

Áp dụng thang điểm Clavien-Dindo trong theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ

Applicability of Clavien-Dindo score in monitoring patients after mini percutaneous nephrolithotomy

Nguyễn Thu Hà, Lê Thị Ngọc Lan, Luân Ngọc Chiến,
Nguyễn Thị Phương Thảo, Vũ Thanh Thuỷ

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá áp dụng thang điểm Clavien-Dindo cải tiến trong theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả tiến cứu 72 trường hợp sỏi thận được điều trị tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2020. Áp dụng thang điểm Clavien Dindo cải tiến phân loại các biến chứng. **Kết quả:** 72 bệnh nhân: 51 nam (70,8%)/21 nữ (29,2%). Tuổi trung bình $52,2 \pm 10,2$ tuổi ($30 \div 80$). Sỏi thận đài dưới (50,0%), sỏi bể thận (22,2%), sỏi bể thận và 1 đài (26,4%). Thời gian phẫu thuật trung bình $87,5 \pm 21,7$ phút ($40 \div 140$). Tất cả sỏi thận đều được tán sỏi qua da thành công. Biến chứng sau phẫu thuật gặp 09 bệnh nhân (12,5%) do sốt sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình $6,8 \pm 3,6$ ngày ($5 \div 10$ ngày). Dẫn lưu thận rút sau $2,0 \pm 0,76$ ngày. Không gặp các biến chứng khác. **Kết luận:** Sử dụng thang điểm Clavien Dindo cải tiến trong đánh giá biến chứng phẫu thuật giúp cho việc thống kê các biến chứng được hệ thống, giúp cho công tác theo dõi bệnh nhân của điều dưỡng được hiệu quả hơn.

Từ khóa: Biến chứng phẫu thuật, tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, thang điểm Clavien Dindo.

Summary

Objective: To evaluate applicability of modified Clavien Dindo score in monitoring patients after mini percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL). **Subject and method:** A prospective study of 72 kidney stones case treated by mini-PCNL management at 108 Military Central Hospital from Jan 2020 to April 2020. The modified Clavien classification system, which classifies the perioperative complications into 5 grade, was applied. **Result:** 51 males (70.8%) and 21 females (29.2%) with the average age of 52.2 ± 10.2 (range from 30 to 80 years old). Stone site: Renal pelvis: (22.2%), lower calyx (50%), pelvis and 1 calyx: (26.4%), Average operative time: 87.5 ± 21.7 minutes (40 - 140). Laser lithotripsy and stone removal were successful in 100% cases. The rate of postoperative early complication was 12.5% (fever post operated). The mean of hospital stay: 6.8 ± 3.6 days ($5 \div 10$). Nephrostomy tube removal after: 2.0 ± 0.76 days ($2 \div 5$). No severe complications. **Conclusion:** Using the modified Clavien Dindo score in evaluating surgical complications helps to statistically report sytemic complications, helping the patient's monitoring of nursing be effective.

Keywords: Complications, mini-PCNL, Clavien Dindo score.

Ngày nhận bài: 18/8/2020, ngày chấp nhận đăng: 30/8/2020

Người phản hồi: Nguyễn Thu Hà, Email: hanguyen1610@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

1. Đặt vấn đề

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, chiếm tỉ lệ cao nhất trong các bệnh lý tiết niệu hiện nay, trong đó sỏi thận chiếm tỷ lệ khoảng 40% [1], [2]. Hiện nay, tán sỏi thận qua da là phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn được lựa chọn hàng đầu và dần thay thế cho mổ mở truyền thống cùng những phương pháp khác như nội soi tán sỏi ngược dòng, và tán sỏi ngoài cơ thể. Bên cạnh những thành công đã được thừa nhận, tán sỏi thận qua da vẫn còn 1 số tai biến, biến chứng. Việc phân loại các tai biến, biến chứng này còn chưa thống nhất. Năm 1992, Clavien đề xuất thang điểm để phân loại các biến chứng sau phẫu thuật bao gồm 5 mức độ, đầu tiên được áp dụng cho phẫu thuật cắt túi mật [4, 5, 6]. Đến năm 2004, được Daniel Dindo cải tiến lại thành 7 mức độ I, II, IIIa, IIIb, IVa, IVb, V, chủ yếu dựa vào các phương pháp được dùng để điều trị các biến chứng. Nhiều nghiên cứu trên y văn cho thấy thang điểm Clavien - Dindo có nhiều ưu điểm: Chính xác, đơn giản, dễ sử dụng, có thể áp dụng rộng rãi cho tất cả các loại phẫu thuật nói chung và tán sỏi thận qua da nói riêng. Các biến chứng xảy ra sẽ gây ảnh hưởng đến điều trị, kéo dài ngày nằm điều trị, gia tăng chi phí điều trị. Điều dưỡng là nhân viên y tế thường xuyên tiếp xúc với người bệnh, là đối tượng có thể phát hiện sớm nhất những thay đổi, biến chứng ở người bệnh, do đó cần có 1 bộ tiêu chí giúp cho việc theo dõi phát hiện các biến chứng có thể xảy ra được thuận lợi, từ đó nhanh chóng báo bác sỹ có phương án xử trí sẽ góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị cho người bệnh. Qua đó chúng tôi đã thực hiện nghiên cứu "Áp dụng thang điểm Clavien-Dindo trong theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da" nhằm mục tiêu: *Đánh giá áp dụng thang điểm Clavien-Dindo cải tiến trong theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Bao gồm 72 bệnh nhân (BN) có sỏi thận (ST), được điều trị bằng phẫu thuật (PT) tán sỏi thận qua

da (TSTQD) đường hầm nhỏ tại Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện TWQĐ 108, trong khoảng thời gian 04 tháng (từ tháng 01/2020 đến tháng 04/2020). Cơ mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả các BN có chẩn đoán ST có chỉ định phẫu thuật TSTQD đường hầm nhỏ.

BN không có dị dạng bất thường về giải phẫu hệ tiết niệu.

Cấy khuẩn nước tiểu (-).

2.2. Phương pháp

Tiến cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Một số đặc điểm BN trước mổ: Tuổi, giới, chẩn đoán, các chỉ số xét nghiệm nước tiểu. Kết quả phẫu thuật TSTQD đường hầm nhỏ: Thời gian mổ, ngày điều trị và các biến chứng sau PT. Đánh giá và phân loại các biến chứng theo thang điểm Clavien-Dindo. Đánh giá mức độ đau theo thang điểm Wong - Baker.

2.2.3. Quy trình phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ

Vô cảm: Tê tủy sống.

Bệnh nhân được tán sỏi thận qua da tư thế nằm sấp sau khi đặt ống thông niệu quản qua dây dẫn đường. Chọc dò vào thận qua da (trên đường rạch sau). Nong đường hầm bằng bộ nong mini Plastic tới 18Fr với dây dẫn đường làm nòng. Đặt Amplatz 18Fr vào thận. Đưa máy nội soi thận 12,5Fr qua Amplatz soi vào đài bể thận tìm và tán sỏi bằng laser Holmium YAG thành nhiều viên sỏi nhỏ hoặc tán vụn, dưới áp lực của nước đẩy các mảnh sỏi ra ngoài theo ống Amplatz. Kết thúc phẫu thuật, đưa máy soi tìm bể thận, khúc nối, luồn guidewire qua niệu quản tới bàng quang, rút catheter, đặt dẫn lưu JJ xuôi dòng theo dây dẫn, đặt dẫn lưu thận (DLT) ra da bằng ống Foley 16Fr qua Amplatz, bơm bóng khoảng 1 - 3ml, cố định ống thông.

Bảng 1. Thang điểm Clavien-Dindo

Độ	Nội dung
Độ I	Bất kì sai lệch từ quá trình hậu phẫu bình thường mà không cần điều trị bằng thuốc hay phẫu thuật, nội soi và can thiệp X-quang. Phác đồ điều trị cho phép là: Các loại thuốc chống nôn, hạ sốt, thuốc giảm đau, thuốc lợi tiểu, điện và vật lý trị liệu. Độ này cũng bao gồm nhiễm khuẩn vết mổ trong những ngày nằm viện
Độ II	Yêu cầu điều trị thuốc với các loại thuốc khác hơn như cho phép biến chứng độ I. Truyền máu và nuôi dưỡng hoàn toàn bằng tĩnh mạch
Độ III	Mổ lại, nội soi hoặc can thiệp X-quang
IIIa	Can thiệp không dưới gây mê toàn thân
IIIb	Can thiệp dưới gây mê toàn thân
Độ IV	Biến chứng đe dọa đến tính mạng (bao gồm cả biến chứng thần kinh trung ương), cần điều trị chăm sóc ở hồi sức trung tâm.
IV a	Rối loạn chức năng một cơ quan
IV b	Rối loạn chức năng nhiều cơ quan
Độ V	Tử vong

2.2.4. Đánh giá kết quả

Ngày điều trị sau phẫu thuật.

Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hoá.

Sốt: Theo dõi số ngày sốt sau mổ, mức độ sốt: Sốt nhẹ từ 37° - 37,9°C; sốt vừa: 30° - 38,9°C; sốt cao từ 39°C.

Chảy máu sau mổ: Theo dõi màu sắc nước tiểu qua dẫn lưu, qua xét nghiệm máu sau mổ. Chỉ định truyền máu khi xét nghiệm nồng độ huyết sắc tố

Hemoglobin < 6g/dL; nếu lượng Hb trong khoảng 6 - 10 g/dL thì cần cân nhắc thể trạng bệnh nhân, tuổi Cấy nước tiểu qua dẫn lưu thận (khi bệnh nhân có sốt cao).

Nhiễm khuẩn huyết: Cấy máu dương tính.

Nhiễm khuẩn vết mổ.

Rò nước tiểu qua đường hầm dẫn lưu thận.

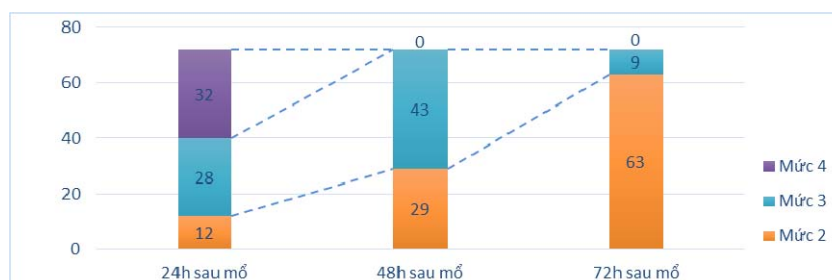
Biến chứng ngoài tiết niệu: Nhồi máu cơ tim, đột quỵ...

3. Kết quả**Bảng 2. Đặc điểm chung**

Tổng	72 bệnh nhân
Nam/nữ	51/21
Tuổi trung bình	52,2 ± 10,2 (30 - 80)
Triệu chứng thường gặp (Đau âm ỉ vùng thắt lưng)	77,8%
Cấy khuẩn niệu âm tính trước mổ	64 (88,9%)
Phân loại sỏi thận đài dưới (S1)	50%
Phân loại sỏi bể thận (S2)	22,6%
Phân loại sỏi bể thận và 1 đài (S3)	26,4%
Số lượng đường hầm chọc dò thận (1 đường)	90,3%
Vị trí chọc dò đài thận	62,5% (đài dưới), 33,4% (đài giữa), 4,1% (đài trên)
Thời gian phẫu thuật (phút)	87,5 ± 17,3 (40 ÷ 140)
Thời gian nằm viện trung bình	6,8 ± 3,6 ngày (4 ÷ 10)

3.2. Theo dõi sau PT

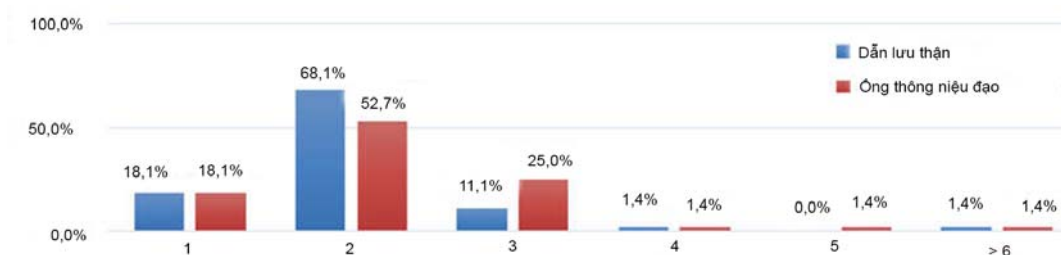
Mức độ đau sau PT



Biểu đồ 2. Mức độ đau của BN sau phẫu thuật theo thang điểm đau Wong Baker

Nhận xét: Tất cả các BN được đánh giá tại các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ sau mổ đều có mức độ đau chỉ từ 2 - 4 điểm thang điểm Wong - Baker. Trong 12 giờ đầu sau mổ, đa số BN cảm thấy đau ở mức 4 với 32 BN (44,4%), 28 BN (38,9%) đau ở mức 3 và chỉ 12 BN đau ở mức 2 theo thang đau Wong Baker. Từ sau 24 giờ, không còn BN nào cảm thấy đau ở mức 4, và đau ở mức 3 cũng giảm từ 43 BN ở thời điểm 48 giờ xuống 9 BN ở thời điểm 72 giờ. Và ở thời điểm 72 giờ đa số các BN chỉ cảm thấy đau ở mức 2 với 63 BN.

3.2.5. Số ngày rút dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo



Biểu đồ 3. Thời gian rút dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo

Nhận xét: Thời gian rút dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo tương đối tương đồng trong khoảng từ 1 ÷ 6 ngày. Chủ yếu BN được rút ngay 1 ngày sau phẫu thuật. Sau 2 – 3 ngày, đa số BN đã được rút, chỉ < 1,4% BN cần phải lưu ống > 3 ngày. Và thời gian trung bình rút DLT là $2,0 \pm 0,76$ ngày, ống thông niệu đạo là $2,2 \pm 0,96$ ngày.

3.3. Tai biến, biến chứng sau mổ

3.3.1. Sốt

Đa số BN không có sốt sau mổ với 87,5%. Có 12,5% BN sốt sau mổ với nhiệt độ sốt trung bình: $38,5 \pm 0,58$ ($37,9^\circ - 39,5^\circ\text{C}$), sau khi điều trị kháng sinh phổ rộng, ổn định; không có trường hợp nào biến chứng sốc nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết.

3.3.2. Các biến chứng khác

100% BN không gặp phải các biến chứng khác như tổn thương ruột, đại tràng (100% BN lưu thông tiêu hoá 1 ngày sau phẫu thuật), cũng như các biến chứng về thần kinh hay tim mạch và các cơ quan khác.

Bảng 3. Phân độ biến chứng theo Clavien - Dindo

Phân độ biến chứng	Tần số	Tỷ lệ %
Không có biến chứng	63	87,5
Độ I	9	12,5
Độ II	0	0
Độ III	0	0
Độ IV	0	0
Độ V	0	0
Tổng số	72	100

Nhận xét: Đa số BN có biến chứng sau mổ, các biến chứng gặp phải chỉ ở độ I theo phân độ của Clavien-Dindo gồm 9 BN (12,5%). Không gặp các biến chứng khác với phân độ cao hơn độ I.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Sỏi tiết niệu gặp ở mọi lứa tuổi song phổ biến nhất trong độ tuổi lao động. Chính vì thế các báo cáo của các tác giả trong và ngoài nước về phẫu thuật TSTQD chủ yếu đề cập đến độ tuổi này, tác giả Morshed A. Shalah và cộng sự (2004) thực hiện phẫu thuật TSTQD cho 138 trẻ em, độ tuổi nhỏ nhất được thông báo là 8 tháng tuổi [7]. Hay Vũ Nguyễn Khải Ca (2009) 78 trường hợp tuổi trung bình là 43,05 tuổi ($18 \div 62$ tuổi), lứa tuổi $25 \div 54$ chiếm tỷ lệ 79,6% [3]. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 52,2 ($30 \div 80$ tuổi), trong đó lứa tuổi $40 \div 59$ chiếm 58,3%.

Tỷ lệ mắc bệnh nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,4/1. Vũ Nguyễn Khải Ca (2009) là 1,68/1 [3], của Ahmed Tefekli (2008) là 1,3/1 [8].

4.2. Nhận xét kết quả phẫu thuật và một số triệu chứng sau phẫu thuật

Chẩn đoán và tình trạng trước, trong và sau phẫu thuật cũng như đặc điểm hình thái sỏi (Số lượng, vị trí, kích thước...) là yếu tố quyết định trong việc đưa ra kế hoạch điều trị và chăm sóc để điều dưỡng đặt ra kế hoạch chăm sóc cho từng giai đoạn sao cho phù hợp và có kết quả tốt nhất cho BN. Trong nghiên cứu này, đa số BN có phân độ vị trí sỏi ở S1 với 50,0%. Tỷ lệ loại sỏi S2 và S3 khá tương đương với lần lượt là 22,2% và 26,4%. Chỉ có 1,4% ở S4. Trình độ kỹ thuật của phẫu thuật viên và hình thái của sỏi cũng ảnh hưởng nhiều tới thời gian thực hiện phẫu thuật và số lượng đường hầm cần phải mở. Trong đó đa số người bệnh chỉ cần mở 1 đường hầm với 90,3%. Ngoài ra từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ < 60 phút với 79,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $87,5 \pm 21,7$ phút ($40 \div 140$ phút).

Phần lớn các BN sau PT đều cảm thấy đau vết mổ, đau do đặt stent JJ, đau do đặt ống thông niệu đạo... để đánh giá chung về vấn đề đau sau mổ,

chúng tôi đã sử dụng thang điểm đánh giá đau theo Wong Baker và thấy rằng mức độ tỷ lệ nghịch với thời gian. Mức độ đau của người bệnh cao nhất là trong vòng 24 giờ đầu sau mổ với 44,4% người bệnh cảm thấy đau ở mức 4, và 38,9% người bệnh cảm thấy đau ở mức 3. Tuy nhiên, từ sau 48 giờ, không còn BN nào còn cảm thấy đau ở mức 4. Chỉ còn đau ở mức 2 (40,3%) và mức 3 (59,7%). Và sau 72 giờ chỉ còn 12,5% đối tượng cảm thấy đau ở mức 3 còn lại người bệnh chỉ thấy đau ở mức 2, điều này cho thấy rằng công tác theo dõi, chăm sóc điều dưỡng đã có hiệu quả tốt trong việc giúp BN giảm đau sau phẫu thuật.

Dẫn lưu thận trọng tán sỏi qua da nhằm mục đích: Kiểm soát chảy máu, dẫn lưu các mảnh sỏi vụn và máu cục trong quá trình tán sỏi, giữ đường hầm vào hệ bài tiết trong trường hợp làm thì 2. Trước khi rút BN được kẹp thử dẫn lưu thận để theo dõi, dẫn lưu thận sẽ được rút bỏ. khi đã chắc chắn lưu thông của niệu quản thông suốt. Công tác chăm sóc điều dưỡng có vai trò đảm bảo thực hiện đúng, đủ quy trình và đảm bảo sự vô khuẩn để hạn chế tối đa các nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ cũng như nhiễm khuẩn ngược dòng và các vấn đề khác xảy ra dẫn đến các ảnh hưởng xấu đến kết quả hồi phục của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian rút dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo khá tương đồng với nhau. Ống thông niệu đạo thường được rút ngay từ ngày thứ 2 sau khi phẫu thuật với tỷ lệ là 52,7%. Sau từ 2 - 3 ngày đa số người bệnh còn lại cũng được rút dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo. Chỉ một tỷ lệ nhỏ dẫn lưu thận được rút sau phẫu thuật từ 4 - 6 ngày.

Ngoài chăm sóc về đau, dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo thì chăm sóc về các biến chứng đặc biệt là sốt là một vấn đề quan trọng và cần được chú ý. Sốt là một trong những biểu hiện quan trọng của nhiễm khuẩn và cần phải được chăm sóc và điều trị sớm nhất có thể tránh dẫn đến nhiễm khuẩn nặng hoặc có thể là nhiễm khuẩn huyết. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 9 BN (12,5%) sốt sau phẫu thuật, trong đó có 3 BN nhiễm khuẩn niệu lần 1, sau điều trị kháng sinh cấy lại lần 2 âm tính mới tiến hành phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trên 90 phút. Số BN này chúng tôi theo dõi dẫn lưu thận về màu

sắc, số lượng nước tiểu trong 24 giờ, đánh giá tình trạng tắc ống thông, báo bác sĩ kịp thời để có hướng điều trị chăm sóc phù hợp như làm công thức máu, cấy khuẩn niệu, cấy máu, dùng thuốc hạ sốt, dùng kháng sinh theo kháng sinh đồ, thay băng dẫn lưu, BN hết sốt sau 3 ngày và không để lại biến chứng gì.

Tất cả quá trình điều trị và chăm sóc sẽ quyết định tiến triển của người bệnh nhằm mục đích giảm thiểu tối đa thời gian nằm viện của người bệnh, giúp họ hồi phục tốt nhất sau mổ và không để lại biến chứng gần cũng như các biến chứng xa. Thời gian nằm viện trung bình là 6,8 ngày (4 - 15 ngày). Trong đó đa số người bệnh có thời gian nằm viện từ 4 - 10 ngày với 77,9%.

4.3. Biến chứng sau phẫu thuật

Hiện nay các phương tiện kỹ thuật ngày càng hoàn thiện, trình độ phẫu thuật viên ngày càng được nâng cao, phẫu thuật TSTQD vẫn gặp phải các biến chứng. Hệ thống phân loại của Clavien được thừa nhận là 1 công cụ tin cậy trong thống kê, phân loại các biến chứng phẫu thuật, theo đó Clavien độ I, II được cho là biến chứng nhẹ và độ III, IV, V được cho là biến chứng nặng. Trong nghiên cứu trên, chỉ có 12,5% BN có biến chứng độ I, và không gặp phải các biến chứng ở mức độ khác như độ II, III, IV, V. Điều này cho thấy kết quả TSTQD tại Bệnh viện TWQĐ 108 đã có kết quả khả quan với tỷ lệ gặp biến chứng thấp và chỉ gặp phải biến chứng nhẹ độ I. Những vấn đề chính cần phải được người điều dưỡng đánh giá đó là:

Dấu hiệu sinh tồn: Mạch, nhiệt độ, huyết áp, nhịp thở.

Đánh giá toàn thân: Ý thức, da-niêm mạc, tình trạng tiêu hoá, hô hấp...

Đánh giá tại chỗ: Sờ nắn vùng thận bên mổ, băng vết mổ; dẫn lưu thận và ống thông niệu đạo (tính chất, màu sắc, số lượng, tình trạng lưu thông).

Phụ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của BN đã được phân độ và đánh giá, điều dưỡng sẽ đưa ra kế hoạch chăm sóc và theo dõi phân cấp hộ lý chăm sóc với phân độ I, II đánh giá BN 12 giờ/ lần, phân độ III đánh giá BN 8 giờ/ lần, và các phân độ nặng IV và

V cần theo dõi và đánh giá sát sao ít nhất 1 giờ/ lần, theo dõi bằng monitor.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sốt sau phẫu thuật là biến chứng duy nhất với 12,5%, theo một số nghiên cứu tỷ lệ sốt sau mổ dao động từ 2,8% (Tefekli) đến 32,1% (MS Michel), tỷ lệ thường gặp nhất từ 6,5 - 13% (Rosette, Tanriverdi) [8], [9], [10]. Nguyên nhân của sự khác nhau này có thể đến từ chiến lược sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ của từng trung tâm, bệnh viện. Các yếu tố gây ảnh hưởng đến sốt sau TSTQD có thể bao gồm: BN không được điều trị nhiễm trùng tiết niệu trước phẫu thuật, số lượng và áp lực của dịch rửa trong phẫu thuật. Biến chứng sốt hay gặp trên BN có thời gian phẫu thuật kéo dài, do đó trong quá trình chăm sóc hậu phẫu, điều dưỡng cần lưu ý theo dõi sát toàn trạng và dấu hiệu sinh tồn của người bệnh.

Chảy máu là biến chứng phổ biến thứ 2 trong TSTQD, tỷ lệ gặp chung khoảng 5 - 18%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào có chảy máu phải truyền máu. Trong việc theo dõi và phát hiện biến chứng chảy máu, vai trò của điều dưỡng là theo dõi, báo cáo bác sĩ số lượng, màu sắc dịch chảy qua dẫn lưu thận, ống thông niệu đạo,... kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, bác sĩ sẽ ra quyết định phương pháp điều trị bảo tồn hay can thiệp (nút mạch) sớm hoặc các biện pháp điều trị bảo tồn chảy máu khác gồm: kẹp sonde dẫn lưu thận, băng ép.

Rò nước tiểu, là một biến chứng ít gặp, tuy nhiên nếu có cũng gây bất tiện cho người bệnh, rò nước tiểu hay gặp sau khi rút dẫn lưu thận. Tuy nhiên, chúng tôi không gặp biến chứng rò nước tiểu hay các biến chứng nặng như: Tổn thương đại tràng, màng phổi trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

5. Kết luận

Từ kết quả nghiên cứu trên 72 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật tán sỏi qua da tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 chúng tôi có kết luận như sau: Đa số bệnh nhân không có biến chứng sau phẫu thuật. Chỉ 12,5% bệnh nhân có sốt, tuy nhiên đều được chăm sóc và điều trị không để lại biến chứng. Các biến chứng sau mổ ở mức độ nhẹ theo

phân độ của Clavien - Dindo với độ I là 12,5%. Không gặp các biến chứng nặng.

Theo dõi sát, đánh giá sớm các triệu chứng, biến chứng sau mổ và phân độ bệnh nhân theo thang điểm Clavien- Dindo giúp cho điều dưỡng có thể xác định những vấn đề chăm sóc ưu tiên, phân cấp chăm sóc, và có những thái độ xử trí, lập kế hoạch chăm sóc phù hợp và hiệu quả.

Tài liệu tham khảo

1. Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Phương Linh (2005) *Kết quả một số thay đổi kỹ thuật trong lấy sỏi thận qua da*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 9, tr. 91-94.
2. Nguyễn Đạo Thuấn, Vũ Văn Ty, Nguyễn Văn Hiệp và cộng sự (2005) *Kết quả lấy sỏi thận, niệu quản nội soi qua da trên 622 bệnh nhân*. Tạp chí Y học Việt Nam, tr. 85-91.
3. Vũ Nguyễn Khải Ca (2009) *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp tán sỏi qua da trong điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Việt Đức*.
4. Clavien PA, Barkun J, Michelle L, Oliveira ML, Vauthey JN & Dindo D (2009) *The Clavien-Dindo classification of surgical complications: Five-year experience*. Annals of Surgery 250(2): 187-196.
5. Dindo D, Clavien PA (2008) *What is a surgical complication?*. World J Surg 32(6): 939-941.
6. Dindo D, Clavien PA (2010) *Quality assessment in surgery: Mission impossible?*. BioMed Central Switzerland, published by University Hospital Zurich.
7. Endre H, Munim Khan A, Tibor FI, Csaba T, Morshed AS (2004) *Endoscopic management of pediatric urolithiasis in a developing country*. Jan Pediatric urology: 159-162.
8. Tefekli A, Ali Karadag M, Tepeler K, Sari E, Berberoglu Y, Baykal M et al (2008) *Classification of percutaneous nephrolithotomy complications using the modified Clavien grading system: Looking for a standard*. Eur Urol 53: 184-190.
9. Rosette J, Assimos D, Desai M, Gutierrez J, Lingeman J, Scarpaet R et al (2011) *The clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study: Indications, complications, and outcomes in 5803 patients*. J Endourol 25: 11-17.
10. Maurice Stephan Michel, Lutz Trojan, Jens Jochen Rassweiler (2017) *Complications in Percutaneous Nephrolithotomy*. Europea Urology 51(2007): 899-899.