

là thấp hơn rõ rệt so với 2 nhóm bệnh nhân sử dụng 2 loại vật liệu là homograft động mạch chủ và ống nối có van nguồn gốc từ bò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, toàn bộ các bệnh nhân đều được sử dụng ống nối có van Contegra có nguồn gốc từ tĩnh mạch bò. Chúng tôi cố gắng sử dụng ống nối có van ở kích thước lớn nhất có thể nhằm giảm thiểu nguy cơ cần mổ lại hoặc giảm số lần bệnh nhân cần mổ lại, với phần lớn các bệnh nhân được sử dụng ống nối có kích thước 16-18mm. Mặc dù mới chỉ có 1 bệnh nhân (5.6%) cần nong hẹp ống nối sau phẫu thuật với thời gian theo dõi sau phẫu thuật là 5 năm, nhưng chắc chắn theo thời gian, số lượng bệnh nhân cần can thiệp hoặc mổ lại do đường ra thất phải sẽ tăng lên. Theo dõi sát các bệnh nhân sau phẫu thuật Ross hoặc Ross-Konno là đặc biệt quan trọng nhằm phát hiện sớm các biến chứng và xử lý những vấn đề tồn tại sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Kết quả sớm sau phẫu thuật Ross-Konno tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Nhi Trung ương là khả quan và hiệu quả. Cần tiếp tục theo dõi sát các bệnh nhân trong tương lai cũng như thu thập thêm các bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu để có được một đánh giá khách quan và chính xác hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hickey EJ, Yeh Jr. T, Jacobs JP, Caldarone

CA, Tchervenkov CI, McCrindle BW, et al. Ross and Yasui operations for complex biventricular repair in infants with critical left ventricular outflow tract obstruction☆. Eur J Cardiothorac Surg. 2009 Sep 17;S1010794009007696.

2. Mallios DN, Gray WH, Cheng AL, Wells WJ, Starnes VA, Kumar SR. Biventricular Repair in Interrupted Aortic Arch and Ventricular Septal Defect With a Small Left Ventricular Outflow Tract. Ann Thorac Surg. 2021 Feb;111(2):637-44.
3. Alsoufi B, Al-Halees Z, Manlihot C, Awan A, Al-Ahmadi M, McCrindle BW, et al. Intermediate results following complex biventricular repair of left ventricular outflow tract obstruction in neonates and infants☆. Eur J Cardiothorac Surg. 2010 Oct;38(4):431-8.
4. Mookhoek A, Charitos EI, Hazekamp MG, Bogers AJJC, Hörer J, Lange R, et al. Ross Procedure in Neonates and Infants: A European Multicenter Experience. Ann Thorac Surg. 2015 Dec;100(6):2278-84.
5. Herrmann JL, Clark AJ, Colgate C, Rodefild MD, Hoyer MH, Turrentine MW, et al. Surgical Valvuloplasty Versus Balloon Dilation for Congenital Aortic Stenosis in Pediatric Patients. World J Pediatr Congenit Heart Surg. 2020 Jul;11(4):444-51.
6. Reddy VM, Rajasinghe HA, Teitel DF, Haas GS, Hanley FL. Aortoventriculoplasty with the pulmonary autograft: The "Ross-Konno" procedure. J Thorac Cardiovasc Surg. 1996 Jan; 111(1):158-67.
7. Donald JS, Wallace FRO, Naimo PS, Fricke TA, Brink J, Brizard CP, et al. Ross Operation in Children: 23-Year Experience From a Single Institution. Ann Thorac Surg. 2020 Apr;109(4):1251-9.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC LẤY SỎI NIỆU QUẢN 1/3 TRÊN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Ngô Đức Thái¹, Trần Đức Quý², Hoàng Văn Hiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu 82 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản 1/3 trên và phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ 01/2020 đến 03/2022. **Kết quả:** 82 BN gồm 62 nam (75,6%) và 20 nữ (24,4%). Tuổi trung bình là 50,2 ± 11,9 tuổi

(26 – 72 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 64,7 ± 14,2 phút (40 – 120 phút). Thành công 81/82 BN (98,8%), 1BN thất bại phải chuyển phẫu thuật mở. Tai biến trong phẫu thuật: 2BN rách phúc mạc (2,4%), 1BN chảy máu tĩnh mạch sinh dục (1,2%), 1BN tràn khí dưới da (1,2%), 1BN chuyển phẫu thuật mở (1,2%). Số ngày nằm viện sau mổ trung bình 6,1 ± 1,8 ngày (4 – 18 ngày). Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 2BN rò nước tiểu, 1BN phải đặt lại JJ, 1BN tự hết. Kết quả sớm: 76BN tốt (93,8%), 4BN trung bình (4,9%), 1BN xấu (2,4%). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản là một phương pháp ít xâm lấn, an toàn và hiệu quả đối với sỏi niệu quản 1/3 trên.

Từ khóa: Sỏi niệu quản 1/3 trên, nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

SUMMARY

RESULTS OF RETROPERITONEAL

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Quốc tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Thái

Email: drthai.twt@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

LAPAROSCOPIC URETEROLITHOTOMY FOR UPPER URETERAL STONES AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for upper ureteral stones at Thai Nguyen National hospital. **Subjects and methods:** Retrospective and prospective description on 81 patients diagnosed upper ureteral stones and underwent retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy at Thai Nguyen National hospital from 01/2020 to 03/2022. **Results:** 82 patients include 62 males (75.6%) and 20 females (24.4%). The average age of 50.2 ± 11.9 years old (range 26 – 72 years). The mean operative time 64,7 ± 14,2 minutes (range 40 – 120 minutes). Success rate: 98.8% (81/82 cases), one case of conversion to open surgery. Intraoperative complications: 2 cases of peritoneal tear (2.4%), 1 case of genital vein bleeding (1.2%), 1 case of subcutaneous pneumothorax (1.2%), 1 case of conversion to open surgery (1.2%). The average number of days in hospital after surgery is 6.1 ± 1.8 days (range 4-18 days). Early complications after surgery: 2 cases of urine leakage, 1 must have the JJ reset, and 1 will go away on its own. Early results: 76 good (93,8%), 4 moderate (4,9%), 1 bad (1,3%). **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy is a minimally invasive, safe and effective method for upper ureteral stones.

Keywords: Upper ureteral stone, retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy, retroperitoneoscopic surgery, Thai Nguyen National hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh phổ biến, đứng thứ 3 trên thế giới về tỷ lệ mắc trong các bệnh lý đường tiết niệu, sau nhiễm khuẩn niệu và bệnh lý tuyến tiền liệt. Tại Việt Nam, tỷ lệ BN sỏi tiết niệu chiếm khoảng 1 - 3% dân số và chiếm 30 - 40% bệnh lý tiết niệu nói chung, trong đó sỏi niệu quản chiếm 25 - 35%, đứng thứ 2 sau sỏi thận [3]. Sỏi niệu quản 1/3 trên là sỏi nằm trong đoạn từ khúc nối bể thận niệu quản đến niệu quản bờ trên xương cùng. Sự khó khăn trong việc tiếp cận sỏi cũng như sự di chuyển của sỏi lên thận trong quá trình can thiệp là 2 thách thức đối với phẫu thuật viên. Sỏi niệu quản 1/3 trên là đối tượng của nhiều phương pháp điều trị nhưng không có phương pháp nào tỏ ra có ưu thế tuyệt đối. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản ra đời cho phép điều trị phần lớn BN sỏi niệu quản phải phẫu thuật mở và được xem như là phương pháp thay thế cho phẫu thuật mở do có nhiều ưu điểm như hậu phẫu nhẹ nhàng, giảm sang chấn cho BN, rút ngắn thời gian nằm viện và có tính thẩm mỹ cao [4], [5]. Nhiều công trình nghiên cứu trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã chứng minh ưu điểm của phương pháp này cũng như giá trị thực tiễn của nó [6], [7]. Vì

vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên giai đoạn 2020-2022.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 82 BN sỏi niệu quản 1/3 trên được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2022.

*Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- Sỏi niệu quản 1/3 trên có kích thước > 10mm.
- Sỏi niệu quản 1/3 trên sau thất bại của tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định gây mê và bơm hơi tạo khoang sau phúc mạc:
- Tiền sử phẫu thuật vùng hông lưng bên có sỏi
- Phụ nữ có thai

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp:

- Nghiên cứu: Mô tả, thiết kế nghiên cứu: cắt ngang

2.2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian: Từ tháng 01/2020 đến hết tháng 03/2022.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại Tiết niệu bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.2.3. Biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới tính, kích thước sỏi, tình trạng giãn đài bể thận trước phẫu thuật.
- Thời gian phẫu thuật, thời gian lưu dẫn lưu, thời gian hậu phẫu
- Tai biến, biến chứng: Rách phúc mạc, chảy máu mạch máu lớn, tràn khí dưới da, tổn thương các tạng khác, sỏi di chuyển lên thận, sốt, rò nước tiểu sau mổ.

* Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật:

Đánh giá kết quả sớm ngay khi BN ra viện của những bệnh nhân phẫu thuật thành công. Chia làm 3 mức độ:

+ Kết quả tốt: Không có tai biến trong phẫu thuật, không có biến chứng sau phẫu thuật.

+ Kết quả trung bình: Có tai biến nhẹ trong phẫu thuật hoặc biến chứng sau phẫu thuật nhưng xử lý, khắc phục tốt

+ Kết quả xấu: Có biến chứng nặng sau phẫu thuật phải can thiệp như: rò nước tiểu không tự liền phải can thiệp đặt sonde JJ NQ hoặc phẫu thuật lại, chảy máu sau phẫu thuật phải phẫu thuật lại. Bệnh nhân tử vong.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

*** Tuổi, giới:**

Bảng 1. Đặc điểm về nhóm tuổi và giới

Tuổi	Giới		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
≤ 20	0	0	0	0	0	0
21 – 30	3	3,7	0	0	3	3,7
31 – 40	9	11	7	8,5	16	19,5
41 – 50	19	23,2	3	8,5	22	26,8
51 – 60	16	19,5	4	4,9	20	24,4
> 60	15	18,3	6	7,3	21	25,6
Tổng số	62	75,6	20	24,4	82	100

Nhận xét: BN nghiên cứu chủ yếu là nam: 62 nam chiếm 75,6% và 20 nữ chiếm 24,4%. Độ tuổi trung bình là 50,2 ± 11,9 tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 31 - 60 tuổi, chiếm 70,7%.

***Kích thước sỏi:**

Bảng 2. Phân bố kích thước sỏi theo nhóm

Kích thước sỏi	SL	Tỷ lệ (%)
11-20 (mm)	67	81,7
> 20 (mm)	15	18,3
Tổng	82	100
Trung bình	16.6 ± 4.8	

Nhận xét: Tỷ lệ sỏi nhóm 11 – 20 mm gặp nhiều nhất, chiếm 81,7%.

***Tình trạng đài bể thận:**

Bảng 3. Tình trạng giãn đài bể thận trên siêu âm

Tình trạng đài bể thận	SL	%
Giãn độ I	24	29,3
Giãn độ II	37	45,1
Giãn độ III	21	25,6

Nhận xét: 100% BN trong nghiên cứu có giãn đài bể thận trước phẫu thuật. Trong đó giãn độ II và III, chiếm 70,7%.

3.2. Kết quả phẫu thuật

***Thời gian phẫu thuật:**

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật theo nhóm

Thời gian phẫu thuật	SL	Tỷ lệ (%)
< 60 phút	29	35,8
60 – 90 phút	69	60,5
> 90 phút	3	3,7
Tổng số	81	100
Trung bình	64,7 ± 14,2 phút	

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 64,7 ± 14,2 phút, trong đó ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 120 phút. Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 60 – 90 phút, chiếm 60,5

***Tai biến trong phẫu thuật:**

Bảng 5. Tai biến trong phẫu thuật

Tên tai biến	SL	%
Rách phúc mạc	2	2,4
Chảy máu tĩnh mạch sinh dục	1	1,2
Sỏi di chuyển lên thận	0	0
Tràn khí dưới da	1	1,2
Tổn thương tạng khác	0	0
Chuyển phẫu thuật mở	1	1,2

Nhận xét: Chúng tôi gặp 4 BN có tai biến trong phẫu thuật, bao gồm các tai biến: rách phúc mạc, tràn khí dưới da, có 1 BN chảy máu tĩnh mạch sinh dục phải chuyển mổ mở chiếm 1,2%.

***Thời gian rút dẫn lưu:**

Bảng 6. Thời gian rút dẫn lưu sau phẫu thuật

Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	SL	%
< 3	01	1,2
3 – 4	52	64,2
5 – 6	26	32,1
≥ 7	02	2,5
Tổng	81	100
Trung bình	4,5 ± 1,8 ngày	

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu trung bình 4,5 ± 1,8 ngày, trong đó sớm nhất 2 ngày, muộn nhất 17 ngày. Thời gian rút vào ngày thứ 3 - 4 chiếm tỷ lệ cao nhất 64,2%

***Thời gian hậu phẫu:**

Bảng 7. Thời gian hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu (ngày)	SL	%
3 – 4	8	9,8
5 – 6	49	59,8
≥ 7	24	30,5
Tổng	81	100
Trung bình	6,1 ± 1,8 ngày	

Nhận xét: Kết quả về thời gian hậu phẫu của chúng tôi được trình bày ở bảng 7. Trong đó, thời gian hậu phẫu trung bình 6,1 ± 1,8 ngày, nhất 4 ngày, lâu nhất 18 ngày, nhóm hậu phẫu 5-6 ngày chiếm tỉ lệ cao nhất 59,8%.

***Biến chứng sớm sau phẫu thuật:** Chúng tôi gặp 2 BN rò nước tiểu kéo dài sau phẫu thuật, ngoài ra không gặp biến chứng nào khác.

***Kết quả phẫu thuật:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 82 bệnh nhân được chỉ định PTNS sau phúc mạc thì có 81 trường hợp thành công (98,8%), 1 trường hợp phải chuyển mổ mở lấy sỏi chiếm 1,2%. Lý do phải chuyển mổ mở do viêm dính nhiều xung quanh đoạn niệu quản có sỏi dẫn tới trong quá trình bóc tách bị chảy máu nhiều khó cầm. Các triệu chứng về hồi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng cũng như làm các xét nghiệm cận lâm sàng đều không thể dự báo được mức độ viêm dính của vùng sau phúc mạc cũng như quanh niệu quản.

- Kết quả sớm:

+ Kết quả tốt: 76 BN chiếm 93,8%

+ Kết quả trung bình: 4 BN, chiếm 4,9%.

Trong đó có 2 TH tràn rách phúc mạc, 1 BN tràn khí dưới da tự hết, 1 BN rò nước tiểu tự hết không cần can thiệp gì.

+ Kết quả xấu: 1 BN, chiếm 1,3%. Đó là 1 trường hợp rò nước tiểu không tự hết phải đặt lại JJ.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay phẫu thuật nội soi sau phúc mạc được xem là biện pháp thay thế cho phẫu thuật mở lấy sỏi niệu quản khi thất bại với điều trị bằng tán sỏi ngoài cơ thể hoặc tán sỏi nội soi ngược dòng. Đối với sỏi niệu quản lớn, cứng và có nhiều tác giả ủng hộ quan điểm lấy sỏi qua nội soi sau phúc mạc ngay từ đầu thay vì phải can thiệp nhiều lần với các biện pháp điều trị trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần các bệnh nhân là nam giới, mắc bệnh ở độ tuổi 31-60 tuổi, đây là lứa tuổi lao động chính của gia đình. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của tác giả Vương Xuân Thủy [8]. Chúng tôi lựa chọn sỏi trên 10mm lên làm mốc chọn BN nghiên cứu, vì sỏi ở kích thước này sẽ gặp khó khăn khi can thiệp bằng nội soi tán sỏi, nguy cơ thất bại cao.

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu này là $64,7 \pm 14,2$ phút. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Vương Xuân Thủy ($63,6 \pm 22,1$ phút) [8] và dài hơn thời gian phẫu thuật tác giả Võ Trọng Hạnh ($58,5 \pm 24,1$ phút) [9]. Ca phẫu thuật kéo dài nhất là 120 phút, đó là trường hợp sỏi ở cao, thời gian bị bệnh đã lâu, niệu quản viêm dính nhiều sát với tĩnh mạch chủ, dẫn tới việc bóc lột và phẫu tích niệu quản khó khăn. Tuy nhiên không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Chúng tôi nhận thấy rằng, tuy việc tạo khoang bằng bóng có mất nhiều thời gian hơn nhưng giúp có phẫu trường rộng rãi và tìm niệu quản dễ dàng hơn. Do vậy chúng tôi khuyến cáo các phẫu thuật viên mới bắt đầu chưa có nhiều kinh nghiệm nên tạo khoang bằng cách bơm bóng.

Tai biến rách phúc mạc là một tai biến thường gặp nhất trong phẫu thuật, tuy không phải tai biến lớn nhưng gây khó khăn và kéo dài thời gian phẫu thuật, thường gặp khi bóc tách tìm niệu quản bị lạc đường hoặc đi quá xa về phía trước hoặc vào trong. Chúng tôi gặp 2 trường hợp rách phúc mạc, không trường hợp nào phải chuyển mổ mở nhưng kéo dài thời gian phẫu thuật, trong đó 1 trường hợp phải đặt thêm troca thứ 4 để vén rộng phẫu trường. Theo tác giả Vương Xuân Thủy, tai biến rách phúc mạc thường xảy ra ở những bệnh nhân thời gian đầu

khi phẫu thuật viên làm quen với phẫu thuật nội soi, khi đã thuần thục hầu như tai biến này ít gặp ở các trường hợp phẫu thuật viên có kinh nghiệm [8]. Chúng tôi gặp 1 trường hợp chảy máu do trong quá trình tìm niệu quản viêm dính nhiều, bóc tách làm chảy máu tĩnh mạch sinh dục, trường hợp này sau phải chuyển mổ mở. Ngoài ra 1 BN tràn khí dưới da mức độ ít do rạch chân troca quá rộng, tuy nhiên không cần điều trị gì tự hết sau 2 ngày.

Thời gian hậu phẫu trung bình của chúng tôi là $6,1 \pm 1,8$ ngày, dài hơn so với các tác giả khác: Nguyễn Hoàng Đức $3 \pm 0,5$ ngày [10], Võ Trọng Hạnh $5,02 \pm 2,1$ ngày [9]. Nguyên do là chúng tôi thường chỉ định rút dẫn lưu vào ngày thứ 3 hoặc 4 nên làm kéo dài thời gian hậu phẫu. Kinh nghiệm chúng tôi nhận thấy rằng, có những trường hợp rò nước tiểu xuất hiện muộn vào ngày thứ 3 vì vậy không nên rút dẫn lưu quá sớm để tránh ứ đọng nước tiểu khoang sau phúc mạc gây viêm nhiễm và kéo dài thời gian lành niệu quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều được đặt sonde JJ sau khi lấy sỏi và khâu niệu quản mũi rời. Mặc dù vậy vẫn có 2 BN rò nước tiểu, trong đó 1 trường hợp tự hết sau 10 ngày không cần can thiệp gì bệnh nhân ổn định ra viện. 1 trường hợp rò khác không tự hết chúng tôi phải đặt lại sonde JJ vào ngày thứ 14 và ra viện vào ngày thứ 18. Hồi cứu lại thì đây là 2 bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm khuẩn trước phẫu thuật (BC máu tăng và BC niệu dương tính), mặc đã được điều trị kháng sinh trước phẫu thuật nhưng trong quá trình khâu chúng tôi thấy niệu quản viêm nhiều, dễ mủ nát, khâu không kín dẫn đến rò. Tuy nhiên 2 BN này sau đều ra viện ổn định và khám lại kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hiện nay vẫn là một phẫu thuật hiệu quả, ít xâm lấn, an toàn, ít tai biến và biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và cho kết quả tốt trong điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quán Anh** (2007), Những triệu chứng lâm sàng và thăm khám lâm sàng Bệnh học tiết niệu, Hà Nội, 47-68.
2. **Đặng Văn Thắng và cs** (2015), "Kết quả phẫu thuật nội soi hông lưng lấy sỏi niệu quản đoạn lưng tại bệnh viện Đà Nẵng", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. 19(4), tr. 1-4.
4. **Keyi Wang** (2019), "Analysis of the clinical effect and long-term follow-up results of retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy in the treatment of

complicated upper ureteral calculi (report of 206 cases followed for 10 years)", *Int Urol Nephrol*. 51(11), tr. 1955-1960.

4. **Raheem A. A., Alowidah I. & Althagafi S.** (2020), "Laparoscopic ureterolithotomy for large ureteric stones: tips and tricks", *Cent European J Urol*. 73(3), tr. 389-390.
5. **Wani M. M.** (2018), "Laparoscopic ureterolithotomy: Experience of 60 cases from a developing world hospital", *J Minim Access Surg*. 15(2), tr. 103-8.
6. **Vương Xuân Thủy** (2010), Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên bằng phẫu thuật

nội soi ngoài phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2007-2009, Luận văn Thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

7. **Võ Trọng Hạnh** (2017), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi niệu quản 1/3 trên tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2014-2016, Luận văn Thạc Sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
8. **Nguyễn Hoàng Đức và cs** (2008), "Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trong tiết niệu: Kinh nghiệm qua 757 trường hợp", *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 12(Phụ bản số 1), tr. 252-256.

KẾT QUẢ SOI BUỒNG TỬ CUNG NGOẠI TRÚ TRÊN BỆNH NHÂN THẤT BẠI LÀM TỔ LIÊN TIẾP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Vũ Thị Ngọc¹, Lê Quang Đô¹, Nguyễn Minh Thuý¹,
Nguyễn Phúc Hiếu¹, Nguyễn Thị Xuân Quỳnh¹,
Lã Thị Huyền¹, Trần Thị Thu Hạnh², Lê Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả soi buồng tử cung trên bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, thực hiện trên 98 bệnh nhân chuyển phôi thất bại liên tiếp từ 2 lần trở lên tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 1/2021 đến tháng 10/2022. **Kết quả:** Có 98 bệnh nhân được thu nhận vào nghiên cứu, 48% vô sinh không rõ nguyên nhân. Độ tuổi và thời gian vô sinh trung bình lần lượt là 34.46 ± 5.16 tuổi và 5.05 ± 2.86 năm. Khi soi buồng tử cung, 55,1% bệnh nhân có bất thường buồng tử cung, trong đó thường gặp nhất là viêm niêm mạc tử cung (29.6%). Thời gian thực hiện thủ thuật với trung vị là 3 (3) phút, điểm đau VAS trung bình là 3.02 ± 1.22 điểm. Không có tai biến, biến chứng nào liên quan đến soi buồng tử cung được ghi nhận. **Kết luận:** Soi buồng tử cung phương pháp có thể phát hiện các tổn thương bệnh lý buồng tử cung mà các phương pháp chẩn đoán khác đã bỏ sót. Soi buồng tử cung là phương pháp an toàn, thuận tiện nên được coi là công cụ cần thiết đánh giá buồng tử cung trên bệnh nhân thất bại làm tổ liên tiếp.

Từ khóa: Thất bại làm tổ liên tiếp (RIF), Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF), Soi buồng tử cung ngoại trú (OH).

SUMMARY

OFFICE HYSTEROSCOPY RESULTS IN PATIENTS WITH RECURRENT

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc

Email: ngocvt@tamanhhospital.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023

IMPLANTATION FAILURE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

Objectives: To describe the clinical characteristics and evaluate the results of office hysteroscopy in patients with recurrent implantation failure at Tam Anh General Hospital. **Methods:** A descriptive study on 98 patients at Tam Anh General Hospital who had failed embryo transfer twice or more consecutively was carried out from January 2021 to October 2022. **Results:** 98 patients were included in the study, 48% of which had unexplained infertility. The mean age and duration of infertility were 34.46 ± 5.16 years and 5.05 ± 2.86 years, respectively. 55.1% of patients exhibited uterine cavity abnormalities during office hysteroscopy, with the most common is endometritis accounting for 29.6%. The median time to perform the procedure was 3 (3) minutes, the mean VAS pain score was 3.02 ± 1.22 points. No complications related to office hysteroscopy were noted. **Conclusion:** A office hysteroscopy was able to detect intrauterine pathologies which were missed by other investigative modalities. In individuals who have experienced repeated implantation failure, office hysteroscopy is a safe and practical approach that should be recognized as a crucial tool for intrauterine evaluation.

Keywords: Recurrent Implantation Failure (RIF), In Vitro Fertilization (IVF), Office Hysteroscopy (OH).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thụ tinh trong ống nghiệm (IVF) ngày càng phát triển rộng rãi trên khắp thế giới với các phác đồ ngày càng tối ưu, nhiều công cụ phục vụ chẩn đoán và can thiệp hiện đại, kỹ thuật nuôi cấy và đông phôi ngày càng phát triển tuy nhiên thất bại làm tổ liên tiếp (RIF) hiện vẫn chiếm đến 15% [1], [2] các trường hợp làm IVF