

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỈ LỆ SẠCH SỎI TRONG PHẪU THUẬT MỞ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ/NHIỀU VIÊN

Nguyễn Thế Huynh, Lê Đình Khánh
Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi trong phẫu thuật mở điều trị sỏi thận san hô/ nhiều viên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện ở 56 bệnh nhân sỏi thận san hô/ nhiều viên được phẫu thuật mở lấy sỏi từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 6 năm 2017 tại Bệnh viện Trung Ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế. Đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố: tuổi, giới, tiền sử phẫu thuật, độ ứ nước thận trên siêu âm trước mổ, vị trí sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, hình thái bể thận và đường mở thận tiếp cận sỏi với tỉ lệ sạch sỏi sau mổ. **Kết quả nghiên cứu:** 35 bệnh nhân nam chiếm 62,5 %, 21 nữ chiếm 27,5 %. Độ tuổi trung bình là 52,3 $\pm$ 15,3, tuổi nhỏ tuổi nhất là 12, lớn nhất là 76. Tỉ lệ sạch sỏi chung là 62,5%, tỉ lệ sót sỏi sau mổ là 37,5%. Các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi là: giới, tiền sử phẫu thuật đường niệu, độ ứ nước thận trên siêu âm, vị trí sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, hình thái bể thận và các đường mở thận tiếp cận sỏi. **Kết luận:** Yếu tố liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi là: giới tính, tiền sử phẫu thuật đường niệu, độ ứ nước thận trên siêu âm, vị trí sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, hình thái bể thận và các đường mở thận tiếp cận sỏi.

Từ khóa: Sỏi thận, sỏi thận san hô/ nhiều viên.

Abstract

EVALUATION OF FACTORS RELATED TO STONE - FREE RATE OF OPEN SURGERY FOR TREATMENT OF MULTIPLE/STAGHORN KIDNEY STONES

Nguyen The Huynh, Le Dinh Khanh
Hue University of Medicine and Pharmacy - Hue University

Objective: To evaluate factors related to stone - free rate of open operation for treatment of multiple/staghorn kidney stones. **Materials and Methods:** Prospective study comprises of 56 patients with multiple/staghorn kidney stones underwent open surgery at Hue Central Hospital and Hue University Hospital from April 2016 to June 2017. We evaluate the relationship between age, gender, surgical history, hydronephrosis, location of stones, size of stones, number of stones, renal pelvic aspect and stone – free rate after surgery. **Results:** Male/female ratio is 35/21 (62.5%/27.5%). The average age is 52.3 $\pm$ 15.3, (the youngest age is 12, the highest is 76). The stone – free rate is 62.5%, the rate of stone residue is 37.5%. The factors related to surgical result are gender, history of urinary tract surgery, hydronephrosis, location and size of stones, number of stones, renal pelvic aspect and methode (pyelotomy/nephrostomy) for removing stones. There is no relation between age of the patient and result of operation. **Conclusion:** The factors related to surgical result are gender, history of urinary tract surgery, hydronephrosis, location and size of stones, number of stones, renal pelvic aspect and methode (pyelotomy/nephrostomy) for removing stones. There is no relation between age of the patient and result of operation.

Key words: Renal stone, multiple/staghorn kidney stones

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay điều trị sỏi thận nói riêng và sỏi tiết niệu nói chung đã có những bước tiến lớn, nhiều phương pháp xâm nhập tối thiểu được áp dụng đã mang lại những kết quả khả quan, tuy nhiên đối với sỏi thận

ở Việt Nam, do tính đa dạng về hình thái, cứng chắc về mật độ... cho nên phẫu thuật mở vẫn còn có một giá trị nhất định. Đặc biệt đối với sỏi thận phức tạp như sỏi san hô, sỏi thận nhiều viên thì việc điều trị vẫn còn nhiều thách thức trong đó phải kể đến vấn

Địa chỉ liên hệ: Nguyễn Thế Huynh, email: doctorhuynhvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/10/2017; Ngày đồng ý đăng: 5/11/2017; Ngày xuất bản: 16/11/2017

DOI: 10.34071/jmp.2017.5.35

đề sót sỏi sau mổ [2]. Sót sỏi sau mổ xảy ra ở tất cả mọi phương pháp điều trị sỏi thận kể cả mổ mở hay các phương pháp xâm nhập tối thiểu, có thể gây nhiều biến chứng và hệ lụy phức tạp cho bệnh nhân như rò nước tiểu, nhiễm khuẩn niệu, suy thận, sỏi tái phát...[6],[9]. Vì vậy các nhà niệu khoa luôn cố gắng tìm kiếm những biện pháp kỹ thuật mới và các yếu tố tác động đến sót sỏi nhằm hạn chế đến mức thấp nhất tỉ lệ này.

Với mong muốn góp phần tìm hiểu thêm về các yếu tố liên quan đến tình trạng sót sỏi trong phẫu thuật chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi trong phẫu thuật mở điều trị sỏi thận san hô/ nhiều viên”** nhằm mục tiêu xác định tỉ lệ sạch sỏi, sót sỏi và tìm mối liên quan giữa tỉ lệ này với các yếu tố tuổi, giới, tiền sử phẫu thuật đường niệu, độ ứ nước thận trên siêu âm, vị trí sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, hình thái bể thận và các đường mở thận tiếp cận sỏi.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

56 bệnh nhân bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận san hô/nhiều viên, được chỉ định phẫu thuật mở lấy sỏi từ tháng 4 năm 2016 đến tháng 6 năm 2017 tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có sỏi thận san hô/nhiều viên được phẫu thuật bằng các phương pháp khác.
- Bệnh nhân có chỉ định cắt thận điều trị sỏi do thận mất chức năng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả trên 56 bệnh nhân.

Đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố và tình

trạng sạch sỏi sau mổ:

- Tuổi và giới: 56 bệnh nhân được phân theo giới tính và nhóm tuổi: < 20, 20 – 29, 30 – 39, 40 – 49, 50 – 59, > 60.

- Tiền sử phẫu thuật: Có hay không tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu trên cùng bên.

- Độ ứ nước thận trên siêu âm trước mổ: Đánh giá độ ứ nước thận dựa trên kết quả siêu âm trước mổ với 3 mức độ ứ nước [7].

- Vị trí sỏi: Dựa vào vị trí sỏi trên phim X – quang bụng không chuẩn bị (ASP) trước mổ, sỏi được phân thành các các nhóm: bể thận đài trên, bể thận đài giữa, bể thận đài dưới, hoặc bể thận và nhiều nhóm đài.

- Kích thước sỏi: Đánh giá kích thước sỏi dựa trên thang tham chiếu có sẵn trên phim ASP, mỗi đơn vị kích thước tương đương 10 mm.

- Số lượng sỏi: Được phân thành 2 nhóm, nhóm < 5 viên và nhóm > 5 viên dựa vào quan sát trực tiếp trên phim ASP.

- Vị trí bể thận và đường mở thận tiếp cận sỏi: Quan sát trực tiếp trong mổ nhằm đánh giá vị trí bể thận trong xoang hay ngoài xoang và ghi nhận đường mở thận lấy sỏi.

- Đánh giá kết quả sạch sỏi – sót sỏi: Kết quả sạch sỏi hay sót sỏi được đánh giá dựa trên ASP sau mổ, sót sỏi được hiểu là khi còn sự hiện diện của sỏi trên ASP sau mổ.

3. KẾT QUẢ

3.1. Tỉ lệ sạch sỏi – sót sỏi

Tỉ lệ sạch sỏi chung là 62,5%, tỉ lệ sót sỏi sau mổ là 37,5%.

3.2. Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và tỉ lệ sạch sỏi

Độ tuổi trung bình là 52,3 ($\pm 15,3$), tuổi nhỏ tuổi nhất là 12 và lớn nhất là 76

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và tỉ lệ sạch sỏi

Nhóm tuổi	Kết quả		Tổng	Phép kiểm, p
	Sạch sỏi	Sót sỏi		
< 20	2	0	2	Pearson Chi-Square p = 0,187
20 - 29	3	0	3	
30 - 39	3	2	5	
40 - 49	6	2	8	
50 - 59	12	5	17	
≥ 60	9	12	21	
Tổng cộng	35	21	56	

Nhóm tuổi ≥ 50 chiếm tỉ lệ cao nhất. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi và tỉ lệ sạch sỏi với $p > 0,05$.

3.3. Mối liên quan giữa giới tính và tỉ lệ sạch sỏi**Bảng 3.2.** Mối liên quan giữa giới tính và tỉ lệ sạch sỏi

Giới tính	Kết quả sau mổ		Tổng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Sót sỏi		
Nam	18 51,4%	17 48,6%	35 100%	Fisher's Exact Test p = 0,045
Nữ	17 81%	4 19%	21 100%	
Tổng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Nữ giới có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4. Mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu và tỉ lệ sạch sỏi**Bảng 3.3.** Mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu và tỉ lệ sạch sỏi

Tiền sử phẫu thuật	Kết quả sau mổ		Tổng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Sót sỏi		
Không	28 73,7%	10 26,3%	38 100%	Fisher's Exact Test p = 0,018
Có	7 38,9%	11 61,1%	18 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Nhóm có tiền sử phẫu thuật có tỉ lệ sạch sỏi thấp hơn nhóm không có tiền sử phẫu thuật, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.5. Mối liên quan giữa độ ứ nước thận và tỉ lệ sạch sỏi**Bảng 3.4.** Mối liên quan giữa độ ứ nước thận và tỉ lệ sạch sỏi

Độ ứ nước thận	Kết quả		Tổng	Phép kiểm, p
	Sạch sỏi	Sót sỏi		
Không ứ nước	1 16,7%	5 83,3%	6 100%	Pearson Chi-Square P = 0,038
Độ I	14 82,4%	3 17,6%	17 100%	
Độ II	9 64,3%	5 35,7%	14 100%	
Độ III	11 57,9%	8 42,1%	19 100%	
Tổng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Các nhóm có ứ nước thận có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn nhóm không ứ nước, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.6. Mối liên quan giữa vị trí sỏi và tỉ lệ sạch sỏi.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa vị trí sỏi và tỉ lệ sạch sỏi.

Vị trí sỏi trên X Quang	Kết quả phẫu thuật		Tổng cộng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Còn sỏi		
Bể thận và đài trên	1 100%	0	1 100%	Pearson Chi-Square p = 0,017
Bể thận và đài giữa	4 100%	0	4 100%	
Bể thận và đài dưới	8 100%	0	8 100%	
Bể thận và nhiều đài	22 51,2%	21 48,8%	43 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Sỏi bể thận và nhiều nhóm đài chiếm tỉ lệ cao nhất và tỉ lệ sạch sỏi thấp nhất, sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.7. Mối liên quan giữa kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi.

Kích thước sỏi	Kết quả phẫu thuật		Tổng cộng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Sốt sỏi		
< 20mm	7 87,5%	1 12,5%	8 100%	Pearson Chi-Square p = 0,025
20 – 29 mm	14 66,7%	7 33,3%	21 100%	
30 – 39 mm	13 68,4%	6 31,6%	19 100%	
40 – 49 mm	1 14,3%	6 85,7%	7 100%	
>= 50 mm	0 0%	1 100%	1 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Nhóm sỏi từ 20 – 39 mm chiếm đa số, tỉ lệ sạch sỏi giảm dần theo chiều tăng của kích thước, sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.8. Mối liên quan giữa số lượng sỏi và tỉ lệ sạch sỏi.

Bảng 3.7. Mối liên quan giữa số lượng sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Số lượng sỏi	Kết quả phẫu thuật		Tổng cộng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Sốt sỏi		
< 5 viên	27 87,1%	4 12,9%	31 100%	Fisher's Exact Test p = 0,000
≥ 5 viên	8 32%	17 68%	25 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Số lượng sỏi ít hơn 5 viên có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn trên 5 viên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.9. Mối liên quan giữa vị trí bể thận và tỉ lệ sạch sỏi

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa vị trí bể thận và tỉ lệ sạch sỏi

Vị trí bể thận	Kết quả phẫu thuật		Tổng cộng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Còn sỏi		
Trong xoang	21 52,5%	19 47,5%	40 100%	Fisher's Exact Test p = 0,017
Ngoài xoang	14 87,5%	2 12,5%	16 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Bể thận trong xoang có tỉ lệ sạch sỏi thấp hơn ngoài xoang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.10. Mối liên quan giữa vị trí đường mở thận tiếp cận sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa đường mở thận tiếp cận sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Các đường mở thận	Kết quả phẫu thuật		Tổng cộng	Phép kiểm, p
	Hết sỏi	Còn sỏi		
Mở bể thận đơn thuần	30 69,8%	13 30,2%	43 100%	Pearson Chi-Square P = 0,046
Mở bể thận + nối rộng nhu mô	1 25%	3 75%	4 100%	
Mở bể thận + mở nhu mô tối thiểu	2 28,6%	5 71,4%	7 100%	
Mở nhu mô đơn thuần	2 100%	0	2 100%	
Tổng cộng	35 62,5%	21 37,5%	56 100%	

Đường mở bể thận đơn thuần được sử dụng nhiều nhất và có tỉ lệ thành công cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ sạch sỏi – sót sỏi

Tỉ lệ sạch sỏi chung là 62,5 %, sót sỏi 37,5%. Kết quả sạch sỏi của chúng tôi thấp hơn các kết quả mà các tác giả khác đã công bố khi phẫu thuật sỏi thận phức tạp bằng mổ hở hay bằng phẫu thuật lấy sỏi qua da [1], [4], [5], [8]. Tác giả Trần Văn Hình, Nguyễn Đức Hải (2009) có tỉ lệ sạch sỏi thấp hơn chúng tôi với tỉ lệ sạch sỏi và sót sỏi lần lượt là 57,14% và 42,86 % [2].

4.2. Mối liên quan giữa các nhóm tuổi và tỉ lệ sạch sỏi

Số liệu qua phân tích cho thấy không có mối liên quan nào giữa các nhóm tuổi và tỉ lệ sạch sỏi. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả Nguyễn Văn Truyen (2014) [8].

4.3. Mối liên quan giữa giới tính và tỉ lệ sạch sỏi

Nữ giới có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn nam giới với 81% ở nữ so với 51,4% ở nam. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi nghĩ rằng có sự khác

biệt này là do có liên quan tới khối cơ hông lưng và độ sâu của thận. Ở nam giới khối cơ hông lưng dày và hình thể lớn hơn nữ do vậy thận nằm sâu, nên khó tiếp cận khi phẫu thuật từ đó làm tăng tỉ lệ sót. Ở nữ giới các cơ mỏng, kích thước cơ thể nhỏ hơn nam giới nên việc tiếp cận vào thận là dễ dàng hơn từ đó góp phần hạn chế tỉ lệ sót sỏi. Các tác giả khác có kết quả ngược chúng tôi khi thực hiện bằng lấy sỏi thận qua da [5], [8].

4.4. Mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật đường tiết niệu và tỉ lệ sạch sỏi

Trong nghiên cứu chúng tôi chia làm 2 nhóm, nhóm có tiền sử phẫu thuật và nhóm không có tiền sử, kết quả thu được nhóm bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật có tỉ lệ sạch sỏi khá thấp 38,9% và tỉ lệ sót sỏi khá cao 61,1%, trong khi đó nhóm không có tiền sử phẫu thuật có tỉ lệ sạch sỏi và sót sỏi lần lượt là 73,7% và 26,3%. Thông qua phẫu thuật chúng tôi nhận thấy rằng có tình trạng viêm dính của tổ chức quanh thận, mất các mốc giải phẫu bình thường

làm cho việc phẫu tích vào lại thận khó khăn hơn ở những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật.

4.5. Mối liên quan giữa độ ứ nước thận và tỉ lệ sạch sỏi

Tỉ lệ sạch sỏi cao ở nhóm thận có ứ nước, trong đó độ I có tỉ lệ sạch sỏi cao nhất. Tỉ lệ sỏi cao nhất thuộc về nhóm không ứ nước với 83,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có lẽ ở nhóm thận ứ nước do sự giãn nở của các đài bể thận tạo điều kiện thuận lợi cho việc lấy sỏi; ngược lại ở nhóm thận không ứ nước do nhu mô thận dày, dễ chảy máu, khó tiếp cận sỏi, nhất là những sỏi nhỏ nằm trong các cổ đài chật hẹp... là nguyên nhân làm gia tăng mức độ khó và do vậy sỏi sỏi là điều không thể tránh khỏi [8].

4.6. Mối liên quan giữa vị trí sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Sỏi ở vị trí bể thận và nhiều nhóm đài là hay gặp nhất với tỉ lệ 51,2%, sỏi bể thận đơn thuần hoặc bể thận và đài trên ít gặp hơn. Đối với sỏi phức tạp chúng tôi nhận thấy đa phần ở bể thận và hơn một đài thận, không gặp trường hợp nào có sỏi đài thận hoặc bể thận đơn thuần. Tỉ lệ phối hợp bể thận và nhiều nhóm đài là khá cao 43/56 (76,8%). Tỉ lệ sạch sỏi và sỏi sỏi trong nhóm này là gần tương đương nhau. Các tác giả khác phẫu thuật lấy sỏi bằng kỹ thuật lấy sỏi thận qua da cũng nhận thấy mối liên quan này [5], [8].

4.7. Mối liên quan giữa kích thước sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Hai nhóm sỏi có kích thước thường gặp nhất là từ 20 - 29 mm và 30 - 39 mm, các nhóm khác gặp với tỉ lệ thấp hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỉ lệ thành công khá cao ở nhóm sỏi có kích thước < 20 mm với tỉ lệ sạch sỏi là 87,5%. Ở các nhóm khác khi kích thước sỏi càng lớn thì tỉ lệ sạch sỏi càng giảm. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Nguyễn Văn Truyền khi thực hiện lấy sỏi san hô bằng kỹ thuật lấy sỏi qua da [8].

4.8. Mối liên quan giữa số lượng sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Nhóm < 5 viên chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm ≥ 5 viên và kết quả sạch sỏi trong nhóm này cũng cao hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Qua phẫu thuật chúng tôi thấy rằng khi số lượng sỏi càng

nhều và chồng chéo lên nhau thì nguy cơ sỏi sỏi càng cao. Đặc biệt trong trường hợp nhiều sỏi nhỏ, trong các đài thận với cổ đài chật hẹp thì khả năng sỏi sỏi là thường trực.

4.9. Mối liên quan giữa hình thái bể thận và tỉ lệ sạch sỏi

Thông qua quan sát trực tiếp trong phẫu thuật, chúng tôi chia vị trí bể thận so với xoang thận làm 2 nhóm, nhóm trong xoang và nhóm ngoài xoang, các trường hợp bể thận trung gian hoặc bể thận xơ sẹo do vết mổ cũ được xem như bể thận trong xoang. Với sự phân chia này kết quả sạch sỏi và sỏi sỏi ở 2 nhóm là khá khác biệt. Nếu như tỉ lệ sạch sỏi và sỏi sỏi trong nhóm bể thận trong xoang là khá tương đồng (52,5% - 47,5%) thì nó lại khá khác biệt trong nhóm bể thận ngoài xoang (87,5% - 12,5%). Như vậy bể thận trong xoang có tỉ lệ thành công thấp hơn bể thận ngoài xoang, hay nói cách khác tỉ lệ sỏi sỏi của bể thận trong xoang cao hơn bể thận ngoài xoang (Fisher's Exact Test, $p = 0,017$).

4.10. Mối liên quan giữa vị trí đường mở thận tiếp cận sỏi và tỉ lệ sạch sỏi

Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng nhiều nhất là đường mở bể thận đơn thuần theo kỹ thuật Gil - Vernet với tỉ lệ 43/56 (76,8%) và tỉ lệ sạch sỏi của đường mổ này là 69,8%. Trần Văn Hình, Nguyễn Kỳ thống kê tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và Bệnh viện Việt Đức thấy tỉ lệ mở bể thận đơn thuần là 70% [3]. Theo nhận định của chúng tôi đây vẫn là một đường mổ phù hợp đối với loại sỏi thận phức tạp như sỏi thận san hô/nhiều viên mang lại hiệu quả cao.

5. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sạch sỏi là 62,5%, sỏi sỏi 37,5%. Có 7 yếu tố liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi bao gồm: giới tính, tiền sử phẫu thuật đường niệu, độ ứ nước thận trên siêu âm, vị trí sỏi, kích thước sỏi, số lượng sỏi, vị trí bể thận và các đường mở thận tiếp cận sỏi. Trong đó nam có tỉ lệ sỏi sỏi cao hơn nữ, bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật làm tăng tỉ lệ sỏi sỏi, số lượng sỏi > 5 viên có tỉ lệ sỏi sỏi cao hơn nhóm < 5 viên, bể thận trong xoang làm tăng tỉ lệ sỏi sỏi hơn ngoài xoang. Đường mổ bể thận đơn thuần là đường mổ phù hợp thường xuyên được sử dụng với tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tiến Dũng, Bùi Lê Vĩ Chinh (2004), "Chọn đường mổ trên thận để lấy sỏi san hô và sỏi thận lớn", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 8(2).

2. Trần Văn Hình (2013), "Tỉ lệ sỏi sỏi trong phẫu thuật sỏi thận và các kỹ thuật hỗ trợ để hạn chế sỏi sỏi", *Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu*,

Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Trần Văn Hình (2013), “Lựa chọn các đường mổ trên thận lấy sỏi”, *Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

4. Phạm Đình Hùng (2006), “Nghiên cứu ứng dụng phương pháp mổ bể thận theo kiểu Gilvernet có cải tiến trong điều trị sỏi san hô phức tạp”, *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Dược Huế.

5. Võ Phước Khương, Vũ Lê Chuyên (2012), “Lấy sỏi thận qua da với đường vào thận từ đài dưới trong điều trị sỏi thận phức tạp”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 16(3).

6. Nguyễn Kỳ (2007), “Phương pháp điều trị ngoại khoa hiện nay về sỏi đường tiết niệu”, *Bệnh học tiết niệu*,

Hội tiết niệu - Thận học Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 213 – 224.

7. Bùi Văn Lệnh, Trần Công Hoan (2004), “Một số bất tắc và sỏi phần cao bộ máy tiết niệu”, *Siêu âm chẩn đoán bộ máy tiết niệu sinh dục*, nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 61- 69

8. Nguyễn Văn Truyen (2014), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi thận qua da và các yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất Đồng Nai”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản tập 18(4).

9. Matlaga B.R. et al (2016), “Surgical Management of Upper Urinary Tract Calculi”, *Campbell Wash Urology*, Elsevier, inc. Vol 2, 11th Edition, pp 1746-1783.