

Báo cáo trường hợp phát hiện Hem-o-lok clip trong bể thận hình thành sỏi thứ phát

Case report: Detection of hem-o-lok clip in the renal pelvis forming secondary stones

Kiều Đức Vinh*, Đỗ Tuấn Anh,
và Chử Lê Thanh Hùng

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Dị vật cơ thể không tiêu tồn lưu lâu trong bể thận hình thành sỏi thứ phát, đã được phát hiện và báo cáo trong y văn. Dị vật là Hem-o-Lok clip (HOLC) trong bể thận rất hiếm gặp. Đến thời điểm hiện tại, chúng tôi chưa ghi nhận báo cáo nào tại Việt Nam. Trên thế giới, chỉ có một số ít báo cáo về phát hiện HOLC trong bể thận hình thành sỏi thứ phát sau mổ cắt thận bán phần. Chúng tôi báo cáo trường hợp phát hiện HOLC trong bể thận hình thành sỏi thứ phát sau mổ nội soi sau phúc mạc lấy sỏi thận năm thứ 4. **Trường hợp lâm sàng:** Người bệnh là nữ 50 tuổi, có tiền sử mổ nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận trái cách đây 4 năm. Người bệnh được chẩn đoán sỏi thận trái tái phát và có chỉ định điều trị bằng lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ. Trong khi tán sỏi, phát hiện HOLC nằm trong khối sỏi và một phần còn kẹp dính vào thành bể thận. HOLC được lấy ra ngoài cùng sỏi, phẫu thuật thành công, không biến chứng. **Thảo luận lâm sàng:** Dị vật không tiêu trong bể thận sẽ hình thành sỏi thứ phát đã được công bố trong một số báo cáo trên thế giới. Riêng với HOLC, có một số báo cáo cho rằng, HOLC sử dụng trong phẫu thuật cắt thận bán phần đã di chuyển vào trong hệ thống đài bể thận và hình thành sỏi thứ phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khả năng là HOLC bị kẹp trúng thành bể thận trong phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi thận cách đây 4 năm, hoặc/và có thể HOLC di chuyển vào trong lòng đường niệu và hình thành sỏi thứ phát. **Kết luận:** Phát hiện HOLC trong bể thận hình thành sỏi thứ phát là một biến chứng hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lâm sàng. HOLC có nguy cơ di chuyển vào trong bể thận hình thành sỏi thứ phát, tránh kẹp HOLC vào thành bể thận và nên lấy ra những HOLC lỏng lẻo hoặc không kẹp vào đầu khi phẫu thuật vào khu vực bể thận.

Summary

Introduction: Non-absorbable foreign bodies in the urinary tract for a long time may act as a nidus for secondary nephrolithiasis. The risk of migration of Hem-o-Lok clips (HOLCs) into the renal pelvis is rare. We found only a few cases described in the literature, primarily following partial nephrectomy. To our knowledge, no such cases have been reported in Vietnam. **Case presentation:** A 50-year-old female with a history of retroperitoneal laparoscopic nephrolithotomy for a right renal stone four years ago. This patient was diagnosed with recurrent right renal stones. She underwent mini-percutaneous nephrolithotomy (mPCNL), and a HOLC was discovered inside the stone, with part adherent to the renal pelvis. The HOLC and renal calculi were removed. The procedure was completed safely, without complications. **Clinical discussion:** Several reports have documented non-absorbable material in the

Ngày nhận bài: 14/8/2025, ngày chấp nhận đăng: 18/12/2025

* Tác giả liên hệ: kieuvinh2006@gmail.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Nội soi bàng quang qua niệu đạo đặt catheter niệu quản trái.

Tạo đường hầm vào thận: Chọc dò vào đài thận dưới siêu âm hướng dẫn, nong tạo đường hầm và đặt ống Amplatz 18F.

Tán sỏi: tán sỏi bằng năng lượng laser holmium (Ho: YAG). Lấy mảnh sỏi ra ngoài qua ống Amplatz.

Dẫn lưu: đặt xuôi dòng ống thông JJ 6F vào niệu quản sau khi rút bỏ catheter niệu quản. Đặt dẫn lưu thận ra da qua ống Amplatz.

Trong quá trình tán sỏi và lấy sỏi, phát hiện bên trong khối sỏi là một HOLC với đặc điểm là một phần dính vào thành bể thận, phần còn lại nằm trong khối sỏi. Sau khi tán và lấy sạch sỏi, chúng tôi sử dụng kim nội soi gấp HOLC ra ngoài (hình 2).



Hình 2. HOLC và sỏi thận đã tán được lấy ra ngoài

Kết quả: Phẫu thuật thành công, người bệnh được lấy sạch sỏi kèm dị vật là HOLC. Ống foley dẫn lưu thận ra da được rút sau mổ 24 giờ. BN được xuất viện sau mổ 36 giờ và tái khám rút ống thông JJ niệu quản sau mổ 3 tuần.

III. BÀN LUẬN

Dị vật đường niệu thông thường là các chất liệu không tan, cơ thể không hấp thu được, khi tồn tại lâu trong đường bài niệu, chúng sẽ là nhân ban đầu (nidus) để các tinh thể bám vào và phát triển thành khối sỏi. Thông thường, dị vật đường niệu được phát hiện hầu hết là vật liệu bị sót lại ngoài ý muốn từ những thủ thuật, phẫu thuật can thiệp vào thận như: mảnh cao su² hoặc đoạn ống dẫn lưu bị đứt³ hoặc bị bỏ quên không rút ra (ống thông JJ)^{8,9}. Khi người bệnh tái khám, nếu được phát hiện kịp thời, dị vật sẽ được lấy ra. Tuy nhiên, có nhiều trường hợp

không được phát hiện sớm qua các xét nghiệm thông thường. Đến khi hình thành sỏi thận và có biến chứng tắc nghẽn đường bài niệu gây ra các triệu chứng như đau thắt lưng, tiểu máu đại thể hoặc vi thể, có thể gặp biến chứng nhiễm khuẩn đường niệu, khi đó người bệnh mới đến khám, phát hiện và điều trị với bệnh cảnh là sỏi thận. Chính vì vậy, nguyên tắc trong phẫu thuật tiết niệu là không sử dụng các loại chỉ hoặc clip không tiêu vào hệ thống đường niệu. Trong trường hợp bắt buộc phải đặt các ống thông trong đường niệu như ống double J; ống mono J; ống foley... thì những ống này phải được rút đi sớm hoặc thay thế ống mới theo thời gian tiêu chuẩn của mỗi loại ống thông được nhà sản xuất đã có khuyến cáo. Một số trường hợp người bệnh không nhớ, không tái khám để rút các ống này sau mổ và thường gặp là ống thông JJ, thậm chí có những trường hợp quên ống JJ tới 10 năm trong hệ thống đường niệu. Sỏi sẽ hình thành bám dọc theo ống JJ, điều trị vô cùng khó khăn⁸⁻¹⁰. Bên cạnh đó, có một số báo cáo ca bệnh đặc biệt, những dị vật được sử dụng ngoài đường niệu để cầm máu như là chỉ prolene hoặc hem-o-lok, clip kim loại... lại được phát hiện nằm trong đường dẫn niệu. Do đó, các tác giả này nhận định, theo thời gian, dị vật có thể di chuyển từ ngoài vào trong đường niệu^{6,7,11}. Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo trường hợp dị vật cơ thể là HOLC trong bể thận được phát hiện tình cờ khi điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi thận qua da trên người bệnh có tiền sử phẫu thuật nội soi sau phúc mạc lấy sỏi bể thận trên 4 năm.

Cơ thể người có xu hướng đào thải các dị vật bất thường trong cơ thể người ra ngoài một cách tự nhiên qua đường bài tiết như đường tiêu hoá, đường bài niệu. Khi dị vật chưa kịp thoát ra ngoài thì chúng đã gây ra các biến chứng về tắc nghẽn và cần nhập viện điều trị. Ví dụ, trong một báo cáo ca bệnh đặc biệt, dị vật này là một tấm gạc lớn sót lại khoang bụng sau mổ sinh và khi mổ cấp cứu bệnh cảnh tắc ruột, tấm gạc này được phát hiện nằm hoàn toàn trong hồi tràng khi phẫu thuật viên mở đoạn ruột bị tắc ra¹². Trong cơ quan tiết niệu, có thể cũng không có ngoại lệ. Một số báo cáo phát hiện dị vật đường

niệu hình thành sỏi thứ phát như là chỉ khâu không tiêu; HOLC hay clip kim loại được sử dụng để cầm máu trong các phẫu thuật tiết niệu, trong đó khu trú hơn là trong bể thận. Chúng được cho là di chuyển từ ngoài vào trong đường niệu. Khi ngâm trong nước tiểu một thời gian dài nhiều năm, tinh thể bám vào dị vật và hình thành sỏi thận thứ phát với nhân sỏi chính là dị vật không tiêu^{6,7,11}.

Trong phẫu thuật, biến chứng chảy máu hoàn toàn có thể xảy ra, các biện pháp cầm máu thông thường được sử dụng là đốt bằng dao mổ điện, đôi khi cũng không hiệu quả, nhất là những trường hợp chảy máu từ cuống mạch bị tụt trong tổ chức lỏng lẻo. Việc sử dụng HOLC để cầm máu là phù hợp và thường được sử dụng khá quen thuộc trong phẫu thuật nội soi trong và ngoài phúc mạc vì tính linh hoạt, nhanh gọn và hiệu quả. Ngoài ra, trong phẫu thuật cắt thận bán phần, sử dụng HOLC để giữ chỉ khâu nhu mô thận gần như là một phần của kỹ thuật nhằm hạn chế rách nhu mô thận do vòng chỉ thắt vào. Mặc dù rất hiếm, nhưng thực tế một số trường hợp sau phẫu thuật cắt thận bán phần tìm thấy HOLC nằm trong đường niệu và hình thành sỏi thứ phát đã được công bố^{6,7}, những dị vật này được phát hiện bất ngờ khi tán sỏi giống như trường hợp chúng tôi trình bày. Việc phát hiện HOLC trong bể thận có thể gặp trong 3 giả thiết chúng tôi đưa ra: Một là, dị vật cơ thể nằm sau phúc mạc có khả năng dịch chuyển vào trong đường bài niệu (bể thận) theo như nhận định của một số tác giả đã báo cáo^{6,7}. Hai là, HOLC bị kẹt vào trong lòng đường niệu mà phẫu thuật viên cũng không phát hiện ra. Giả thiết này rất hiếm khi xảy ra vì phẫu thuật viên luôn giữ đúng nguyên tắc là các vật liệu không tiêu (như chỉ khâu hoặc clip) không được phép khâu hay kẹt vào trong đường bài niệu. Ba là, HOLC cầm máu vô ý bị kẹt sâu vào thành đường bài niệu (như thành niệu quản, bể thận, hoặc nhu mô thận sát niêm mạc đài thận trong trường hợp khâu và kẹp HOLC cầm máu khi cắt thận bán phần) mà phẫu thuật viên không nhận biết. Sau đó, phần niêm mạc hoặc thành đường niệu nơi HOLC kẹt vào có thể bị hoại tử, khiến HOLC lọt vào lòng đường bài niệu và có xu hướng dịch chuyển dần vào trong để thoát ra ngoài

theo cơ chế tự nhiên. Tuy nhiên, trước khi tách khỏi thành đường niệu để trôi theo dòng nước tiểu, HOLC đã trở thành nhân cho sự hình thành sỏi thứ phát, khiến sỏi lớn dần trong bể thận, HOLC chỉ được phát hiện và lấy ra khi điều trị bằng ngoại khoa khối sỏi này.

Bảng liệt kê một số báo cáo liên quan HOLC được phát hiện trong bể thận hình thành sỏi thứ phát:

Tên tác giả	Năm công bố	Tiền sử	Tạp chí
Ji Sun ⁶	2022	Cắt thận bán phần	World Journal of Urology
Hui Zhou ⁷	2022	Cắt thận bán phần	BMC Urology
Ziho Lee ¹¹	2014	Cắt thận bán phần	Case Reports in Urology
Kiểu Đức Vinh	2025	Nội soi	Nghiên cứu của chúng tôi

IV. KẾT LUẬN

Dị vật không tiêu là HOLC tồn lưu lâu trong bể thận hình thành sỏi thứ phát là tình huống rất hiếm gặp, hầu như chỉ được phát hiện và lấy ra khi người bệnh nhập viện điều trị với bệnh cảnh sỏi thận. Trong phẫu thuật nội soi vào vùng bể thận, cần chú ý hạn chế sử dụng HOLC để cầm máu; khi bắt buộc phải sử dụng, cần tránh kẹp vào thành bể thận, đồng thời loại bỏ ngay các HOLC bị lỏng và/hoặc kẹt không đúng vị trí cần thiết (thường là mạch máu) ra ngoài, nhằm để phòng chúng di chuyển vào bể thận và ngăn ngừa hình thành sỏi thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hatgaonkar A, Hatgaonkar K, Bankar NJ (2023) *Unusual journey of migratory foreign bodies in the alimentary tract*. Radiol Case Rep 18(11): 4042-4047. doi:10.1016/j.radcr.2023.08.011
2. Jamil S, Jalbani IK, Aziz W, Biyabani SR (2020) *Foreign body in kidney presenting as renal stone*. Cureus. 12(12): 11923. doi:10.7759/cureus.11923
3. Odoemene CA, Onuh CA (2017) *Foreign bodies in the urinary bladder - case series*. J West Afr Coll Surg 7(3): 124-136.

4. Prem K, Janoria S, Kumar P (2018) *Secondary stone formation over a suture material after partial nephrectomy*. BMJ Case Rep: 2017221569, bcr-2017-221569. doi:10.1136/bcr-2017-221569
5. Symeonidis EN, Memmos D, Langas G et al (2022) *Incidental discovery of endourethral clip migration 10 years after radical prostatectomy: A case report and review of the literature*. Urol J 89(1): 136-141. doi:10.1177/03915603211001177
6. Sun J, Zhao LW, Wang XL, Huang JG, Fan Y (2022) *Migration of a Hem-o-Lok clip to the renal pelvis after laparoscopic partial nephrectomy: A case report*. World J Clin Cases 10(10): 3188-3193. doi:10.12998/wjcc.v10.i10.3188
7. Zhou H, Li Y, Li G et al (2022) *Hem-o-Lok clip migration into renal pelvis and stone formation as a long-term complication following laparoscopic pyelolithotomy: a case report and literature review*. BMC Urol 22(1): 66. doi:10.1186/s12894-022-01015-6.
8. Aboutaleb H (2021) *A neglected double J ureteral stent for 10 years: A rare case report*. Urol Case Rep 36: 101570. doi:10.1016/j.eucr.2021.101570
9. Al-Hajjaj M, Alam OA, Abu-Hussein B, Muhammad Al Husein HA (2022) *Forgotten Double-J ureteral stent: An analysis of 25 cases in a tertiary hospital*. Ann Med Surg 80: 104223. doi:10.1016/j.amsu.2022.104223
10. Huang WY, Kwan KJS, Tang D, Xiong L (2024) *A Forgotten Double-J Ureteric Stent as the Core of a Bladder Stone: A Case Report and Literature Review*. Am J Case Rep 25: 943781. doi:10.12659/AJCR.943781
11. Lee Z, Reilly CE, Moore BW, Mydlo JH, Lee DI, Eun DD (2014) *Stone formation from nonabsorbable clip migration into the collecting system after robot-assisted partial nephrectomy*. Case Rep Urol 2014: 397427. doi:10.1155/2014/397427
12. Rafie BA, AbuHamdan OJ, Trengganu NS (2013) *Intraluminal migration of retained surgical sponge as a cause of intestinal obstruction*. J Surg Case Rep. 2013;2013(5):rjt032-rjt032. doi:10.1093/jscr/rjt032