

làm việc được. Cần làm sao cho cái quy trình đấy nó nhanh nhanh và hợp lý hơn” (PVS - NV).

#### **BÀN LUẬN**

Trên thực tế thì Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh đều lập kế hoạch mua sắm từ đầu năm theo nhu cầu của các khoa phòng, rồi lãnh đạo bệnh viện sẽ xem xét kế hoạch và dựa trên tình hình phân bổ kinh phí thực tế để quyết định việc mua sắm thiết bị. Một nghiên cứu của Pradip Shahi Thakuri và Ramila Joshi chỉ ra việc mua sắm TTB tại Nepal không dựa vào nhu cầu thực tế nên việc mua sắm thiết bị không phù hợp [4].

Việc đào tạo tập huấn còn chưa tốt liên quan đến chuyên môn chính của những người sử dụng máy là chuyên môn về y tế, thời gian cho các hoạt động chuyên môn chiếm đa số nên việc tổ chức các lớp tập huấn về sử dụng và bảo quản máy móc không thể thường xuyên. Một lý do nữa là số lượng và chủng loại máy móc và TTBYT rất đa dạng, không có kỹ sư nào chuyên về tất cả các loại TTBYT nên khó bố trí việc tập huấn tập trung. Nghiên cứu của Bùi Việt Hùng chỉ ra máy hỏng do nhiều nguyên nhân, trong đó có một nguyên nhân rất quan trọng là thiếu các trang thiết bị đi kèm theo máy móc dẫn đến việc hoạt động không đảm bảo đúng chức năng của máy, điểm này chưa được đề cập trong nghiên cứu này [5]. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Chúc khi chỉ ra rằng vấn đề sử dụng và bảo quản TTBYT tại cơ sở y tế còn chưa hợp lý [6].

Kết quả của Bùi Việt Hùng và Ngô Đức Lễ lại cho thấy với nhân lực của bệnh viện nói chung rất khó đáp ứng tốt các yêu cầu về bảo quản và sử dụng các TTBYT tại các khoa trong bệnh viện mà mới chỉ mang tính chất phát hiện, thông báo tới các đơn vị liên quan để mời/thuê về sửa chữa TTBYT. Số lượng máy móc cũng được cán bộ y tế phản ánh đôi khi việc mua sắm chưa thực sự đáp ứng yêu cầu thực tế, vấn đề này

đặt ra cho ban lãnh đạo bệnh viện cần có các khảo sát về nhu cầu và thực trạng sử dụng máy móc hàng năm tại các khoa phòng để việc mua sắm có thể bám sát nhu cầu thực tế hơn nữa, để làm sao có thể nâng cao hiệu quả của hoạt động mua sắm trang thiết bị, phục vụ nhu cầu khám và điều trị của nhân dân.

#### **KẾT LUẬN**

Số lượng TTBYT phân bố không đồng đều giữa các khoa phòng, nhiều nhất ở khoa Hồi sức cấp cứu với 60 TTBYT. Tỷ lệ TTBYT hư hỏng cần phải sửa chữa và thay thế cao nhất ở khoa Khám bệnh cấp cứu với 29,1%. Vấn đề quản lý về lý lịch trang thiết bị, tài liệu kỹ thuật của từng TTBYT, nhật ký đều chưa được đánh giá thực hiện tốt (dưới 30,0%). Phòng Vật tư - Trang thiết bị chưa có kế hoạch theo dõi, bảo dưỡng định kỳ cho các loại TTBYT, chưa xây dựng nội quy về sử dụng cho các TTBYT.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Trần Thị Vân Anh** (2008), *Phân tích, đánh giá hoạt động quản lý trang thiết bị y tế tại một số cơ sở sử dụng ở nước ta trong giai đoạn hiện nay*, Khóa luận tốt nghiệp, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. **Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh** (2015), *Báo cáo hoạt động Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh năm 2015*
3. **Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh** (2015), *Danh mục tiêu chuẩn trang thiết bị y tế*.
4. **Nguyễn Minh Tuấn** (2012), *Công tác quản lý trang thiết bị y tế và những nội dung trọng tâm trong giai đoạn tới*, Tạp chí Y học thực hành, 823, tr. 70-76.
5. **Bùi Việt Hùng** (2010), *Thực trạng công tác quản lý trang thiết bị y tế tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, năm 2009*, Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Kim Chúc** và các cộng sự (2004), *Kiểm kê và đánh giá thực trạng đầu tư trang thiết bị chẩn đoán tại các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh*.

## **TÁN SỎI THẬN QUA DA NHIỀU ĐƯỜNG HẦM TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN PHỨC TẠP**

**NGUYỄN HOÀNG LUÔNG, HOÀNG THIÊN PHÚC,  
DƯƠNG CAO TRÍ, VÕ HỒNG BẮC**  
*Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh*

---

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng Luông  
Email: drnguyenhoangluong@gmail.com

Ngày nhận: 08/12/2020  
Ngày phản biện: 12/01/2021  
Ngày duyệt bài: 25/01/2021

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá, phân tích tính hiệu quả và độ an toàn của phương pháp phẫu thuật tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trong khoảng thời gian từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2020 trên 12 bệnh nhân bị sỏi thận phức tạp được thực hiện phẫu thuật tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm. Chúng tôi phân tích các đặc điểm cũng như các biến chứng ghi nhận được trong và sau phẫu thuật.

**Kết quả:** 13 đơn vị thận trong tổng số 12 bệnh nhân (8 nam, 4 nữ, tuổi trung bình 49 tuổi) được điều trị. Kích thước sỏi từ 31-59 (trung bình 51) mm. Có 12 trường hợp được nong 2 đường hầm và 1 trường hợp nong 3 đường hầm, tổng cộng 27 đường hầm được sử dụng. Có 4 đường nong vào cực trên (14,8%), 7 đường vào cực giữa (25,9%) và 16 đường vào cực dưới thận (59,3%). Biến chứng tụ dịch dưới bao thận là 2 trường hợp, rò nước tiểu là 1 trường hợp, không có trường hợp cần phải truyền máu. Tỷ lệ sạch sỏi là 92,3%. Thời gian nằm viện trung bình là 9 ngày.

**Kết luận:** Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy rằng tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp là phương thức an toàn và hiệu quả. Kinh nghiệm phẫu thuật, lựa chọn chính xác vị trí đâm kim và thực hiện cẩn thận sẽ làm giảm các biến chứng trong và sau phẫu thuật hoặc yếu cầu truyền máu.

**Từ khoá:** Sỏi thận phức tạp, tán sỏi qua da, nhiều đường hầm.

## SUMMARY

### MULTI-TRACT PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (PCNL) FOR COMPLEX RENAL STONE

**Objectives:** To evaluate and analyze the efficacy and the safety of multiple tracts PCNL in management of complex renal calculi.

**Patients and Methods:** The study was conducted during the period from January to December 2020 on 12 patients with complex renal stones underwent multiple tracts PCNL. Operative details, intraoperative and postoperative complication was analyzed

**Results:** 13 renal units of 12 patients (8 men, 4 women, mean age 49 years) were treated. The stone size was 31-59 (mean 51) mm. The number of tracts required per case were 2 tracts in 12 and 3 tracts in 1, giving a total 27 tracts. The points of entry of these tracts were 4 upper calyx (14.8%), 7 middle calyx (25.9%) and 16

lower calyx (59.3%). Complications were fluid accumulation under renal capsule (n=2), urinary leakage (n=1), none of case needed blood transfusion.

**Conclusion:** The current results of this study demonstrated that PCNL using multiple tracts for complex renal stones is safe and effective. Surgeon experience, accurate choosing puncture site and carefully performed multiple tracts will decrease the intra-operative and postoperative complications or transfusion requirements.

**Keywords:** Complex renal stones, PCNL, multiple tracts.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận là một trong những rối loạn bất thường đường tiết niệu phổ biến nhất [3]. Điều trị sỏi phụ thuộc vào nhiều yếu tố như kích thước sỏi, vị trí, độ phức tạp và các yếu tố khác của bệnh nhân [15].

Trong sỏi thận phức tạp, PCNL là một công cụ an toàn và hiệu quả trong số các phương pháp điều trị sỏi thận với một tỉ lệ tương đối thấp các biến chứng đáng kể. So với mổ mở, PCNL có những lợi thế làm tăng tỉ lệ sạch sỏi và có lợi về kinh tế. Ngoài ra, nó còn giúp bệnh nhân hồi phục sớm hơn. PCNL cũng vượt trội hơn so với tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), phương pháp đòi hỏi thời gian lâu hơn để đạt được tình trạng trạng sạch sỏi [12].

Với sỏi phức tạp và sỏi san hô hiện diện ở nhiều đài thận, việc tiếp cận với tất cả các đài rất khó khăn nếu chỉ thông qua một đường hầm qua da, trong trường hợp đó thì multi-tract PCNL là phương pháp điều trị chính để đạt được độ sạch sỏi tốt hơn và giảm nhu cầu phải thực hiện ESWL lần nữa. Tuy nhiên, việc tạo nhiều đường hầm thì liên quan đến tăng tỷ lệ chảy máu và truyền máu [6]. Các báo cáo khác thì cho thấy rằng PCNL sử dụng nhiều đường hầm qua da có hiệu quả cao trong điều trị sỏi san hô và sỏi có kích thước lớn khác với tỷ lệ biến chứng tương đương so với sử dụng một đường hầm [7].

Trong nghiên cứu này, điểm mấu chốt cuối cùng là đánh giá hiệu quả PCNL nhiều đường hầm trong sỏi thận phức tạp. Điểm mấu chốt thứ hai là đánh giá sự an toàn và tỷ lệ biến chứng của cách tiếp cận này.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị sỏi thận khám tại Khoa Niệu A, Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật tán sỏi qua da nhiều đường hầm từ 01/2020 đến 12/2020.

Đánh giá trước phẫu thuật bao gồm đánh giá lâm sàng, các xét nghiệm bao gồm công thức máu, tổng phân tích và nuôi cấy nước tiểu, xét nghiệm chức năng thận và chức năng đông máu, hình ảnh học như X quang ngực thẳng, siêu âm bụng và chụp CT scan hệ niệu không cản quang.

Thực hiện phẫu thuật: Tất cả các phẫu thuật đều được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Nội soi bàng quang và đặt ống thông niệu quản được tiến hành, thông qua đó giúp chụp phim bể thận ngược chiều để lên kế hoạch thực hiện việc đâm kim qua da. Xem xét vị trí và kích thước sỏi rất quan trọng cho việc lựa chọn vị trí tối ưu để đâm kim. Bệnh nhân sau đó được chỉnh lại tư thế nằm sấp.

Đâm kim 18G vào đài thận được xác định từ trước dưới hướng dẫn của C-arm ở vị trí thẳng đứng. Các vị trí đâm được thực hiện thông qua đường nách sau, với một góc 45-50° so với mặt phẳng nằm ngang hướng đến đài thận.

Sau điểm đâm kim đầu tiên, dây dẫn (guidewire) được đưa vào hệ thống thu thập và được cố định. Thông qua đường hầm chính thì phần lớn sỏi sẽ được loại bỏ. Ban đầu, một cây nong nhựa được luồn qua dây dẫn dưới hướng dẫn của X quang sau đó sẽ nong rộng dần cho đến khi ống nong cuối cùng được hoàn tất. Phần lớn các trường hợp luồn thêm một sợi dây dẫn an toàn khác (safety guidewire). Thao tác nong đường hầm dựa trên sợi thứ hai. Sợi thứ nhất có vai trò như dây dẫn an toàn được giữ nằm ngoài Amplatz và máy soi thận. Trước khi đưa ống soi thận vào thì bể thận được bơm rửa qua ống thông niệu quản để rửa sạch cục máu đông.

Nội soi thận sử dụng ống soi thận cứng thông qua Amplatz. Năng lượng laser được sử dụng cho tán sỏi. Sau khi loại bỏ phần lớn viên sỏi chính, sheath làm việc sẽ được gỡ bỏ. Thực hiện các đường đâm kim phụ và nong tương tự thông qua guidewire của nó. Sau khi kết thúc phẫu thuật, các ống mở thận ra da Foley được cố định qua bể thận hoặc đài thận. Tất cả các thủ thuật được thực hiện dưới sự hướng dẫn của máy C-arm có chất cản quang.

Chăm sóc hậu phẫu và theo dõi: Ống thông mở thận ra da được kẹp trong 48 giờ đầu tiên, và được lấy ra vào ngày hậu phẫu thứ ba. Ống thông tiểu thì được rút trong vòng 24 giờ sau mổ. Dấu hiệu sinh tồn và lượng nước tiểu cần được quan sát theo dõi. Huyết sắc tố (Hb) được kiểm tra trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Siêu âm bụng được thực hiện vào ngày hậu phẫu thứ hai hoặc thứ ba để kiểm tra vị trí của ống và sỏi còn sót lại. Các mảnh sỏi sót lại không có triệu chứng, kích thước nhỏ hơn 5 mm là được coi

như sỏi sót lại không đáng kể trên lâm sàng (CIRF).

### KẾT QUẢ

Đặc điểm của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1, tuổi trung bình là 49, bệnh nhân nam chiếm ưu thế.

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi (năm)	49 ± 12,3 (28 – 69)
Giới tính	
Nam (%)	8 (66,7 %)
Nữ (%)	4 (33,3 %)
Vị trí sỏi	
Phải (%)	3 (23,1%)
Trái (%)	8 (61,5%)
Số lượng sỏi	
1	3 (23,1%)
2	3 (23,1%)
3	3 (23,1%)
>3	4 (30,7%)
Kích thước sỏi (mm)	51 ± 14,1 (31-59)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2. Số đường đâm kim phần lớn là 2 chiếm 92,3%, đâm 3 đường chiếm 7,7%. Đài dưới là vị trí được sử dụng nhiều nhất với 16 đường đâm, đài giữa và đài trên lần lượt là 7 và 4 đường đâm. Thời gian mổ trung bình là 113,46 phút. Không có trường hợp tai biến, biến chứng trong mổ.

Bảng 2. Phân tích trong mổ

Số đường đâm kim	
2	12 (92,3%)
3	1 (7,7%)
Vị trí đâm kim	
Trên	4 (14,8%)
Giữa	7 (25,9%)
Dưới	16 (59,3%)
Kích thước bộ nong	
16F	8 (61,5%)
24F	5 (38,5%)
Sạch sỏi	
Sạch sỏi	12 (92,3%)
Còn sót sỏi	1 (7,7%)
Thời gian mổ (phút)	113,46 ± 19,9

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3. Các biến chứng gặp phải gồm tụ dịch dưới bao thận 2 trường hợp và rò nước tiểu 1 trường hợp. Không ghi nhận trường hợp cần truyền máu cũng như cần can thiệp ngoại khoa sau đó. Bệnh nhân xuất viện sau khoảng 6,77 ngày. Tổng thời gian nằm viện trung bình là 9,08 ngày.

Bảng 3. Theo dõi hậu phẫu

Biến chứng	
Tụ dịch dưới bao thận	2
Rò nước tiểu	1
Số ngày lưu thông thận (ngày)	2,77 ± 1,7 (2-9)
Tổng số ngày nằm viện (ngày)	9,08 ± 2,3 (7-14)

## BÀN LUẬN

Tán sỏi thận qua da là một phương pháp không thể thiếu trong việc điều trị hầu hết các loại sỏi thận phức tạp [2].

Do sự biến đổi về mặt giải phẫu của các đài thận, tiếp cận đầy đủ vào toàn bộ hệ thống nội thận thông qua một đường hầm có thể là một thách thức về mặt kỹ thuật, ngay cả khi kết hợp sử dụng các dụng cụ soi cứng và mềm thông qua một đường. Do đó, sỏi thận phức tạp hoặc nằm ở nhiều đài thận hoặc có nhiều sỏi vệ tinh nằm ngoại vi, thường đòi hỏi nhiều đường vào trong quá trình thực hiện tán sỏi qua da [10].

Liên quan đến tiêu chí lâm sàng đầu tiên, sự thành công của điều trị được thể hiện thông qua tỉ lệ sạch sỏi cao. Tỷ lệ sạch sỏi đạt được 92,3% trong số 13 đơn vị thận, 1 trường hợp còn sỏi sót chiếm tỉ lệ 7,3%. Kết quả này tương đương với số liệu của Hegarty và Desai, tác giả đã nghiên cứu kết quả của tán sỏi qua da nhiều đường hầm và báo cáo rằng tỉ lệ sạch sỏi hoàn toàn ở 95% bệnh nhân và sự sụt giảm trung bình của huyết sắc tố tương tự như tán sỏi thận qua da một đường hầm. Họ kết luận rằng tán sỏi qua da sử dụng nhiều đường hầm rất hiệu quả trong điều trị sỏi thận phức tạp, loại bỏ nhu cầu sử dụng các phẫu thuật phụ trợ [7]. H. Elawady và cộng sự cũng báo cáo trên 265 bệnh nhân và đạt tỷ lệ sạch sỏi 95,8% [4]. Singla và cộng sự cũng ghi nhận tỷ lệ sạch sỏi là từ 74% đến 83% và tỷ lệ phẫu thuật phụ trợ sau đó là 18% và tỷ lệ sạch sỏi vẫn rõ ràng là vượt trội hơn so với ESWL, liệu pháp phối hợp và phẫu thuật mở [13]. Ngoài ra, Ibrahima và cộng sự báo cáo tổng thể tỷ lệ thành công là 57,1%, tăng vào thời gian theo dõi cuối ba tháng đến 81,5% [8].

Do các phẫu thuật viên sử dụng các bộ nong nhựa có kích thước tối đa là 24F nên giảm được tổn thương nhu mô thận từ đó giảm nguy cơ chảy máu và truyền máu. Kỹ thuật tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm cũng cho thấy tính an toàn khi chỉ ghi nhận 2 trường hợp tụ dịch dưới bao thận nhưng chỉ cần điều trị bảo tồn và 1 trường hợp rò nước tiểu sau kẹp thông thận, chúng tôi lưu thông thận thêm 7 ngày sau đó rút thì không còn rò nước tiểu.

Sự cần thiết phải truyền máu tương quan với huyết sắc tố thấp trước phẫu thuật và creatinine huyết thanh trước phẫu thuật cao [7]. Trong nghiên cứu này chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào cần truyền máu phù hợp với nghiên cứu của tác giả Osman [11], còn so với tác giả Desai thì tỷ lệ truyền máu là 12,4% [7] và

tác giả Singla với 46 bệnh nhân trong 149 (30,8%) cần truyền máu [13].

Chấn thương đại tràng sau tán sỏi thận qua da là một biến chứng hiếm gặp; trong nghiên cứu của chúng tôi không có tổn thương đại tràng nào được báo cáo, một tỷ lệ có thể so sánh được với tác giả Elghoneimy, người đã báo cáo chấn thương đại tràng sau tán sỏi thận qua da trong ba bệnh nhân (0,14%) vào năm 2016, tất cả đều được điều trị bảo tồn [5]. Ngoài ra, Ibrahima A và cộng sự đã báo cáo tỷ lệ tổn thương đại tràng thấp, chỉ 5 bệnh nhân, 3 bệnh nhân đã được điều trị bảo tồn, 1 bệnh nhân cần mở đại tràng và 1 người chết vì nhiễm trùng huyết [8].

Ổng mở thận ra da là một nguyên nhân có thể gây đau sau phẫu thuật. Để giảm biến chứng liên quan đến ống này, một sự điều chỉnh đã được thực hiện như sử dụng ống mở thận ra da nhỏ hơn như trong mini PCNL hoặc PCNL không mở thận ra da [9] [14]. Một trong những lợi thế của PCNL không mở thận ra da là giảm khó chịu sau phẫu thuật và đau từ ống từ đó giảm nhu cầu thuốc giảm đau [14]. Mức độ đau được ghi lại, yêu cầu sử dụng thuốc giảm đau, thời gian điều trị nội trú và thời gian để hồi phục đã giảm đáng kể trong nhóm PCNL không ống mở thận ra da [1]. Cho và cộng sự báo cáo rằng đau sau phẫu thuật ở tất cả các bệnh nhân trải qua phẫu thuật sử dụng nhiều đường đâm kim có thể được quy cho việc mở ống thận ra da [2].

Khi lên kế hoạch thực hiện lấy sỏi qua da nhiều đường hầm, giải phẫu của hệ thống thu thập, cụ thể là góc, chiều dài và chiều rộng của đài thận nên được xem xét. Ngoài ra, độ lớn, sự phức tạp và số lượng sỏi là tất cả các yếu tố quan trọng trong việc xác định và lập kế hoạch thực hiện các đường đâm kim cần thiết.

## KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm trong điều trị sỏi thận phức tạp cho thấy tỷ lệ sạch sỏi cao. Phương pháp này làm giảm sự cần thiết của các phẫu thuật phụ trợ sau đó, và tại cùng thời điểm được coi là an toàn và hiệu quả, với tỷ lệ biến chứng ở mức chấp nhận được.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Amer T, Ahmed K, Bultitude M, Khan S, et al (2012), "Standard versus tubeless percutaneous nephrolithotomy: A systematic review", *Urologia internationalis*, 88 (4), pp. 373-382.
2. Cho H J, Lee J Y, Kim S W, Hwang T-K, et al (2012), "Percutaneous nephrolithotomy for complex renal calculi: is multi-tract approach ok?", *The Canadian journal of urology*, 19 (4), pp. 6360-6365.

3. **Curhan G C** (2007), "Epidemiology of stone disease", *Urologic Clinics of North America*, 34 (3), pp. 287-293.

4. **Elawady H, Mostafa D E, Mahmoud M A, Abuelnaga M, et al** (2018), "Is multiple tracts percutaneous nephrolithotomy (PCNL) safe modality in management of complex renal stones? A prospective study: Single center experience", *African Journal of Urology*, 24 (4), pp. 308-314.

5. **Elghoneimy M, Abdel-Rassoul M, Elfayoumy H, Mosharafa A** (2016), "Conservative management of colonic injury during percutaneous nephrolithotomy", *African Journal of Urology*, 22 (2), pp. 101-105.

6. **Ganpule A P, Desai M** (2008), "Management of the staghorn calculus: multiple-tract versus single-tract percutaneous nephrolithotomy", *Current opinion in urology*, 18 (2), pp. 220-223.

7. **Hegarty N J, Desai M M** (2006), "Percutaneous nephrolithotomy requiring multiple tracts: comparison of morbidity with single-tract procedures", *Journal of endourology*, 20 (10), pp. 753-760.

8. **Ibrahim A, Elsothi I, Mahjoub S, Elatreisy A, et al** (2017), "Factors determining perioperative complications of percutaneous nephrolithotomy: a single center perspective", *African Journal of Urology*, 23 (4), pp.

9. **Jackman S V, Docimo S G, Cadeddu J A, Bishoff J T, et al** (1998), "The "mini-perc" technique: a less invasive alternative to

percutaneous nephrolithotomy", *World journal of urology*, 16 (6), pp. 371-374.

10. **Marguet C G, Springhart W P, Tan Y H, Patel A, et al** (2005), "Simultaneous combined use of flexible ureteroscopy and percutaneous nephrolithotomy to reduce the number of access tracts in the management of complex renal calculi", *BJU international*, 96 (7), pp. 1097-1100.

11. **Osman M, Wendt-Nordahl G, Heger K, Michel M S, et al** (2005), "Percutaneous nephrolithotomy with ultrasonography-guided renal access: experience from over 300 cases", *BJU international*, 96 (6), pp. 875-878.

12. **Patel S R, Haleblan G E, Pareek G** (2010), "Percutaneous nephrolithotomy can be safely performed in the high-risk patient", *Urology*, 75 (1), pp. 51-55.

13. **Singla M, Srivastava A, Kapoor R, Gupta N, et al** (2008), "Aggressive approach to staghorn calculi—safety and efficacy of multiple tracts percutaneous nephrolithotomy", *Urology*, 71 (6), pp. 1039-1042.

14. **Tefekli A, Altunrende F, Tepeler K, Tas A, et al** (2007), "Tubeless percutaneous nephrolithotomy in selected patients: a prospective randomized comparison", *International urology and nephrology*, 39 (1), pp. 57-63.

15. **Wen C C, Nakada S Y** (2007), "Treatment selection and outcomes: renal calculi", *Urologic Clinics of North America*, 34 (3), pp. 409-419.

## THỰC TRẠNG TUÂN THỦ SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2019

PHAN VĂN TƯỜNG<sup>1</sup>, PHẠM HỮU ĐOÀN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng, <sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ/không tuân thủ phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân.

Chịu trách nhiệm: Phan Văn Tường

Email: pvt@huph.edu.vn

Ngày nhận: 17/12/2020

Ngày phản biện: 13/01/2021

Ngày duyệt bài: 25/01/2021

**Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang kết hợp định tính và định lượng, thực hiện trên 373 hồ sơ bệnh án có chỉ định phẫu thuật (phẫu thuật sạch hoặc nhiễm bẩn). Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01 năm 2019 đến tháng 6 năm 2019. Sử dụng bộ công cụ được thiết kế sẵn để đánh giá việc tuân thủ phác đồ sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật.

**Kết quả:** Tỷ lệ tuân thủ chỉ định sử dụng kháng sinh dự phòng là 83,1%, trong đó tỷ lệ tuân thủ sử dụng loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất (99,2%) và tuân thủ đúng thời điểm chiếm tỷ lệ thấp nhất (78,6%). Có mối liên quan giữa