

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT SỎI SAN HÔ VÀ SỎI THẬN NHIỀU VIÊN CÓ SỬ DỤNG MỘT SỐ BIỆN PHÁP HẠN CHẾ SÓT SỎI

Trần Văn Hình*; Nguyễn Đức Hải*

Trần Duy Thịnh**; Trương Thanh Tùng**

TÓM TẮT

Nghiên cứu 103 bệnh nhân (BN) sỏi san hô (SSH) và sỏi nhiều viên, điều trị phẫu thuật lấy sỏi có sử dụng các biện pháp hạn chế sót sỏi (C-arm, siêu âm, nội soi), kết quả cho thấy:

Tuổi trung bình $51,35 \pm 11,54$. Thời gian mắc bệnh trung bình $4,67 \pm 3,91$ năm. Tỷ lệ thận giãn độ II 37,9%; nhu mô thận dày trung bình $1,02 \pm 0,28$ cm. Sỏi dạng có nhánh vào đài dưới 84,46%; kích thước sỏi trung bình $30,86 \pm 10,38$ mm.

Tỷ lệ sót sỏi khi sử dụng C-arm 15,15%; siêu âm 42,10%; nội soi 46,67% và không sử dụng các biện pháp hạn chế sót sỏi 47,22%. Tỷ lệ tai biến 12,62%, biến chứng 17,47%. Kết quả: tốt 58,25%, trung bình 34,95%, xấu 6,80%. Kết quả sau mổ 3 tháng cho thấy chức năng thận sau mổ không xấu hơn so với trước mổ.

* Từ khóa: Sỏi san hô; Sỏi nhiều viên; Biện pháp hạn chế sót sỏi.

EVALUATION OF RESULT OF OPEN SURGERY IN TREATING STAGHORN AND MULTICALCULI OF KIDNEY USING SOME METHODS TO CONTROL RESIDUAL STONE

SUMMARY

Study on 103 patients with staghorn and multicalculi of kidney who was treated by nephrolithotomy and using some methods to control residual stone (C-arm, ultrasound, endoscopy), the results showed that:

The mean age was 51.35 ± 11.54 years. The mean affected time was 4.67 ± 3.91 years. The rate of degree II of dilated kidney was 37.9%. The mean density of renal tissue was 1.02 ± 0.28 cm. The stone branch out under calyces was 84.46%; the mean size of stone was 30.86 ± 10.38 mm.

The rate of residual stone when using C-arm 15.15%; ultrasound 42.10%; endoscopy 46.67%; and 47.22% of patients had not use any methods to control residual stone. The rate of intraoperative complication was 12.62%. The rate of postoperative complication was 17.47%. The good, media and bad results were 58.25%, 34.95% and 6.80% respectively. After 3 months operation, the function of kidney wasn't worse than preoperative.

** Key words: Staghorn stone; Multicalculi; Method to control residual stone.*

* Bệnh viện 103

** Bệnh viện 354

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là bệnh lý thường gặp ở các nước đang phát triển và các nước ở vùng nhiệt đới, sỏi chiếm 40 - 60% các trường hợp sỏi tiết niệu và có tỷ lệ tử vong cao. SSH, trong đó có sỏi thận nhiều viền (STNV) chiếm khoảng 28% BN sỏi niệu điều trị nội trú [2].

Có nhiều phương pháp điều trị SSH: phẫu thuật mở; sỏi ngoài cơ thể bằng sóng xung (ESWL), lấy sỏi thận qua da (PNL), lấy sỏi qua soi niệu quản (URS). Ở nước ta, do điều kiện trang thiết bị còn thiếu, người bệnh thường tới viện muộn khi sỏi đã lớn và có nhiều biến chứng nặng, thời phẫu thuật mở vẫn giữ một vai trò quan trọng trong điều trị SSH [3, 4].

Mặc dù phẫu thuật lấy sỏi thận nói chung đã có nhiều bước tiến và thu được thành tựu đáng kể, nhưng phẫu thuật SSH thường có nhiều tai biến và biến chứng. Trong một nghiên cứu gần nhất của Nguyễn Hồng Trường (2007) khi phẫu thuật SSH tại Bệnh viện Việt Đức cho kết quả tốt chỉ đạt 19,8%, trung bình 51,5%, xấu 15,8%, trong đó tỷ lệ sót sỏi trong mổ 34,6% [6].

Với mục đích hạn chế tỷ lệ sót sỏi trong mổ SSH và STNV, chúng tôi đã sử dụng một số biện pháp để kiểm tra (dùng siêu âm, C-arm và nội soi ống mềm trong mổ). Qua những trường hợp đã được thực hiện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả gần trong phẫu thuật SSH và STNV.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

103 BN sỏi thận được chẩn đoán xác định SSH và STNV, điều trị phẫu thuật lấy sỏi thận tại Bệnh viện 103 và Bệnh viện Đại học Y-Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01 - 2008 đến 12 - 2009.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Sử dụng phương pháp thử nghiệm lâm sàng, có định hướng không ngẫu nhiên. Phẫu thuật lấy SSH và STNV với 4 nhóm BN:

Nhóm 1: không sử dụng các phương pháp kiểm tra nhằm hạn chế sót sỏi (36 BN). Chỉ kiểm tra bằng tay và căn cứ vào số lượng sỏi đã lấy để xác định sỏi còn, đây là cách thông thường khi không có điều kiện sử dụng những phương pháp hạn chế sót sỏi.

Nhóm 2: dùng X quang với cánh tay C-arm kiểm tra nhằm hạn chế sót sỏi trong phẫu thuật (33 BN).

Nhóm 3: dùng siêu âm kiểm tra nhằm hạn chế sót sỏi trong phẫu thuật (19 BN).

Nhóm 4: dùng nội soi (ống soi bàng quang mềm) kiểm tra nhằm hạn chế sót sỏi trong phẫu thuật (15 BN).

Dựa vào phim UIV, chia bể thận làm 5 loại (B1 - B5) theo cách chia cơ bản của Nguyễn Thế Trường (1984) [7].

Dựa trên phim thận thường và phim UIV, chia sỏi thận thành 5 loại (S1 - S5) theo cách chia cơ bản theo Moores W.K và Boyle P.J (1976) [11].

BN được điều trị theo một quy trình thống nhất. Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, tai biến, biến chứng theo một mẫu bệnh án nghiên cứu chung. Đánh giá kết quả gần theo các mức:

+ Tốt: không có tai biến trong phẫu thuật (trừ tai biến nhẹ như rách phúc mạc); sau mổ không có biến chứng; lấy hết sỏi (đánh giá trên phim X quang sau mổ).

+ Trung bình: có tai biến trong phẫu thuật, nhưng ở mức độ nhẹ, khắc phục tốt, không để lại di chứng (rách tĩnh mạch thận hay rách bể thận nhưng khâu hồi phục tốt); có biến chứng sau mổ, nhưng ở mức độ nhẹ, chỉ cần điều trị nội khoa hay can thiệp

bằng các thủ thuật là khắc phục được (chảy máu sau mổ mức độ nhẹ, rò nước tiểu ≥ 7 ngày không phải do sỏi sỏi, phải soi bàng quang đặt ống thông catheter hoặc ống thông JJ niệu quản...); có sỏi sỏi, nhưng không gây biến chứng (ứ niệu, rò nước tiểu).

+ Xấu: chảy máu lớn trong hay sau mổ, phải chuyển cắt thận ngoài dự kiến; không lấy được sỏi, phải chuyển sang phương pháp phẫu thuật khác như cắt thận; có tai biến hay biến chứng nặng sau mổ, phải can thiệp phẫu thuật ngoại khoa (rò nước tiểu do sỏi sỏi phải mổ lại; chảy máu lớn sau mổ hoặc phải mổ lại).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng.

- Tuổi trung bình $51,35 \pm 11,54$ (nam 50,48%), thời gian mắc bệnh trung bình $4,67 \pm 3,91$ năm. Nghiên cứu cho thấy, hầu hết BN mắc SSH và STNV đều ở lứa tuổi lao động và có thời gian mắc bệnh từ 3 - 5 năm, phù hợp với Nguyễn Kỳ (1993), Trần Đức Hoè (1993) [3, 4].

- Tỷ lệ thận giãn độ 2 chiếm chủ yếu (37,9%), bể thận trong xoang 67% và dạng sỏi có nhánh vào đài dưới (S1, S2, S4) chiếm đến 84,46%. Nhu mô thận có độ dày trung bình $1,02 \pm 0,28$ cm. Kích thước sỏi trung bình $30,86 \pm 10,38$ mm. Số lượng sỏi trung bình 15 ± 32 viên. Các chỉ số trên cho thấy sự phức tạp và khó khăn khi tiến hành phẫu thuật lấy SSH và STNV (khả năng xảy ra chảy máu trong mổ đáng kể, do nhu mô còn dày và diện phẫu tích vào thận lớn).

2. Quá trình tiến hành.

* Với trường hợp sử dụng C-arm:

Số lần kiểm tra bằng C-arm: kiểm tra 1 lần: 27 BN (81,81%), tỷ lệ này cao hơn nhóm kiểm tra 2 và 3 lần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Với thời gian kiểm tra bằng C-arm trung bình $7,14 \pm 3,05$ phút và 11/33 BN (33,33%) được phát hiện thêm sỏi bằng C-arm. Theo khuyến cáo, thời gian chiếu tia X quang thực tế cho mỗi lần nên < 5 phút. Với kết quả đa số BN đều chỉ cần kiểm tra bằng C-arm 1 lần và thời gian kiểm tra trung bình như trên là chấp nhận được. Hạn chế cố hữu của việc kiểm tra bằng C-arm là sỏi kém hoặc không cản quang (sỏi axit uric, sỏi struvite), dị tật bất thường của cơ thể người bệnh, hơi hoặc phân trong đại tràng che khuất sỏi [8].

* Với trường hợp sử dụng siêu âm:

Số lần kiểm tra bằng siêu âm: kiểm tra 1 lần: 16 BN (84,21%), không trường hợp nào kiểm tra tới lần thứ 3. Với thời gian kiểm tra bằng siêu âm trung bình $17,14 \pm 3,05$ phút và 10/19 BN (52,6%) được siêu âm phát hiện còn sỏi. Siêu âm không chỉ đánh giá được tình trạng ứ niệu của thận mà còn có thể phát hiện được những viên sỏi kích thước > 5 mm. Độ nhạy phát hiện sỏi của siêu âm từ 37 - 64%, tùy thuộc vị trí sỏi. Ngoài ra, vì siêu âm là xét nghiệm hình ảnh "thời gian thực" nên có thể dùng để hướng dẫn chọc dò đài thận. Nhược điểm duy nhất của siêu âm là tính trung thực của kết quả phụ thuộc hoàn toàn vào tay nghề và tính chủ quan của người làm siêu âm [10].

* Với trường hợp sử dụng nội soi ống mềm:

12 BN (80%) được kiểm tra bằng nội soi ống mềm 1 lần, không trường hợp nào kiểm tra tới lần thứ 3. 9/15 BN (60%) được phát hiện thêm sỏi bằng nội soi và thời gian kiểm tra bằng nội soi trung bình $33 \pm 10,07$ phút, thời gian này dài hơn 2 phương pháp kia vì mất thời gian kẹp bể thận, hạn chế

nước bơm vào bể thận thoát ra ngoài mới quan sát được cổ đài và sỏi trong đó. Ngoài ra, phương pháp này có nhược điểm là phẫu thuật “bắn”, vì nước nội soi chảy tràn trong phẫu trường, có nguy cơ lây nhiễm vi khuẩn từ ống soi và dịch rửa trong khi soi [8].

3. Kết quả phẫu thuật.

* Thời gian phẫu thuật và tỷ lệ sỏi sỏi:

Thời gian phẫu thuật của các nhóm 1, 2, 3 và 4 lần lượt là $69,25 \pm 18,39$; $73,33 \pm 14,28$; $115,26 \pm 22,45$ và $130,66 \pm 14,37$ phút. Thời gian phẫu thuật của nhóm 3, 4 cao hơn nhóm 1, 2 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sử dụng C-arm kiểm tra nhằm hạn chế sỏi sót là biện pháp giúp thời gian mổ nhanh hơn, tỷ lệ sỏi sót ít hơn (C-arm có tỷ lệ sỏi sót 15,15%; siêu âm 42,10%; nội soi 46,67% và không sử dụng các biện pháp hạn chế sỏi sót 47,22%). Tuy nhiên, hạn chế của phương pháp này là sỏi kém cản quang hay việc sử dụng tia X quang nhiều trong quá trình kiểm tra.

* Tỷ lệ tai biến, biến chứng:

Tai biến trong mổ 12,62%, bao gồm: chảy máu lớn trong mổ; rách phúc mạc, rách bể thận và rách xước niêm mạc. Biến chứng sau mổ 17,47%, bao gồm: chảy máu thứ phát; rò nước tiểu kéo dài; sỏi nhiễm khuẩn sau mổ và nhiễm khuẩn vết mổ. Các tai biến lớn như chảy máu lớn trong mổ, rách bể thận gặp với tỷ lệ lần lượt 1,94% và 0,97%. Tỷ lệ rách phúc mạc 4,85% và đều được xử lý trong mổ thuận lợi. Vũ Thắng (1995) gặp chảy máu lớn 4,1% [5]. Nguyễn Thành Đức (1999) gặp rách phúc mạc 8,2% [1]. Trần Đức Hoà (1981) tiến hành 1.268 lần mổ sỏi tiết niệu, có 3 trường hợp đứt bể thận [3]. Chảy máu sau mổ là nỗi lo nhất của phẫu thuật viên khi mổ nhu mô thận còn dày, thường xảy ra vào những ngày thứ 5 - 12 sau mổ, chúng tôi gặp 2 BN (1,94%)

chảy máu thứ phát. Khác với chảy máu trong mổ và chảy máu ngay sau mổ, cơ chế chảy máu thứ phát khi rách nhu mô thận rất phức tạp, được tác giả Fedorov.C.P (1923), Kocarev.N.V (1925), Fronshtein.R.M (1923), Jondan và Tomaskey (1957) [9]. giải thích theo những cơ chế khác nhau.

Số tai biến biến chứng trong từng nhóm: ở nhóm tai biến 5 BN, biến chứng 11 BN; nhóm 2, tai biến 6 BN, biến chứng 3 BN; với nhóm 3, 4 số tai biến và biến chứng như nhau, lần lượt là 1 BN và 2 BN. Như vậy, tỷ lệ tai biến, biến chứng ở nhóm 1, 2 cao hơn không có ý nghĩa thống kê so với nhóm 3, 4, trên thực tế tỷ lệ tai biến, biến chứng tăng rõ hơn khi phẫu thuật viên cố gắng lấy hết những viên sỏi sót có sử dụng nhiều đường rạch nhu mô hay đài thận.

* Kết quả gần:

Bảng 1: Kết quả gần.

KẾT QUẢ	NHÓM 1	NHÓM 2	NHÓM 3	NHÓM 4	TỔNG
Tốt	18	24	11	7	60
Trung bình	13	8	8	7	36
Xấu	5	1	0	1	7
Tổng	36	33	19	15	103

Xét cả nhóm nghiên cứu: tốt 58,25%; trung bình 34,95%; xấu 6,80%. Nhóm 2 cho kết quả tốt cao nhất (72,72%).

* Kết quả điều trị xa:

Kiểm tra kết quả sau mổ 3 tháng (do nhiều lý do khác nhau mà BN ít đến kiểm tra) cho 15 BN. Nội dung kiểm tra gồm: xét nghiệm ure và creatinin huyết thanh, chụp hệ tiết niệu và chụp UIV, đo lại xạ hình thận (1 BN): chức năng thận sau phẫu thuật không xấu hơn trước phẫu thuật, không có hiện tượng ứ niệu hay nhiễm khuẩn niệu.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 103 BN sỏi thận (tuổi trung bình $51,35 \pm 11,54$, nam 50,48%) được chẩn đoán xác định SSH và STNV, điều trị phẫu thuật lấy sỏi thận, kết quả cho thấy:

- Thời gian mắc bệnh trung bình $4,67 \pm 3,91$ năm. Tỷ lệ thận giãn độ 2 chiếm chủ yếu (37,9%), bể thận trong xoang 67% và dạng sỏi có nhánh vào đài dưới (S1, S2, S4) 84,46%. Nhu mô thận có độ dày trung bình $1,02 \pm 0,28$ cm. Kích thước sỏi trung bình $30,86 \pm 10,38$ mm; số lượng sỏi trung bình 15 ± 32 viên.

- 81,81% chỉ cần kiểm tra C-arm 01 lần, thời gian kiểm tra bằng C-arm trung bình $7,14 \pm 3,05$ phút. 84,21% chỉ cần kiểm tra siêu âm 01 lần, thời gian kiểm tra trung bình $17,14 \pm 3,05$ phút. 80% chỉ cần kiểm tra nội soi 01 lần, thời gian kiểm tra trung bình $33 \pm 10,07$ phút.

- Sử dụng C-arm là biện pháp hiệu quả và có thời gian mổ nhanh hơn so với các biện pháp hạn chế sót sỏi khác (tỷ lệ sót sỏi 15,15%, thời gian mổ trung bình $73,33 \pm 14,28$ phút).

- 13 BN (12,62%) có tai biến trong mổ (chảy máu lớn trong mổ; rách phúc mạc, rách bể thận và rách xước niêm mạc). 18 BN (17,47%) có biến chứng sau mổ (chảy máu thứ phát; rò nước tiểu kéo dài; sốt nhiễm khuẩn sau mổ và nhiễm khuẩn vết mổ).

- Kết quả gần của cả nhóm nghiên cứu: tốt 58,25%; trung bình 34,95%; xấu 6,80%. Trong đó, nhóm 2 cho kết quả tốt cao nhất (72,72%). Kết quả sau mổ > 3 tháng cho thấy chức năng thận sau phẫu thuật không xấu hơn trước phẫu thuật, không có hiện tượng ứ niệu hay nhiễm khuẩn niệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Đức, Trần Đức Hoè, Nguyễn Hữu Hào. Nhân 188 trường hợp phẫu thuật lấy SSH. Ngoại khoa. 1996, tập 26, số 1, tr.4-9.

2. Trần Văn Hình và CS. Triệu chứng bệnh học tiết niệu. Giáo trình giảng dạy đại học và sau đại học. Nhà XB QĐND.2008.

3. Trần Đức Hoè. Lâm sàng và thái độ xử trí 65 trường hợp SSH hai bên thận. Y học Quân sự. 1993, số 3, tr.14-16.

4. Nguyễn Kỳ và CS. Tình hình điều trị phẫu thuật sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1982 - 1991). Hội thảo về dịch tễ sỏi tiết niệu ở Việt Nam. Tháng 12-1993.

5. Vũ Thắng. Đặc điểm lâm sàng và tai biến, biến chứng sớm của 436 BN được phẫu thuật sỏi thận tại Khoa Tiết niệu Bệnh viện 103. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Học viện Quân y. 1995.

6. Nguyễn Hồng Trường. Nghiên cứu kết quả phẫu thuật sỏi thận san hô. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2007.

7. Nguyễn Thế Trường. Giải phẫu vùng xoang thận, ý nghĩa trong phẫu thuật. Luận văn tốt nghiệp Chuyên khoa cấp I. Đại học Y Hà Nội. 1984.

8. Ono Y, et al. Theresidua calculi in conservative operation for renal caiculi. Hinyokika Kiyo. 1985, 31 (4), pp.579-583.

9. Teichman J.M.H, Long R.D, Hulbert J.C. Long term renal fate and prognosis after staghorn calculus management. J Urol. 1985, 153 (10), pp.1403-1404.

10. Thuroff J.W, Alken P, Riedmiller H, Hohenfel. Doppler and real-time ultrasound in renal stone surgery. Eur Urol. 1982, 8 (5), pp.298-303.

11. Faure.G, Sarramon.J.P. La lithiase coralliforme; Journal d'Urologie.1982, 88, N^o 7, pp.413-500.

