Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, No. 9, 6-10

CLINICAL CHARACTERISTICS, IMAGING FINDINGS, AND TREATMENT OUTCOMES OF BLADDER STONES TREATED VIA ENDOSCOPIC MECHANICAL LITHOTRIPSY AT THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

To Hoang Dung[1], Lai Ngoc Thang[1], Pham Tat Thanh[1], Nguyen Cong Son[2], Ngo Tuan Minh[3*]

[1]Thai Binh University of Medicine and Pharmacy - 373 Ly Bon, Tran Lam Ward, Hung Yen Province, Vietnam
[2]Vietnam National Children's Hospital - 18/879 La Thanh, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam
[3]Military Hospital 103, Vietnam Military Medical University - 160 Phung Hung, Ha Dong Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 05/05/2026
Revised: 24/08/2026; Accepted: 18/09/2026

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical characteristics, imaging, and treatment outcomes of bladder stones using endoscopic mechanical lithotripsy at Thai Binh Medical University Hospital.

Subjects and methods: A retrospective, descriptive, cross-sectional study of 53 patients diagnosed and treated for bladder stones using endoscopic mechanical lithotripsy at Thai Binh Medical University Hospital from 1/ 2022 to 6/2024.

Results: The most common reasons for admission were dysuria (50.9%), followed by urinary obstruction (3.8%). Very hard stones accounted for 25.5%. The most common stone size was 1-2 cm (66.1%). Single stones accounted for 81.1%. The stone fragmentation rate was 100%, with no intraoperative complications. The average surgical time was 36.4 ± 9.5 minutes. The average postoperative duration was 4.4 ± 1.4 days. The postoperative complication rate was 9.5%. The treatment outcomes at discharge were mostly good, accounting for 90.5%.

Conclusion: The clinical and imaging manifestations of bladder stones are quite diverse and non-specific. Treatment of bladder stones by mechanical lithotripsy is an effective method with a relatively low complication rate.

Keywords: Bladder stone; clinical characteristics; imaging characteristics; Endoscopic mechanical cystolithotripsy.

*Corresponding author
Email: ngotuanminh103hospital@gmail.com **Phone:** (+84) 978867391 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6603

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI BÀNG QUANG BẰNG NỘI SOI TÁN SỎI CƠ HỌC TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH

Tô Hoàng Dũng[1], Lại Ngọc Thắng[1], Phạm Tất Thành[1], Nguyễn Công Sơn[2], Ngô Tuấn Minh[3]

[1]Trường Đại học Y Dược Thái Bình - 373 Lý Bôn, P. Trần Lãm, Tỉnh Hưng Yên, Việt Nam
[2]Bệnh viện Nhi Trung ương - 18/879 La Thành, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam
[3]Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y - 160 Phùng Hưng, P. Hà Đông, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 05/05/2026
Ngày sửa: 24/08/2026; Ngày đăng: 18/09/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả điều trị sỏi bàng quang bằng nội soi tán sỏi cơ học tại Bệnh viện đại học y Thái Bình.

Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang 53 BN chẩn đoán và điều trị sỏi bàng quang bằng nội soi tán sỏi cơ học tại bệnh viện đại học y Thái Bình từ 01/2022 - 6/2024.

Kết quả: Lý do vào viện thường gặp nhất là đái buốt 50,9%, đái tắc chiếm 3,8%. Sỏi rất rắn chiêm 25,5%. Kích thước sỏi thường gặp 1-2cm chiếm (66,1%). Sỏi 1 viên chiếm 81,1%. Tỉ lệ tán vỡ vụn sỏi là 100%, không có tai biến xảy ra trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 36,4 ± 9,5 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 4,4 ± 1,4 ngày. Tỉ lệ biến chứng sau mổ là 9,5%. Kết quả điều trị khi ra viện chủ yếu là kết quả tốt chiếm 90,6%.

Kết luận: Biểu hiện lâm sàng, hình ảnh của sỏi bàng quang khá đa dạng và không đặc hiệu. Điều trị sỏi bàng quang bằng phương pháp tán sỏi cơ học là phương pháp hiệu quả, có tỷ lệ biến chứng tương đối thấp.

Từ khóa: Sỏi bàng quang, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm hình ảnh, nội soi tán sỏi cơ học.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi bàng quang chiếm khoảng 30% sỏi hệ tiết niệu [1]. Nguyên nhân sỏi bàng quang có thể do trên niệu quản rơi xuống hoặc hình thành tại chỗ trong bàng quang. Triệu chứng lâm sàng của sỏi bàng quang thường điển hình. Do đó, việc chẩn đoán sỏi bàng quang không khó khăn, thậm chí bằng lâm sàng cũng có thể chẩn đoán được.

Trước đây, điều trị sỏi bàng quang chủ yếu bằng mổ mở lấy sỏi. Tuy nhiên, phương pháp này có nhược điểm thời gian nằm điều trị kéo dài, vết mổ làm mất thẩm mỹ và tỷ lệ biến chứng sau mổ như nhiễm trùng vết mổ, rò nước tiểu còn cao [1]. Hiện nay, có nhiều phương pháp điều trị sỏi bàng quang khác như nội soi tán sỏi cơ học, nội soi tán sỏi bằng siêu âm, nội soi tán sỏi bằng laser [2].

Nội soi tán sỏi cơ học được áp dụng rộng rãi ở hầu hết các bệnh viện tuyến tỉnh trong cả nước do có nhiều ưu điểm như: hiệu quả, an toàn, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân sớm trở lại với cuộc sống và công việc.

Tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình phương pháp nội soi tán sỏi cơ học đã trở thành phương pháp chủ yếu điều trị sỏi bàng quang và được thực hiện thường quy. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả điều trị sỏi bàng quang bằng nội soi tán sỏi cơ học tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình"

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 53 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi bàng quang và được điều trị nội soi tán sỏi cơ học tại khoa Ngoại, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ 1/2022 đến 6/2024.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Nếu có nhiễm khuẩn cấp tính đường tiết niệu, có bệnh lý ở bàng quang (túi thừa bàng quang, bàng quang bé, u bàng quang ...) hoặc các bệnh lý tiết niệu kèm theo (sỏi vị trí khác, tăng sản tuyến tiền liệt ...) đã được điều trị ổn định. Loại trừ những trường hợp tình trạng toàn thân nặng hoặc không đủ hồ sơ lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả, cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện

2.3. Các biến số, chỉ số và tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu

- Khai thác tuổi, giới, thời gian mắc bệnh.

- Khai thác triệu chứng lâm sàng chính khi vào viện (Đau bụng hạ vị, đái tắc, đái buốt, đái máu, đái khó, bí đái, các triệu chứng khác, cầu bàng quang, đái dắt ...).

- Siêu âm hệ tiết niệu: Đánh giá kích thước sỏi, số lượng sỏi.

- Chụp CLVT hệ tiết niệu: Đánh giá số lượng sỏi. Đánh giá kích thước sỏi và độ cứng sỏi áp dụng với sỏi có kích thước lớn nhất trên từng đối tượng. Độ cứng của sỏi đánh giá thông qua tỷ trọng trên CLVT:

+ 200 - 600 HU: sỏi mềm.

+ 600 - 1000 HU: Độ cứng trung bình.

+ 1000 – 1700 HU: Rất rắn.

- Chỉ định điều trị: bệnh nhân được chỉ định can thiệp khi có sỏi bàng quang được xác định bằng chẩn đoán hình ảnh, kèm theo triệu chứng đường tiết niệu hoặc có nguy cơ gây biến chứng và không đáp ứng với điều trị bảo tồn.

- Chỉ định chuyển mổ mở: dự kiến áp dụng khi không thể tán và lấy sỏi qua đường nội soi do sỏi quá lớn, quá cứng, không thể tiếp cận hoặc khi xuất hiện tai biến trong quá trình nội soi cần can thiệp phẫu thuật mở.

- Kết quả trong phẫu thuật

+ Tán được sỏi: sỏi được tán vỡ vụn thành hạt nhỏ khoảng 2mm, bơm rửa sạch phần lớn các vụn sỏi ra ngoài.

+ Không tán vỡ được sỏi: sỏi tán vỡ một phần nhưng các mảnh sỏi kích thước lớn không bơm rửa hút ra được hoặc bệnh nhân không tự đái ra được. Hoặc sỏi quá to và cứng không kẹp vỡ được, còn nguyên hình dáng, kích thước ban đầu.

*Tác giả liên hệ
Email: ngotuanminh103hospital@gmail.com **Điện thoại:** (+84) 978867391 **DOI:** 10.52163/yhc.v67i9.6603

+ Sạch sỏi: Không còn hình ảnh sỏi hoặc mảnh sỏi có ý nghĩa trên phim chụp XQ hệ tiết niệu sau phẫu thuật; kết quả được đối chiếu với ghi nhận nội soi bàng quang trong quá trình phẫu thuật.

- Thời gian phẫu thuật tính từ khi BN bắt đầu phẫu thuật đến kết thúc cuộc mổ.

- Tai biến trong phẫu thuật: chảy máu, thủng bàng quang.

- Biến chứng và tai biến sau mổ: Tụt huyết áp, đái máu, nhiễm khuẩn niệu, bí đái...

- Thời gian hậu phẫu: tính từ bệnh nhân kết thúc cuộc mổ về khoa nằm điều trị đến khi ra viện.

- Thời gian rút sonde niệu đạo: tính từ khi đặt sonde niệu đạo đến khi rút sonde

- Kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện: chia làm 3 mức độ Tốt, trung bình và xấu dựa theo nghiên cứu của Lê Kế Nghiệp (2013) [3]:

+ Tốt: sỏi được tán vỡ vụn trong mổ, bệnh nhân không có biến chứng trong và sau mổ, hết triệu chứng lâm sàng khi ra viện.

+ Trung bình: sỏi tán được trong mổ, và có tai biến trong mổ (thủng bàng quang, chảy máu cổ bàng quang-tuyến tiền liệt, tổn thương rách niệu đạo,..) hoặc biến chứng sau mổ (bí đái, đái máu, nhiễm khuẩn niệu,..) , nhưng chỉ cần xử trí đặt thông niệu đạo bàng quang theo dõi mà không cần mổ để xử trí tai biến biến chứng.

+ Xấu: có tai biến trong quá trình thực hiện thủ thuật hoặc biến chứng sau khi thực hiện thủ thuật mà phải mổ để xử trí tai biến , biến chứng hoặc bệnh nhân tử vong.

2.4. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu

- Đề tài đã được tiến hành sau khi được thông qua Hội đồng khoa học - Trường Đại học Y Thái Bình số: 1458/QĐ-YDTB và được sự đồng ý của Ban Giám đốc Bệnh viện Đại học Y Thái Bình cho phép triển khai.

- Nghiên cứu hồi cứu không can thiệp trực tiếp vào người bệnh, do đó không ảnh hưởng tới sức khỏe người bệnh.

- Thông tin về người bệnh được giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu này.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

53 bệnh án của bệnh nhân sỏi bàng quang và được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi bàng quang cơ học qua niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Thái Bình từ 1/2022 đến 6/2024. Tuổi trung bình 53,21 ± 14,63 tuổi. Thấp nhất là 26 tuổi và cao nhất là 87 tuổi. Nam/ Nữ = 16,7/1 (Nam: 50, Nữ :3).

3.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của sỏi bàng quang

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng (n=53)

Đặc điểm		n	%
Thời gian phát hiện bệnh	< 1 tháng	34	64,1
	1-3 tháng	10	18,9
	> 3 tháng	9	17
Tiền sử	Không có	28	52,8
	Tăng huyết áp	4	7,2
	Phì đại tiền liệt tuyến	1	1,8
	Nhiễm khuẩn tiết niệu	2	3,6
	Sỏi bàng quang	4	7,2
	Phẫu thuật tiết niệu	9	18
	Can thiệp ngoại khoa khác	5	9,4
Triệu chứng lâm sàng chính khi vào viện	Đái buốt	27	50,9
	Đau hạ vị	18	33,9
	Đái máu	4	7,6
	Đái tắc	2	3,8
	Đái khó	1	1,9
	Đái đục	1	1,9

Thời gian phát hiện bệnh chủ yếu < 1 tháng chiếm 64,1%.

Bệnh nhân không có tiền sử bệnh là 52,8%.

Lý do vào viện đái buốt chiếm 50,9%.

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh học của sỏi bàng quang (n=53)

Đặc điểm		n	%
Số lượng sỏi	1 viên	43	81,1
	2 viên	8	15,1
	≥ 3 viên	2	3,8
Độ cứng của sỏi	Sỏi mềm	5	9,4
	Sỏi cứng trung bình	35	66,1
	Sỏi rất rắn	13	25,5
Đặc điểm kích thước sỏi bàng quang	< 1 cm	9	17,0
	1 – < 2 cm	35	66,1
	2 - <3 cm	7	13,2
	≥ 3 cm	2	3,7
	Trung bình	15,07 ± 5,33 mm	

Đa số sỏi có độ rắn trung bình trên phim cắt lớp vi tính chiếm 66,1%.

Số BN có sỏi 1 viên chiếm 81,1%, sỏi ≥3 viên chiếm 3,8%

Kích thước sỏi từ 1 - 2cm chiếm 66,1%. Kích thước sỏi ≥ 3cm chiếm 3,7%.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả trong phẫu thuật

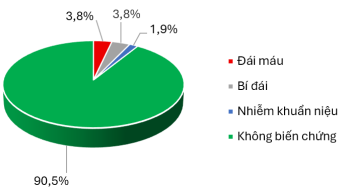
- Tỉ lệ tán vỡ vụn sỏi trong mổ là 100%.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 36,4 ± 9,5 phút (20 – 60 phút).

- Không có tai biến xảy ra trong mổ.

- Không ghi nhận trường hợp nào phải chuyển mổ mở trong nghiên cứu.

3.2.2. Kết quả sau phẫu thuật



Biểu đồ 1. Biến chứng sau phẫu thuật (n=53)

Tỉ lệ biến chứng trong mổ tổng là 9,5%, đái máu và bí đái sau mổ chiếm lần lượt 3,8% và 3,8%.

Tỉ lệ biến chứng nhiễm khuẩn niệu là 1,9%.

3.2.3. Kết quả hậu phẫu

Thời gian hậu phẫu trung bình 4,4 ± 1,4 (1 – 9) ngày.

Thời gian rút sonde niệu đạo trung bình 2,6 ± 1,2 (1 – 5) ngày.

3.2.4. Kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện

Bảng 3. Kết quả điều trị khi bệnh nhân ra viện

Kết quả	n	%
Tốt	48	90,6
Trung bình	5	9,4
Xấu	0	0
Tử vong	0	0
Tổng	53	100

BN ra viện đạt kết quả tốt 90,6%, trung bình 9,4%, và kết quả xấu 0%.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh của sỏi bàng quang

Đặc điểm lâm sàng

Qua bảng 3.1, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng lâm sàng chủ yếu khi vào viện là đái buốt (50,9%), đau hạ vị 33,9%, đái máu 7,6 %. Theo Vũ Hồng Thịnh thì triệu chứng đau bụng chiếm 71,42% hay gặp nhất rồi đến đau buốt đầu dương vật khi tiểu 52,38% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào vào viện vì bị sốt và cũng không có bệnh nhân nào có triệu chứng đái ra sỏi. Triệu chứng đái khó có duy nhất 1 trường hợp chiếm 1,9%. Triệu chứng lâm sàng chính khi bệnh nhân vào viện vẫn chủ yếu là rối loạn tiểu tiện. Và trên một bệnh nhân có thể có nhiều triệu chứng lâm sàng khác nhau. Trong lâm sàng các triệu chứng rối loạn tiểu tiện như đái khó, đái dắt hoặc cầu bàng quang và đái máu có thể gặp trong một số bệnh lý khác như : tăng sinh lành tính tiền liệt tuyến, hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo. Điều đó có thể làm ảnh hưởng tới kết quả của nghiên cứu. Nhưng nếu chỉ chọn những bệnh nhân sỏi bàng quang đơn thuần là không phù hợp vì nguyên nhân hình thành sỏi bàng quang liên quan tới sự ứ đọng nước tiểu, nhiễm khuẩn niệu hoặc sỏi từ thận và niệu quản rơi xuống. Do đó trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn bệnh nhân sỏi bàng quang có kèm bệnh lý làm cản trở bài xuất nước tiểu của đường tiểu dưới nhưng không có chỉ định can thiệp ngoại khoa.

Đặc điểm hình ảnh học của sỏi tiết niệu

Theo bảng 3.2, kích thước sỏi trung bình là 15,1 ± 5,3 mm, sỏi có kích thước nhỏ nhất là 7mm và lớn nhất là 32mm. Theo nghiên cứu của Lê Kế Nghiệp kích thước sỏi trung bình là 18,59mm, sỏi kích thước nhỏ nhất là 8mm và lớn nhất là 5cm cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [3]. Nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu gặp sỏi có kích thước từ 1 - <2cm (chiếm 66,1%) kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như: Đỗ Phú Đông sỏi chủ yếu là 1 - 2cm chiếm 335/600 bệnh nhân (tương đương 55,8%) Đàm Văn Cương sỏi kích thước < 2cm chiếm 78% [5], [6]. Youssef và cộng sự [33] sỏi 1-3cm chiếm 57,14% [7]. Nghiên cứu chúng tôi gặp chủ yếu là sỏi 1 viên chiếm 76,8%. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả như: Lê Kế Nghiệp, Đỗ Phú Đông sỏi 1 viên cũng hay gặp nhất [3], [5]. Số lượng sỏi từ 3 viên trở lên trong NC của chúng tôi là 3,8%, sỏi 2 viên chiếm 15,1%. Trong nghiên cứu này, trường hợp sỏi nhiều viên thường có kèm theo sỏi thận một hoặc hai bên, nhưng sỏi kích thước nhỏ, nằm rải rác ở các đài thận và không có chỉ định ngoại khoa nên khi điều trị nội khoa đã rơi xuống bàng quang, tuy vậy những trường hợp này sỏi có nhiều viên nhưng kích thước của mỗi viên thường nhỏ nên trong phẫu thuật việc tìm, kẹp tán sỏi không gặp khó khăn mà chỉ mất nhiều thời gian hơn trường hợp sỏi 1 viên. NC của Lê Kế Nghiệp có 1 trường hợp có 7 viên sỏi, còn NC của Đỗ Phú Đông sỏi nhiều viên chiếm 9,14% [3], [5]. Vũ Hồng Thịnh số lượng sỏi gặp nhiều nhất là 12 viên [4].

4.2. Kết quả điều trị

Tỉ lệ tán vỡ vụn sỏi trong mổ của chúng tôi đạt 100%. Trong mổ chúng tôi chưa ghi nhận tai biến nào xảy ra. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Thời gian phẫu thuật trung bình là 36,4 ± 9,5 phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 20 phút dài nhất là 60 phút.

Sau mổ, có 5 trường hợp (9,4%) ghi nhận biến chứng, đều là các biến chứng mức độ nhẹ, không trường hợp nào cần can thiệp phẫu thuật hoặc chuyển mổ mở. Trong đó, có 2 trường hợp đái máu sau mổ (3,8%), mức độ nhẹ, không cần truyền máu hoặc can thiệp cầm máu; các bệnh nhân được theo dõi và điều trị nội khoa, tình trạng đái máu giảm dần và hết sau 1–2 ngày. Hai trường hợp này đều có hình ảnh viêm bàng quang trên siêu âm trước mổ; trong đó có 1 trường hợp có 2 viên sỏi và thời gian phẫu thuật kéo dài 50 phút. Có 2 trường hợp bí đái sau rút sonde niệu đạo; các bệnh nhân được điều trị nội khoa, bổ sung kháng sinh và thuốc giãn cơ theo tình trạng lâm sàng, sau 2 ngày đều đi tiểu trở lại bình thường. Một trường hợp xuất hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu vào ngày thứ 2 sau mổ, kết quả nuôi cấy xác định tác nhân là Escherichia coli; bệnh nhân được điều trị kháng sinh và diễn biến ổn định. Không ghi nhận biến chứng nặng như chảy máu cần can thiệp, tổn thương bàng quang, thủng bàng quang hoặc phải can thiệp ngoại khoa. Nhìn chung, các biến chứng ghi nhận trong nghiên cứu đều ở mức độ nhẹ, được xử trí bảo tồn hoặc điều trị nội khoa và hồi phục hoàn toàn trước khi ra viện. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 9,4%, tương đồng với một số báo cáo trước đây về các biến chứng sớm sau tán sỏi bàng quang qua niệu đạo. Như theo nghiên cứu của Đỗ Phú Đông có gặp những biến chứng: Sốt cao 39 - 40°C có 8 ca, Sốt nhẹ 37,5°C - 38°C có 25 ca [5]. Bí đái có 8 ca, trong đó có 2 ca do mảnh sỏi. Đái máu nhất thời 6 ca được rửa bàng quang 1 - 2 lần là khỏi. Viêm bàng quang 5 ca chỉ cần chữa tại chỗ. Theo Đàm Văn Cương có 26/270 bệnh nhân xảy ra biến chứng với tỉ lệ 9,63% gồm chảy máu nhẹ, nhiễm trùng và bí đái đều được xử lý bằng bơm rửa bàng quang và dùng kháng sinh 3-5 ngày [6]. Theo nghiên cứu của Vũ Hồng Thịnh tỉ lệ biến chứng sau mổ là 0% [4]. Theo nghiên cứu của Admed K và cộng sự tổng kết tỉ lệ biến chứng của phương pháp nội soi tán sỏi bàng quang là khoảng 5% thấp hơn nhiều so với mở bàng quang lấy sỏi [8].

Thời gian rút sonde niệu đạo sau mổ trung bình là 2,6 ± 1,2 ngày, sớm nhất là 1 ngày, dài nhất là 5 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là 4,4 ± 1,4 ngày. Thời gian điều trị ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 9 ngày.

100% bệnh nhân ra viện hết triệu chứng lâm sàng hoặc các triệu chứng còn nhưng không đáng kể với tỷ lệ tốt 90,6% và trung bình đạt 9,4%. Bệnh nhân hoàn toàn tự làm được các sinh hoạt cá nhân và đi lại bình thường.

Theo nghiên cứu của Đỗ Phú Đông kết quả tốt là 90,38%, kết quả trung bình là 9,62%, kết quả xấu 0% và không có tử vong [5]. Nghiên cứu của Lê Kế Nghiệp kết quả tốt là 95,2%, kết quả trung bình 4,8%, kết quả xấu 0% và không có tử vong [3]. Các kết quả nghiên cứu này tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi tuy đã chỉ ra được một số đặc điểm lâm sàng, hình ảnh và kết quả điều trị sỏi bàng quang tại cơ sở nghiên cứu tuy nhiên vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, chưa chỉ ra được kết quả điều trị dài hạn, chưa đánh giá tỷ lệ tái phát, hẹp niệu đạo, nhiễm khuẩn tái diễn sau khi tái khám do thời gian theo dõi bệnh nhân ngắn. Thứ hai, chưa phân tích được yếu tố ảnh hưởng đến thời gian mổ, biến chứng vì cỡ mẫu còn nhỏ.

5. KẾT LUẬN

Từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024 có 53 bệnh án của bệnh nhân chẩn đoán xác định là sỏi bàng quang và được điều trị bằng phương pháp tán sỏi nội soi bàng quang cơ học qua niệu đạo tại Bệnh viện Trường Đại học Y Thái Bình.

- Lý do vào viện thường gặp nhất là đái buốt đái 50,9%, đái tắc chiếm 3,8%. Sỏi rất rắn chiêm 25,5%. Kích thước sỏi thường gặp 1-2cm chiếm (66,1%). Sỏi 1 viên chiếm 81,1%.

- Tỉ lệ tán vỡ vụn sỏi là 100%, không có tai biến xảy ra trong mổ. Thời gian phẫu thuật trung bình là 36,4 ± 9,5 phút. Thời gian hậu phẫu trung bình 4,4 ± 1,4 ngày. Tỉ lệ biến chứng

sau mổ là 9,5%. Kết quả điều trị khi ra viện chủ yếu là kết quả tốt chiếm 90,5%.

Như vậy, Nội soi tán sỏi cơ học cho tỷ lệ tán vỡ cao và biến chứng ngắn hạn thấp trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, cần theo dõi dài hạn và so sánh với các kỹ thuật khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Đỗ Trường Thành (2021). Sỏi bàng quang. In: Bệnh học thận - tiết niệu, Nhà xuất bản Y học: 208-11.

[2] Sathaye U. V. (2003). Per-urethral endoscopic management of bladder stones: does size matter? J Endourol, 17(7): 511-2; discussion 3. DOI: 10.1089/089277903769013694

[3] Lê Kế Nghiệp, Đàm Văn Cương (2013). Điều trị sỏi bàng quang bằngtán sỏi cơ học tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Tập san nghiên cứu khoa học 8: 122-4.

[4] Vũ Hồng Thịnh, Nguyễn Minh Quang (2021). Lấy sỏi bàng quang qua đường niệu đạo tại bệnh viện y dược. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, 9 (phụ bản số 1).

[5] Đỗ Phú Đông (1990). Sáu trăm ca tán sỏi bàng quang. Tạp chí Ngoại khoa, 3(18): 24-9.

[6] Đàm Văn Cương (1995). Góp phần nghiên cứu điều trị sỏi bàng quang bằng phương pháp tán sỏi cơ học, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.

[7] Youssef F. R., Wilkinson B. A., Hastie K. J., et al. (2012). Is pre-operative imaging essential prior to ureteric stone surgery? Ann R Coll Surg Engl, 94(6): 428-31. DOI: 10.1308/003588412x13373405385458.

[8] Ibrahim A. K. (2014). Urinary bladder stone complicating ventriculovesical shunt. Sultan Qaboos Univ Med J, 14(1): e142-4. DOI: 10.12816/0003351.