

KẾT QUẢ TÁN SỎI NIỆU QUẢN BẰNG XUNG HƠI QUA NỘI SOI NGƯỢC DÒNG TẠI BỆNH VIỆN 103

Phạm Quang Vinh; Trần Văn Hinh*
Nguyễn Phú Việt*; Đặng Hoài Lâm*; Lê Anh Tuấn**

TÓM TẮT

Nghiên cứu tiến cứu 96 bệnh nhân (BN) bị sỏi niệu quản (SNQ) (49 nam và 47 nữ, từ 20 - 73 tuổi), được điều trị tán sỏi bằng năng lượng xung hơi qua nội soi ngược dòng tại Bệnh viện 103 từ 8 - 2009 đến 8 - 2010. 90 BN được đặt nòng niệu quản (NQ) (JJ hoặc catheter NQ) sau tán. Kết quả: tỷ lệ sạch sỏi chung sau nội soi NQ tán sỏi đạt 95,8%, trong đó SNQ 1/3 trên 82,7%, 1/3 giữa 92,9% và 1/3 dưới là 98,5%. Có 4 trường hợp phải chuyển phương pháp (2 trường hợp NQ đoạn dưới sỏi hẹp, không đưa máy soi lên tới vị trí sỏi và 2 trường hợp sỏi di chuyển lên thận). Biến chứng 7,3% (đái máu: 5,2% và nhiễm khuẩn niệu: 2,1%)

Tán SNQ bằng xung hơi qua nội soi ngược dòng là phương pháp đạt hiệu quả cao và khá an toàn.

* Từ khóa: Sỏi niệu quản; Nội soi ngược dòng.

RESULTS OF PNEUMATIC URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY FOR URETERAL CALCULI AT 103 HOSPITAL

SUMMARY

A prospective study was performed on 96 patients (49 males and 47 females, 20 - 73 years old), who had ureteral calculi that were treated by pneumatic lithotripsy in 103 Hospital from August, 2009 to August, 2010. 90 patients were placed a ureteral stent (ureteral catheter or JJ-stents) after ureteroscopy.

The overall stone-free rate was 95.8%; corresponding values were 82.7% for upper ureteral stone, 92.9% for middle and 98.5% for lower. 4 cases of patients must change methods of treatment (2 ureters were strictured and 2 stones were moved up to the kidney). Complications were observed in less 7.3% (hematuria 5.2%, urosepsis 2.1%).

Pneumatic ureteroscopic lithotripsy for treatment of ureteral stones is safe and effective.

** Key words: Ureteral stone; Pneumatic ureteroscopic lithotripsy.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xung hơi (hay còn gọi là khí nén) là một trong những loại năng lượng được dùng để làm vỡ vụn sỏi tiết niệu, sau đó gắp mảnh vụn qua nội soi hoặc được đào thải ra qua

đường tự nhiên. Tại Bệnh viện 103 đã sử dụng nhiều loại năng lượng trong tán SNQ nội soi ngược dòng điều trị SNQ. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: *Đánh giá kết quả điều trị SNQ bằng nội soi ngược dòng dùng xung hơi tại Bệnh viện 103.*

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: PGS. TS. Lê Trung Hải

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

96 BN SNQ, tuổi từ 20 - 73, tuổi trung bình 42, được tán sỏi qua nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng xung hơi tại Bộ môn - Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103, từ tháng 8 - 2009 đến 8 - 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu tiền cứu. Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tỷ lệ sạch sỏi, các tai biến, biến chứng trong và sau mổ.

* *Tiêu chuẩn lựa chọn*: BN được chẩn đoán SNQ có kích thước < 10 mm, sỏi không di chuyển sau 3 tuần điều trị nội khoa.

* *Tiêu chuẩn loại trừ*: BN đang có nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị ổn định, BN đang điều trị bệnh rối loạn đông máu hoặc đang sử dụng thuốc chống đông máu, các bệnh lý không có khả năng đặt được ống soi như hẹp niệu đạo, u tuyến tiền liệt, u bàng quang, phụ nữ mang thai.

* *Phương tiện*: dàn máy nội soi gồm: màn hình, nguồn sáng, hệ thống dây dẫn..., máy soi NQ cứng Olympus kích thước 9,5 Fr, nguồn tán sỏi xung hơi cùng que tán, kim và rọ gấp sỏi, nòng NQ (JJ, catheter NQ)...

* *Kỹ thuật*: BN được gây tê tùy sống và đặt nằm tư thế sản khoa. Đưa ống soi cứng Olympus 9,5 Fr vào bàng quang tìm lỗ NQ bên chứa sỏi, luồn dây dẫn đường và đưa máy soi tiếp cận sỏi. Tán sỏi bằng xung hơi thành những mảnh < 1 mm, những mảnh lớn hơn được lấy bằng rọ hoặc kim gấp sỏi, đặt JJ-stent hoặc catheter NQ, trừ các trường hợp NQ không bị tổn thương.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ

BÀN LUẬN

* *Một số đặc điểm lâm sàng*:

Bảng 1: Vị trí sỏi theo giới.

GIỚI		NAM (%)	NỮ (%)	TỔNG (%)
Vị trí bên NQ	Bên phải	24 (25)	31 (32,3)	55 (57,3)
	Bên trái	25 (26)	11 (11,5)	36 (37,3)
	Hai bên	0	5 (5,2)	5 (5,2)
	Tổng	49 (51)	47 (49)	96 (100)
Vị trí trên NQ	1/3 trên	8 (8,3)	7 (7,3)	15 (15,6)
	1/3 giữa	6 (6,3)	8 (8,3)	14 (14,6)
	1/3 dưới	35 (36,4)	32 (33,4)	67 (69,8)
	Tổng	49 (51)	47 (49)	96 (100)

Chúng tôi chủ yếu áp dụng tán SNQ 1/3 giữa và 1/3 dưới. Còn với BN bị SNQ 1/3 trên, lựa chọn giữa các phương pháp: tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi nội soi sau phúc mạc hoặc mổ

mở. Tán sỏi nội soi ngược dòng chỉ được lựa chọn với những BN có SNQ ngang đốt sống thất lưng L₄-L₅, BN gày, thấp, sỏi kích thước nhỏ...

Cả 5 trường hợp SNQ 2 bên đều là nữ và sỏi thuộc đoạn 1/3 dưới, tất cả đều được tán thành công cả 2 bên cùng một thì.

** Chức năng thận qua phim UIV:*

Thời gian ngấm thuốc trên phim UIV: trước 30 phút: 49 BN (51%); từ 30 - 60 phút: 23 BN (24%); từ 60 - 120 phút: 2 BN (2,1%); không ngấm sau 120 phút: 22 BN (22,9%). 49% trường hợp thận ngấm thuốc kém sau 30 phút hoặc không ngấm.

** Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau nội soi NQ tán sỏi:*

1/3 trên: 13 BN (86,7%); 1/3 giữa: 13 BN (92,9%); 1/3 dưới: 66 BN (98,5%).

Sau tán sỏi, 90/96 trường hợp đặt nòng NQ (JJ: 48 trường hợp và catheter NQ: 42 trường hợp). Rút catheter khoảng 3 ngày sau mổ, sau khi kiểm tra sạch sỏi bằng X quang. Đối với những BN đặt sonde JJ, chúng tôi hẹn 1 tháng chụp X quang kiểm tra, nếu sạch sỏi, rút sonde. Tỷ lệ sạch sỏi chung đạt 95,8%.

Trần Văn Hinh (2008) [2] điều trị SNQ bằng tán sỏi nội soi ngược dòng trên máy Electrokinetic Lithotripsy đạt tỷ lệ sạch sỏi chung sau 1 tháng 90,2%.

Châu Quý Thuận, Trần Ngọc Sinh (2005) [3] tán SNQ nội soi bằng máy tán xung hơi tại Bệnh viện Chợ Rẫy đạt 93% sạch sỏi.

** Đặt nòng NQ sau nội soi:*

JJ-stent: 48 BN (50%); catheter: 42 BN (43,8%); không đặt nòng: 6 BN (6,2%).

Có 4 trường hợp thất bại (4,2%), trong đó 2 trường hợp đoạn NQ dưới sỏi hẹp, không đưa máy soi lên tiếp cận sỏi được, phải chuyển mổ mở; 2 trường hợp sỏi di chuyển lên thận, 1 trường hợp sỏi di chuyển trước soi NQ và 1 trường hợp tiếp cận được sỏi nhưng khi tán, lực xung hơi đẩy sỏi lên thận. Chúng tôi đặt JJ để sau này tán sỏi ngoài cơ thể. Để tránh sỏi chạy lên thận và rút kinh nghiệm với những viên sỏi gắn chặt vào thành NQ, khi tán nên đặt que tán phía đáy viên sỏi sẽ không sợ sỏi di chuyển; những trường hợp sỏi nằm tự do trong NQ thì áp lực dịch rửa cần để thấp và đầu que tán nên đặt từ khoảng giữa viên sỏi trở lên khi tán.

** Thất bại và nguyên nhân (n = 96):*

Không đặt được máy soi: 2 BN (2,1%); sỏi di chuyển lên thận: 2 BN (2,1%).

Vũ Lê Chuyên (2006) [1] tán sỏi nội soi cho 49 trường hợp SNQ đoạn lưng có 7 trường hợp thất bại, trong đó 5 trường hợp hẹp NQ và 2 trường hợp sỏi di chuyển lên thận.

** Thời gian tán sỏi:*

< 20 phút: 23 BN (24%); từ 20 - 40 phút: 49 BN (51%); > 40 phút: 24 BN (25%).

Thời gian tán sỏi được tính từ khi đưa máy soi NQ vào bàng quang đến khi tán được sỏi và rút máy soi. Đa số các trường hợp thời gian tán sỏi < 40 phút.

** Biến chứng sau nội soi:*

Đái máu: 5 BN (5,2%); nhiễm khuẩn niệu: 2 BN (2,1%).

Các trường hợp đái máu và nhiễm khuẩn niệu được điều trị nội khoa ổn định từ 2 - 4 ngày sau mổ.

KẾT LUẬN

Tán SNQ bằng xung hơi qua nội soi ngược dòng là phương pháp điều trị SNQ đạt hiệu quả cao và khá an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Minh Quang, Đỗ Anh Toàn.* Nội soi ngược dòng tán sỏi bằng xung hơi SNQ lưng: kết quả từ 49 trường hợp SNQ đoạn lưng được tán sỏi nội soi ngược dòng tại Khoa Niệu, Bệnh viện Bình Dân. Y học Việt Nam. 2 - 2006, tập 319, tr.254-261.
2. *Trần Văn Hình, Đỗ Ngọc Thế, Phạm Quang Vinh, Lê Anh Tuấn.* Kết quả điều trị SNQ đoạn xa bằng tán sỏi nội soi ngược dòng trên máy Electrokinetic Lithotripsy. Y học TP.Hồ Chí Minh. 4 - 2008, tập 12, tr.107-110.
3. *Châu Quý Thuận, Trần Ngọc Sinh.* Kết quả tán SNQ nội soi bằng máy tán xung hơi tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Y học TP.Hồ Chí Minh. 1 - 2005, tập 9, tr.83-86.
4. *Aridohan A, Zeren S, Bayazit Y, Soyupak.* Complication of pneumatic ureterolithotripsy in the early postoperative period. Journal of Endourology. Mary Ann Liebern Inc. 2005, Jan-Feb, 19 (1), pp.50-53.
5. *American Urological Association.* Guideline for the management of ureteral calculi. Baltimore, USA. 2007.
6. *Hong Y.K, Park D.S.* Ureteroscopic lithotripsy using Swiss Lithoclast for treatment of ureteral calculi: 12 years experience. J Korean Med Sci. 2009, Aug, 24 (4), pp.690-694.