

Kết quả điều trị viêm bể thận cấp mức độ nặng do sỏi niệu quản bằng phương pháp dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn của siêu âm tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Results of treatment of acute pyelonephritis caused by ureteral stones by percutaneous nephrostomy at 108 Military Central Hospital

Phạm Văn Thương*, Hoàng Hữu Đoàn*,
Vũ Ngọc Sơn**

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,
**Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị viêm bể thận cấp mức độ nặng do sỏi niệu quản bằng phương pháp dẫn lưu thận qua da tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 50 bệnh nhân được dẫn lưu thận qua da điều trị viêm bể thận cấp mức độ nặng do sỏi niệu quản tại Trung tâm Tiết niệu - nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $60,8 \pm 11,6$ (tuổi), hay gặp sốt cao rét run chiếm 92%, viêm bể thận độ 4 và độ 5 chiếm 76%. Tỷ lệ thành công 100%, 92% bệnh nhân cải thiện lâm sàng ngày thứ nhất sau dẫn lưu. **Kết luận:** Dẫn lưu thận qua da là một phương pháp đơn giản, an toàn và hiệu quả cho điều trị viêm bể thận cấp mức độ nặng do sỏi niệu quản.

Từ khoá: Dẫn lưu thận qua da, viêm bể thận cấp, sỏi niệu quản.

Summary

Objective: To evaluate the results of treatment of severe acute pyelonephritis due to ureteral stones by percutaneous nephrostomy at 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** A study of 50 patients undergoing percutaneous nephrostomy for severe acute pyelonephritis caused by ureteral stones at the Urology - Andrology Center, 108 Military Central Hospital from 10/2020 to 6/2022. **Result:** The mean age was 60.8 ± 11.6 (age), high fever, shiver accounted for 92%, pyelonephritis grade 4 and grade 5 accounted for 76%. 100% success rate, 92% of patients improved clinically on the first day after drainage. **Conclusion:** Percutaneous nephrostomy is a simple, safe and effective method for the treatment of severe acute pyelonephritis due to ureteral stones.

Keywords: Percutaneous nephrostomy, acute pyelonephritis, ureteral stones.

Ngày nhận bài: 25/12/2023, ngày chấp nhận đăng: 15/01/2024

Người phản hồi: Vũ Ngọc Sơn, Email: sonk33g@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Viêm bể thận (VBT) do sỏi niệu quản gây tắc nghẽn là nhiễm khuẩn nặng có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết và tử vong, là một bệnh cấp cứu trong tiết niệu [1], [2]. Sỏi niệu quản (SNQ) là một trong những nguyên nhân tắc nghẽn từ đó gây nên tình trạng viêm thận bể thận cấp tính trên lâm sàng [3]. Hậu quả của viêm thận bể thận cấp do sỏi niệu quản gây tắc nghẽn là sự hủy hoại về cấu trúc và dẫn đến suy giảm chức năng thận. Bên cạnh đó, nhiễm khuẩn huyết nặng có tỉ lệ tử vong từ 28,3-41,1%, và sốc nhiễm khuẩn có tỉ lệ tử vong đến 50%, trong đó nhiễm khuẩn từ đường tiết niệu chiếm khoảng 5%. Đi đôi với sử dụng kháng sinh thì làm giảm áp lực trong thận khẩn cấp bằng dẫn lưu thận là điều trị tiêu chuẩn trên bệnh nhân viêm thận bể thận cấp có nguy cơ nhiễm khuẩn huyết do sỏi niệu quản gây tắc nghẽn đường niệu gây ra [1], [2]. Dẫn lưu thận (DLT) qua da là thủ thuật được biết đến từ năm 1955 bởi William Goodwin và cộng sự (CS) [4]. Từ đó đến nay, kỹ thuật này đã không ngừng được cải tiến và áp dụng khá rộng rãi đem lại một số kết quả tốt trong điều trị cho bệnh nhân ứ nước, ứ mủ bể thận.

Hiện nay, các trường hợp được chẩn đoán viêm thận bể thận cấp được khuyến cáo dẫn lưu thận sớm. Tại Việt Nam có nhiều nơi thực hiện thủ thuật dẫn lưu thận, tuy nhiên những nghiên cứu về đánh giá vai trò của dẫn lưu thận qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong điều trị viêm thận bể thận mức độ nặng do sỏi niệu quản gây tắc nghẽn còn ít. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị viêm bể thận cấp do sỏi niệu quản bằng phương pháp dẫn lưu thận qua da.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 50 bệnh nhân được dẫn lưu thận qua da điều trị viêm thận bể thận cấp mức độ nặng do SNQ tại Trung tâm Tiết niệu - Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 10/2020 đến tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

BN > 16 tuổi được chẩn đoán VBT mức độ nặng (Bảng 1) do SNQ có chỉ định dẫn lưu đài bể thận, được điều trị bằng DLT qua da.

Bảng 1. Phân loại nhiễm khuẩn tiết niệu theo mức độ nặng theo Hiệp hội Tiết niệu châu Âu 2013 [5]

Phân loại nhiễm khuẩn tiết niệu	Chẩn đoán		Mức độ nặng
1	Viêm bàng quang (CY)		
2 và 3	VTBT	PN-2	Nhẹ hoặc trung bình
		PN-3	Nặng
4	Nhiễm khuẩn huyết (US)		Nặng
5	Rối loạn chức năng đa cơ quan		Nặng
6	Sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng		Nặng

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có viêm thận bể thận nặng do các nguyên nhân khác không phải SNQ.

BN có chống chỉ định của DLT như: Rối loạn đông máu nặng, đang được điều trị với chống đông, tăng huyết áp không kiểm soát được.

BN không có đủ hồ sơ, bệnh án nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp

Mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu.

Phương tiện nghiên cứu

Máy siêu âm, dụng cụ tiểu phẫu, kim chọc dò 18G, bộ dụng cụ nong thận bằng plastic, ống thông mono J 8F, 10F (pig tail), thuốc tê tại chỗ bằng lidocaine 2%.

Kỹ thuật dẫn lưu thận ra da

Bệnh nhân tư thế nằm sấp, dọn gối dưới bụng, sát khuẩn trải sẵn vùng thắt lưng.

Siêu âm xác định vị trí chọc dò và gây tê tại chỗ tại vị trí xác định.

Chọc dò dưới hướng dẫn của siêu âm qua vòm
đài vào bể thận, rút nòng thấy có nước tiểu hoặc mủ
trào ra là đã thành công.

Hút lấy dịch chọc được để nuôi cấy vi khuẩn làm
kháng sinh đồ.

Luồn guidewire, rút kim, nong đường hầm đến
kích cỡ của mono J (8F hoặc 10F).

Đưa mono J kích thước 8F hoặc 10F vào dưới
hướng dẫn củ dây dẫn đường.

Rút guidewire, nắp túi nước tiểu và khâu cố
định mono J.

Băng chân dẫn lưu và kết thúc thủ thuật.

Các chỉ tiêu đánh giá

Một số đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên
cứu: Tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng
trước dẫn lưu.

Đánh giá kết quả điều trị: Thời điểm thực hiện,
thời gian làm thủ thuật, tích chất dịch dẫn lưu, biến
đổi lâm sàng và cận lâm sàng sau dẫn lưu, đánh giá
kết quả điều trị.

Các tai biến và biến chứng: Chảy máu, tuột dẫn
lưu, tắc ống thông, shock nhiễm khuẩn, tử vong...

3. Kết quả

**3.1. Một số đặc điểm bệnh lý của nhóm bệnh
nhân nghiên cứu**

Tuổi trung bình $60,78 \pm 11,64$ (tuổi), nhóm ≥ 60
tuổi chiếm 56%; nam giới chiếm 64%, nữ 36%;
nam/nữ 1,8/1; BN có bệnh lý nền chiếm 44%, chủ yếu
là đái tháo đường và bệnh lý tim mạch; 58% bệnh
nhân đã có can thiệp bên thận dẫn lưu trước đó.

**Bảng 3. Kết quả xét nghiệm nước tiểu
của BN khi nhập viện**

Chỉ số xét nghiệm		Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Nitrit	Dương tính	12	24
Bạch cầu	Dương tính	17	34
Hồng cầu	Dương tính	33	66

Có 9/50 BN cấy nước tiểu trước dẫn lưu mọc vi
khuẩn, tỉ lệ mọc *E. coli* 14%; *K. pneumoniae* 2%;
P. aeruginosa 2%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 4. Thời điểm thực hiện thủ thuật

Thời gian làm thủ thuật	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Ngày vào viện	25	50
Sau vào viện 1 ngày	17	34
Sau vào viện 2 ngày	4	8
Sau vào viện >2 ngày	4	8
$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	$1,81 \pm 1,05$ (1-4)	
Tổng	50	100
Thời gian thực hiện thủ thuật (phút)	$16,30 \pm 4,93$ (10 ÷ 30)	

Bảng 5. Đặc điểm dịch dẫn lưu bể thận (n = 50)

Đặc điểm dịch dẫn lưu bể thận		Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Nuôi cấy dịch tại thời điểm DL	Âm tính	25	50
	Dương tính	25	50

**Bảng 6. Kết quả
vi khuẩn nuôi cấy dịch dẫn lưu thận**

Kết quả	Số bệnh nhân (n = 50)	Tỷ lệ %
<i>Escheria coli</i>	18	36
<i>Klesiella pneumoniae</i>	3	6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	4	8
Không mọc	25	50
Tổng	50	100

Có 50% số BN sau DLT nuôi cấy cho kết quả
dương tính, trong đó có 18 BN (36%) có kết quả mọc
vi khuẩn *E. coli*.

Bảng 7. Thời điểm rút dẫn lưu thận

Thời điểm	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Sau dẫn lưu 4 ngày	3	6
Sau dẫn lưu 5 ngày	5	10
Sau dẫn lưu 6 ngày	3	6
Sau dẫn lưu 7 ngày	12	24
Sau dẫn lưu >7 ngày	27	54
$\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)	$9,82 \pm 6,04$ (4-30)	
Tổng	50	100

Bảng 8. Tình trạng nhiễm khuẩn trước và sau DLT (n = 50)

Cận lâm sàng	Vào viện ($\bar{X} \pm SD$)	Sau DLT ngày thứ 1 ($\bar{X} \pm SD$)	Sau DLT ngày thứ 3 ($\bar{X} \pm SD$)
Bạch cầu máu (G/l)	18,62 $\pm$ 7,11	18 $\pm$ 12,71 (p<0,01)	13,65 $\pm$ 12,90 (p<0,01)
CRP (mg/dl)	91,04 $\pm$ 64,31	77,58 $\pm$ 68,27 (p=0,309)	44,64 $\pm$ 36,31 (p<0,01)
Procalcitonin	23,76 $\pm$ 14,64	17,52 $\pm$ 13,73 (p=0,125)	3,76 $\pm$ 1,79 (p<0,01)

Bảng 9. Cải thiện tình trạng nhiễm trùng sau dẫn lưu

Kết quả (n = 50)	Ngày thứ 1	Ngày thứ 3
Cải thiện	46 (92%)	49 (98%)
Không cải thiện	4 (8%)	1 (2%)

Bảng 10. Các biến chứng của DLT

Biến chứng	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Chảy máu tại chỗ	12	24
Tắc ống thông	8	16
Tuột ống thông	1	2
Đái máu đại thể sau DLT	3	6
Sốc nhiễm khuẩn	1	2

Bảng 11. Kết quả gần

Kết quả	Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Tốt	25	50
Khá	24	48
Trung bình	1	2
Kém	0	0
Tổng	50	100

Nhận xét: Hầu hết BN đều có kết quả điều trị tốt, khá (98%), chỉ có 1 BN có kết quả điều trị ở mức trung bình (2%), không có kết quả kém.

4. Bàn luận

4.1. Một số đặc điểm bệnh lý của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng cơ năng và thực thể

Đau thắt lưng là triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất trong SNQ với tỷ lệ 100%, và rung thận là dấu hiệu gặp ở 100% BN bị VBT, bên cạnh đó hầu hết BN

khi vào viện đều có triệu chứng sốt cao, rét run (92%). Đây là hai triệu chứng nằm trong hội chứng nhiễm trùng, thể hiện sự đáp ứng của cơ thể với vi khuẩn lạ xâm nhập vào đường tiết niệu gây viêm đường tiết niệu. Sốt và rét run thường gặp ở NKTN trên nhiều hơn NKTN dưới (Bảng 2). Kết quả này tương tự Trần Hữu Toàn (2021) nghiên cứu 207 BN nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn do tắc đường tiết niệu trên thì đau vùng thắt lưng chiếm 81,6% và sốt chiếm là 85% [6]; theo Khoo K.S.M. và CS (2020) nghiên cứu 459 BN VTBT cấp tính thì có 439 BN đau vùng thắt lưng chiếm 95,6%, 433 BN có sốt chiếm 94,3% và 158 BN có rét run chiếm 34,4%, 347 BN có rối loạn tiểu tiện 75,6% [7].

Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn gặp các triệu chứng biến đổi về nước tiểu và triệu chứng đường tiểu dưới bao gồm: Tiểu máu, tiểu đục, tiểu buốt, tiểu dắt, bí tiểu. Đái máu thường là đại thể, xuất hiện khi hồng cầu niệu nhiều, nước tiểu có màu hồng cho đến đỏ tươi hoặc đỏ sẫm, nguyên nhân thường do sỏi thận, niệu quản; NKTN, u tiết niệu. Có thể lý giải đặc điểm này là do rất nhiều BN sẽ không đi khám nếu chỉ đau âm ỉ trong một thời gian ngắn, tuy nhiên nếu có bất thường nước tiểu như tiểu hồng, tiểu đỏ hoặc tiểu ra máu cục, ra mủ đục, BN sẽ lo lắng và đi khám sớm.

Một số kết quả cận lâm sàng

Các xét nghiệm về nước tiểu cũng cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn đặc hiệu như bạch cầu niệu (34%), hồng cầu niệu (66%), nitrit (+) (24%). Sỏi tiết niệu chính là yếu tố thuận lợi thúc đẩy quá trình viêm nhiễm khi có tắc nghẽn đường niệu. Khi đường niệu bị tắc nghẽn, làm ứ đọng nước tiểu trên chỗ tắc tạo điều kiện thuận lợi cho các vi khuẩn chí trong đường niệu phát triển, gây viêm.

Trong quá trình đặt dẫn lưu chúng tôi đã thực hiện nuôi cấy nước tiểu dưới tắc nghẽn (trước dẫn lưu), và dịch dẫn lưu thận cho tất cả 50 BN, và có 9 BN có kết quả nuôi cấy nước tiểu dưới tắc nghẽn và 25 BN nuôi cấy dịch dẫn lưu thận dương tính chiếm 18% và 50%, chủ yếu là vi khuẩn *E. coli*. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Trần Hữu Toàn (2021) thì tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính là 27,9% và tác nhân gây bệnh chủ yếu là trực khuẩn Gram âm chiếm 85,1% (*E. coli* chiếm 69,4%) [6]. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính thấp trong nghiên cứu chúng tôi thấp có thể giải thích một số BN đã được sử dụng KS trước khi nhập viện hoặc trước khi thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn, tại thời điểm lấy mẫu nuôi cấy nước tiểu có thể là vô khuẩn. Sự khác biệt kết quả cấy nước tiểu phía trên và phía dưới tắc nghẽn trong nghiên cứu chúng tôi là 25 BN (50%) so với 9 BN (18%) vì nước tiểu bị nhiễm khuẩn ở phía trên sẽ không xuống được bên dưới trong quá trình lấy mẫu nước tiểu phía dưới tắc nghẽn để nuôi cấy. Như vậy, xét nghiệm nuôi cấy và định danh vi khuẩn trong nước tiểu trên chỗ tắc là cần thiết phải thực hiện để lựa chọn KS điều trị chính xác và thích hợp.

4.2. Kết quả điều trị

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 25 BN được DLT ngay sau khi vào viện (chiếm 50%), có 4 BN được dẫn lưu sau khi vào viện trên 2 ngày. Thời gian thực hiện thủ thuật trung bình là $16,30 \pm 4,93$ phút, nhanh nhất là 10 phút, lâu nhất là 30 phút (Bảng 4). Trong nghiên cứu của tác giả Lê Đình Đạm, thời gian thực hiện dẫn lưu tắc nghẽn $12,6 \pm 7,86$ phút, cũng theo tác giả thời gian dẫn lưu tắc nghẽn và thời gian từ khi nhập viện đến khi được dẫn lưu tắc nghẽn không có ý nghĩa [8]. Trường hợp BN dẫn lưu lâu nhất của chúng tôi là 30 phút vì bệnh nhân này được dẫn lưu 2 thận vào viện vì thiếu niệu, trên siêu âm đài bể thận giãn độ I, II gây khó khăn hơn trong việc chọc kim vào thận.

Sự cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn sau khi dẫn lưu

Chúng tôi ghi nhận kết quả khoảng 24 giờ sau dẫn lưu và sử dụng KS có 46 BN cải thiện về mặt lâm sàng (Bảng 9). Bạch cầu máu giảm $18 \pm 12,71$ g/l ($p < 0,001$); CRP: $77,58 \pm 68,27$ mg/l ($p = 0,309$); PCT giảm: $17,52 \pm 13,73$ ($p = 0,125$) so trước lúc can thiệp

(Bảng 8). Kết quả khoảng 72 giờ sau dẫn lưu và sử dụng KS, phần lớn BN cải thiện nhiều về mặt lâm sàng cũng như cận lâm sàng: 49 BN (98%) cải thiện lâm sàng và 1 BN không cải thiện về lâm sàng (Bảng 9). Sau 3 ngày ghi nhận trên cận lâm sàng bạch cầu máu giảm $13,65 \pm 12,90$ g/l ($p < 0,001$); CRP: $44,64 \pm 36,31$ mg/l ($p < 0,001$); PCT giảm: $3,76 \pm 1,79$ ng/ml ($p < 0,001$) so trước lúc can thiệp (Bảng 8). Như vậy, các BN được dẫn lưu nhanh chóng dẫn đến áp lực trong bể thận được giảm làm cải thiện tình trạng tưới máu và chức năng thận từ đó tăng hiệu quả của liệu pháp KS sử dụng. Theo nghiên cứu Xu RY và CS (2014) các trường hợp VTBT cấp tính có nồng độ PCT (trước điều trị: $3,90 \pm 3,51$ ng/ml; sau điều trị: $1,78 \pm 2,07$ ng/ml) và CRP (trước điều trị: $68,17 \pm 39,42$ mg/l; sau điều trị: $26,13 \pm 15,14$ mg/l) thay đổi trước và sau điều trị. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Qua đó sự thay đổi của PCT và CRP có thể giúp theo dõi diễn tiến bệnh và đánh giá kết quả điều trị [9].

Tai biến và biến chứng

Theo Bảng 10, trong 50 BN trong nghiên cứu, sau DLT có 12 trường hợp chảy máu tại chỗ, được xử trí bằng ép, có 8 trường hợp tắc ống thông nghi ngờ do cục máu đông, được xử trí bằng hút qua mono JJ, sau đó tái thông hoàn toàn, có 3 trường hợp đái máu đại thể, được xử trí dùng thuốc cầm máu tiêm tĩnh mạch. Có 1 trường hợp tuột DLT do BN này có thận giãn độ 4 trên CLVT được chỉ định cắt thận mất chức năng (xạ thận 11%) nhưng BN không đồng ý, BN được cho về vẫn lưu dẫn lưu thận, bệnh nhân bị tuột dẫn lưu thận vào ngày thứ 30 sau dẫn lưu, sau nhập viện lại bệnh nhân đồng ý cắt thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân biến chứng nặng sốc nhiễm khuẩn sau dẫn lưu. Đây là một bệnh nhân nữ 50 tuổi vào viện được chẩn đoán VTBT do SNQ mức độ 4 (theo phân loại nhiễm khuẩn tiết niệu của Hiệp hội Tiết niệu châu Âu 2013 [5]). Sau dẫn lưu bệnh nhân xuất hiện rét run, nổi vân tím, mạch 120ck/p, huyết áp 70/40mmHg, duy trì vận mạch, xét nghiệm cận lâm sàng sau dẫn lưu bệnh nhân này thấy PCT: 124,08ng/ml (trước dẫn lưu 80,54ng/ml); Bạch cầu: 29,41G/L (Trước dẫn lưu 17,46G/L). Bệnh nhân tiếp tục được điều trị vận mạch đến ngày thứ 3 sau DLT, kháng sinh phổ rộng, liều cao và đến ngày thứ 5 tình

trạng bệnh nhân cải thiện được chỉ định mổ mở lấy SNQ vào ngày thứ 8 sau DLT.

Đánh giá kết quả chung

Tất cả các can thiệp để loại bỏ sỏi đều được tiến hành sau khi cấy khuẩn dịch dẫn lưu thận ghi nhận kết quả âm tính. Đa số bệnh nhân được nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi (56%) có 1 bệnh nhân (2%) thực hiện nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng và tán sỏi qua da đồng thời, 2 bệnh nhân cắt thận, 2 bệnh nhân mổ mở lấy sỏi niệu quản. Thời điểm rút DLT trong nghiên cứu của chúng tôi $9,82 \pm 6,04$ (4-30) ngày (Bảng 7). Với nhóm bệnh nhân có chỉ định can thiệp nội soi ngược dòng tán SNQ, chúng tôi rút DLT sau can thiệp khoảng 2 ngày để theo dõi tính trạng nước tiểu sau tán sỏi, đồng thời với tán sỏi ngược dòng DLT giữ lại để giảm áp lực nước bơm lên thận trong quá trình phẫu thuật vì đây là một trong những nguyên nhân gây nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn ở BN tán SNQ. Với nhóm BN có chỉ định lấy sỏi qua da để giải quyết nguyên nhân gây tắc nghẽn, chúng tôi sử dụng đường vào của mono JJ để nong rộng làm đường hầm lấy sỏi qua da. Sau phẫu thuật chúng tôi lưu dẫn lưu thận 2 ngày sau đó rút. Thời điểm xử trí nguyên nhân tắc nghẽn là $8,82 \pm 5,31$ (3-50) ngày. Trường hợp can thiệp vào ngày thứ 50 là trường hợp bệnh nhân về nhà sau đó quay trở lại nhập viện cắt thận mất chức năng đồng thời lấy SNQ. Trường hợp cắt thận còn lại, là BN có giãn thận độ IV trên CLVT, sau khi BN dẫn lưu xong tình trạng ổn định, chụp xạ hình thận 18% đồng thời theo dõi DLT ra khoảng dưới 20ml nước tiểu/ngày được chỉ định cắt thận, lấy SNQ.

Hầu hết BN đều có kết quả điều trị tốt, khá (98%), chỉ có 1 BN có kết quả điều trị ở mức trung bình (2%), không có BN nào có kết quả điều trị ở mức kém.

5. Kết luận

Dẫn lưu thận qua da điều trị viêm bể thận cấp mức độ nặng do sỏi niệu quản là an toàn và hiệu quả với tỷ lệ thành công 100%. Mức độ cải thiện tình

trạng nhiễm khuẩn về lâm sàng và cận lâm sàng là rõ rệt và có ý nghĩa sau khi dẫn lưu, cụ thể ngày thứ 1 là 92% và sau 72 giờ là 98%.

Tài liệu tham khảo

1. Hội Tiết niệu thận học Việt Nam (2013) *Nhiễm khuẩn huyết từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu*. Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam, tr. 61-72.
2. Oredin-McCoy O, Goldsmith ZG, Gerber L et al (2013) *Emergent ureteric stent vs percutaneous nephrostomy for obstructive urolithiasis with sepsis: Patterns of use and outcomes from a 15 year experience*. BJU Int 115(5): 31-34.
3. Tiselius HG, Preminger GM, Assimos DG et al (2007) *Guideline for the management of ureteral calculi*. J Urol 178: 2418-34.
4. Torres VE, Gloor JM et al (1995) *Reflux and Obstructive Nephropathy*. Nihon Rinsho 53(8): 2019-2026.
5. Bjerklund TE, Johansen MG, Botto H (2013) *Guidelines on Urological Infections, urological infections*. Limited update march: 13-14.
6. Trần Hữu Toàn, Ngô Xuân Thái (2021) *Giá trị của điểm số qSOFA, SOFA trong chẩn đoán và kết quả điều trị nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn ở bệnh nhân tắc đường tiết niệu trên*. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. Số đặc biệt tháng 01/2021.
7. Khoo KSM, Lim ZY, Chai CY et al (2020) *Management of acute pyelonephritis in the emergency department observation unit*. BMJ 10(1): 21.
8. Lê Đình Đạm (2021) *Nghiên cứu điều trị nhiễm khuẩn ở bệnh nhân tắc nghẽn đường tiết niệu trên do sỏi*. Luận án Tiến sĩ Y học.
9. Xu RY, Liu HW, Liu JL et al (2014) *Procalcitonin and Creactive protein in urinary tract infection diagnosis*. BMC Urol 14(2): 45.