12/86) ở nhóm 2 và 10,2% (5/49) ở bệnh nhân nhóm 3 cần truyền máu. Tổn thương đại tràng phải được ghi nhận ở một bệnh nhân (chiếm 1,2%) trong nhóm 2. Có 6 bệnh nhân (2,6%) ở nhóm 1, 4 bệnh nhân (4,7%) ở nhóm 2 và 2 bệnh nhân (4,1%) ở nhóm 3 bị tràn khí màng phổi. Tỷ lệ sốt sau phẫu thuật ghi nhận 10,8% ở nhóm 1, 15,1% ở nhóm 2 và 12,2% ở nhóm 3 và nguyên nhân được xác định chủ yếu là do viêm bể thận

Theo Volkan Tugcu [3], Trong nghiên cứu so sánh kết quả của tán sỏi qua da cho 55 bệnh nhân (nhóm 1) đã có tiền sử can thiệp ngoại khoa sỏi thận cùng bên và 105 bệnh nhân sỏi thận can thiệp lần đầu (nhóm 2). Kết quả nghiên cứu cho thấy có 18,2% bệnh nhân ở nhóm 1 và 12,4% bệnh nhân ở nhóm 2 cần truyền máu, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê

Như vậy, TSQD qua đường hầm nhỏ là một phương pháp đảm bảo được tính an toàn trong điều trị sỏi thận tái phát. 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 rắng, 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. Ngoài ra, khi kích thước đường hầm vào thận giảm từ 30Fr xuống 20Fr, thể tích nhu mô thận bị tổn thương trong đường hầm giảm đi 56% [6], [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tán sỏi nội soi qua da đường hầm nhỏ là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận tái phát với tỷ lệ tai biến trong phẫu thuật là 5/75 bệnh nhân (chiếm 6,7%). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 13/75 bệnh nhân (chiếm 17,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Bắc (2018), Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ ở bệnh nhân có tiền sử mổ sỏi thận cùng bên. Luận văn thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Đình Nguyên Đức (2014), "Tán sỏi qua da trong sỏi thận tái phát", Y học TP. Hồ Chí Minh, phụ bản số

- 4, 111-118.
3. Volkan Tugcu, Fuat Ernis Su, Nadir Kalfazade, Selcuk Sahin, Bedi Ozbay & Ali Ihsan Tasci (2008) "Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL) In Patients With Previous Open Stone Surgery", Int Urol Nephrol (2008) 40:881-884
4. Pierre A. Clavien, Jeffrey Barkun, Michelle L. de Oliveira (2009), "The Clavien-Dindo Classification of Surgical Complications Five-Year Experience", Annals of Surgery, Volume 250, Number 2, August 2009
5. 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
6. V. Krishna Reddy , Ahammad Basha Shaik (2016) "Outcome And Complications Of Percutaneous Nephrolithotomy As Primary Versus Secondary Procedure For Renal Calculi ", IJBU Vol. 42 (2): 262-269, March - April, 2016
7. Guohua Zeng , Zanlin Mai , Zhijian Zhao (2013) "Treatment Of Upper Urinary Calculi With Chinese Minimally Invasive Percutaneous Nephrolithotomy: A Single-Center Experience With 12,482 Consecutive Patients Over 20 Years", Urolithiasis (2013) 41:225-229

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PACLITAXEL TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG TÁI PHÁT KHÁNG PLATINUM

Lê Thanh Đức¹, Bùi Thị Thu Hoài¹

RECURRENT PLATINUM-RESISTANT OVARIAN CANCER PATIENTS

Aims: Evaluation of some factors affecting treatment response in patients with platinum-resistant recurrent ovarian cancer treated with paclitaxel. **Research subject:** 65 patients treated with paclitaxel regimen for platinum-resistant recurrent ovarian cancer from July 2018 to June 2021 at National Cancer Hospital. **Patients and Methods:** Retrospective combined prospective study. **Results:** The treatment response was better in the group of patients whose CA125 index decreased after treatment and used >85% of the dose at >50% of the treatment cycles. **Conclusion:** Treatment response is related to the CA125 index after treatment and the dose of chemotherapy drugs.

Keywords: Factors affecting, recurrent ovarian cancer, platinum-resistant, paclitaxel.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là bệnh phổ biến thứ ba trong các ung thư (UT) phụ khoa, đứng thứ 8 trong các bệnh UT của phụ nữ trên toàn thế giới, ở Mỹ tỷ lệ tử vong đứng hàng đầu trong các ung thư phụ khoa. Tuổi trung bình mắc bệnh là từ 60 đến 64 tuổi, có khoảng hơn một

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị trên bệnh nhân ung thư buồng trứng (UTBMBT) tái phát kháng platinum được điều trị bằng paclitaxel. **Đối tượng nghiên cứu:** 65 bệnh nhân được điều trị phác đồ paclitaxel cho UTBMBT tái phát kháng platinum từ 07/2018 đến 06/2021 tại Bệnh viện K. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. **Kết quả:** Đáp ứng điều trị tốt hơn ở nhóm bệnh nhân có chỉ số CA125 giảm sau điều trị và sử dụng >85% liều ở >50% số chu kỳ điều trị. **Kết luận:** Đáp ứng điều trị có liên quan đến chỉ số CA125 sau điều trị và liều hóa chất điều trị.

Từ khóa: Yếu tố ảnh hưởng, ung thư biểu mô buồng trứng tái phát, kháng platin, paclitaxel.

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF TREATMENT WITH PACLITAXEL IN

¹Khoa Nội 5, Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Đức

Email: ducthanhle1972@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 15.11.2022

Ngày duyệt bài: 28.11.2022