

ĐIỀU TRỊ SỎI TIẾT NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN BÀNG QUANG TÂN TẠO: BÁO CÁO 3 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

Phạm Ngọc Hùng¹, Phan Hữu Quốc Việt¹, Trương Văn Cẩn¹, Nguyễn Kim Tuấn¹, Võ Đại Hồng Phúc¹, Nguyễn Văn Quốc Anh¹, Trương Minh Tuấn¹, Hoàng Vương Thắng¹, Lê Nguyễn Kha¹, Lê Văn Hiếu¹

¹Khoa Ngoại Thận - Tiết Niệu, Bệnh viện Trung ương Huế

TÓM TẮT

Sỏi tiết niệu là biến chứng muộn ở bệnh nhân được tạo hình bàng quang từ hồi tràng (Studer) sau cắt bàng quang do ung thư, gây khó khăn cho điều trị nội soi ngược dòng do thay đổi giải phẫu. Chúng tôi báo cáo 3 bệnh nhân nam có tiền sử ung thư bàng quang đã tạo hình bàng quang kiểu Studer, phát hiện sỏi sau phẫu thuật 4 - 12 năm, nhập viện vì đau hông lưng; 2 trường hợp kèm viêm thận bể thận. CLVT ghi nhận sỏi niệu quản tại vị trí nối niệu quản - quai hồi tràng ở cả 3 trường hợp; 2 trường hợp kèm sỏi thận cùng bên (một sỏi bể thận; một sỏi đài dưới kèm sỏi bàng quang). Nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống bán cứng đều thất bại. Sau đó, bệnh nhân được tán sỏi thận qua da công nhỏ (mini-PCNL) kết hợp tán sỏi niệu quản xuôi dòng bằng ống soi mềm qua đường hầm thận. Không ghi nhận tai biến/biến chứng; dẫn lưu và sonde tiểu được rút sau 1 ngày, hình ảnh sau mổ cho kết quả sạch sỏi. Tiếp cận xuôi dòng bằng ống soi mềm qua đường hầm thận là lựa chọn hiệu quả và an toàn khi nội soi ngược dòng thất bại ở bệnh nhân bàng quang tân tạo.

Từ khóa: Bàng quang tân tạo, sỏi tiết niệu, tán sỏi thận qua da, nội soi ống mềm.

ABSTRACT

TREATMENT OF URINARY TRACT STONES IN PATIENTS WITH NEOBLADDER: A REPORT OF 3 CASES AT HUE CENTRAL HOSPITAL

Pham Ngoc Hung¹, Phan Huu Quoc Viet¹, Truong Van Can¹, Nguyen Kim Tuan¹, Vo Dai Hong Phuc¹, Nguyen Van Quoc Anh¹, Truong Minh Tuan¹, Hoang Vuong Thang¹, Le Nguyen Kha¹, Le Van Hieu¹

Urolithiasis is a late complication in patients with orthotopic ileal neobladder (Studer) after radical cystectomy, and altered anatomy may limit retrograde endoscopic access. We report three male patients with a history of bladder cancer treated with Studer neobladder reconstruction who developed stones 4 - 12 years postoperatively. All presented with flank pain, and two had acute pyelonephritis. Computed tomography revealed ureteral stones located at the uretero - ileal anastomosis in all cases; two patients had concomitant ipsilateral renal stones (one renal pelvic stone; one lower calyceal stone associated with a bladder stone). Retrograde ureteroscopy with a semi-rigid scope failed in every patient. Subsequently, mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL) was performed with flexible ureteroscopy for antegrade ureterolithotripsy through the percutaneous tract. No intraoperative or postoperative complications occurred;

Ngày nhận bài: 25/12/2025. Ngày chỉnh sửa: 02/02/2026. Chấp thuận đăng: 08/02/2026

Tác giả liên hệ: Phạm Ngọc Hùng. Email: drhungg@gmail.com. ĐT: +84 903591678

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...

the drain and urinary catheter were removed on postoperative day 1, and postoperative imaging confirmed stone-free status in all cases. Flexible antegrade ureteroscopy via percutaneous renal access is a safe and effective option for ureteral stones in neobladder patients when retrograde access is unsuccessful.

Keywords: Neobladder, urolithiasis, PCNL, flexible endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư bàng quang ở giai đoạn xâm lấn lớp cơ nhưng chưa di căn hạch và di căn xa [1]. Tuy nhiên, sự hình thành sỏi tiết niệu là một biến chứng muộn có thể xảy ra ở những bệnh nhân này sau một thời gian dài. Do đó, sỏi thường chỉ được phát hiện ở những bệnh nhân có thời gian sống thêm kéo dài sau phẫu thuật. Tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu sau phẫu thuật này được báo cáo dao động từ 3% đến 34% theo các báo cáo gần đây [2,3].

Các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân sỏi tiết niệu có bàng quang tân tạo có thể đa dạng, từ đau bụng, nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát, tiểu máu, cho đến không có triệu chứng và được phát hiện tình cờ trong quá trình kiểm tra định kỳ ung thư [4]. Cơ chế hình thành sỏi ở những bệnh nhân này rất phức tạp và đa yếu tố. Bên cạnh các yếu tố kinh điển như ứ trệ nước tiểu và nhiễm trùng niệu mạn tính (đặc biệt là vi khuẩn sinh urease), các nghiên cứu mới nhấn mạnh vai trò của tăng bài tiết chất nhầy từ niêm mạc ruột và tình trạng toan chuyển hóa tăng Cl⁻ máu. Sự mất cân bằng kiềm toan này dẫn đến giảm citrat niệu và tăng canxi niệu, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình kết tinh sỏi [5].

Việc điều trị sỏi tiết niệu ở bệnh nhân có bàng quang tân tạo từ hồi tràng đã được mô tả trước đây bằng các kỹ thuật như tán sỏi ngoài cơ thể (SWL), nội soi ngược dòng hoặc nội soi xuôi dòng (nội soi niệu quản - URS), tán sỏi thận qua da (PCNL), và trong một số trường hợp là phẫu thuật mở [6].

Chúng tôi báo cáo 03 trường hợp sỏi tiết niệu ở bệnh nhân bàng quang tân tạo kiểu Studer được điều trị bằng tiếp cận xuôi dòng qua đường hầm thận (mini-PCNL kết hợp ống soi mềm tán sỏi niệu quản), nhằm đánh giá tính khả thi, hiệu quả sạch sỏi

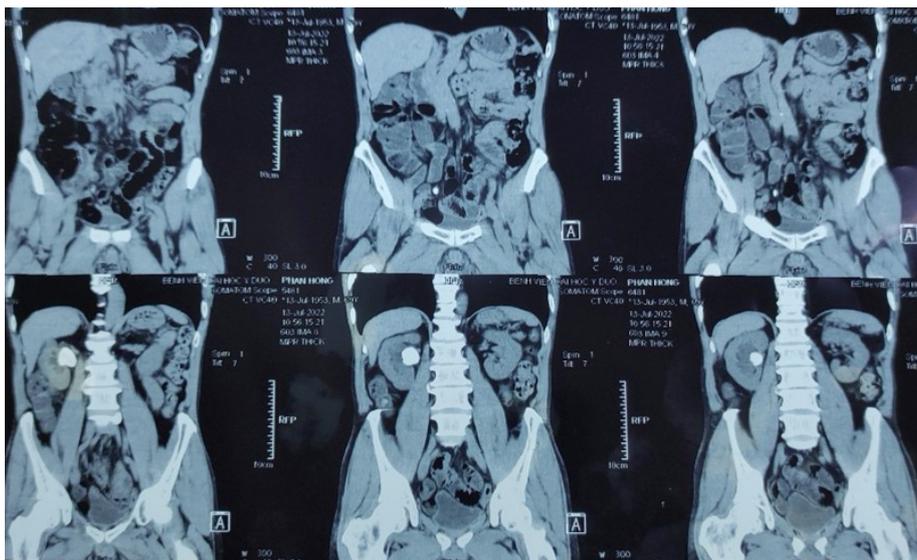
và độ an toàn của phương pháp trong bối cảnh nội soi niệu quản ngược dòng thất bại.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân nam 69 tuổi nhập viện vì đau vùng thắt lưng phải, có tiền sử ung thư bàng quang xâm lấn cơ đã được cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer 12 năm trước. Khi vào viện bệnh nhân tỉnh táo, không sốt, huyết động ổn, đau hông lưng phải, tự tiểu được, nước tiểu vàng có ít cặn lắng; khám chạm thận và rung thận hai bên âm tính, ghi nhận sẹo mổ cũ vùng xương mu. Xét nghiệm cho thấy công thức máu trong giới hạn bình thường, ure máu 6,72 mmol/L, creatinine 102 μ mol/L; nước tiểu có bạch cầu +++, nitrite (+), hồng cầu (++) , cấy nước tiểu không mọc. CLVT hệ tiết niệu ghi nhận sỏi niệu quản phải tại đoạn nối vào quai hồi tràng kèm sỏi bể thận phải và thận phải ứ nước độ 2; thận-niệu quản đối diện không có sỏi, thành bàng quang tân tạo không dày và không có khối u (Hình 1). Bệnh nhân được chỉ định nội soi niệu quản phải tán sỏi kết hợp tán sỏi thận phải qua da; trong thì nội soi ngược dòng bằng ống bán cứng, quan sát bàng quang tân tạo trơn láng, xác định lỗ niệu quản phải và đặt guidewire lên niệu quản, tuy nhiên không tiếp cận được sỏi do niệu quản gấp khúc nên chuyển sang mini-PCNL và nội soi xuôi dòng. Bệnh nhân được chọc dò đài giữa thận phải dưới hướng dẫn siêu âm, nong tạo đường hầm và đặt sheath 18Fr, tán vụn sỏi bể thận bằng laser; sau đó đặt guidewire từ bể thận xuôi dòng xuống niệu quản, đưa ống soi mềm theo guidewire tiếp cận sỏi niệu quản và tán vụn bằng laser, đặt JJ niệu quản phải xuôi dòng và dẫn lưu qua đường hầm (Hình 2). Hậu phẫu bệnh nhân không sốt, hết đau, rút dẫn lưu và sonde tiểu sau 1 ngày; X-quang hệ tiết niệu sau mổ cho kết quả sạch sỏi và bệnh nhân xuất viện sau 3 ngày (Hình 3).

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...



Hình 1: CT Scan cho thấy sỏi bể thận và sỏi niệu quản phải



Hình 2: Tiếp cận và tán sỏi niệu quản bằng ống soi mềm (xuôi dòng)



Hình 3: X-Quang hệ tiết niệu trước (A) và sau (B) phẫu thuật.

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...

Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân nam 70 tuổi vào viện vì đau hông lưng trái kèm sốt, có tiền sử cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang kiểu Studer 6 năm trước do ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Khám lúc vào viện ghi nhận sốt 38,5°C, huyết động ổn, đau hông lưng trái, nước tiểu dẫn lưu vàng có ít cặn lắng, rung thận trái dương tính và có sẹo mổ cũ vùng xương mu. Xét nghiệm cho thấy bạch cầu 27,32 K/ μ L, NEU% 87%, CRP 161,1 mg/L; ure 10,37 mmol/L, creatinine 210,88 μ mol/L; nước tiểu bạch cầu +++, nitrite (+), hồng cầu (++) , cấy nước tiểu mọc E. coli. CLVT phát hiện sỏi niệu quản trái tại đoạn nối vào quai hồi tràng (niệu quản trái cắm vào quai hồi tràng ở thành phải bàng quang tân tạo), kèm sỏi đài dưới thận trái, thận trái ứ nước độ 3 và có thêm 3 viên sỏi bàng quang kích thước khoảng 5 - 12 mm; thành bàng quang tân tạo không dày và không có u (Hình 4). Bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận trái do tắc nghẽn và được

dẫn lưu thận trái cấp cứu, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ; sau 1 tuần, tình trạng nhiễm trùng ổn định, X-quang hệ tiết niệu sau dẫn lưu cho thấy sỏi niệu quản di chuyển lên 1/3 trên niệu quản trái (Hình 5). Bệnh nhân được chỉ định nội soi tán sỏi bàng quang, tán sỏi thận qua da và cân nhắc nội soi xuôi dòng tán sỏi niệu quản; phẫu thuật thực hiện ở tư thế Valdivia nằm ngửa sửa đổi (Galdakao), nội soi bàng quang tán sỏi bàng quang bằng laser nhưng không xác định được vị trí niệu quản trái cắm vào bàng quang, sau đó tán sỏi thận trái qua đường hầm dẫn lưu và dùng ống soi bán cứng tiếp cận sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên để tán vỡ bằng laser, đặt guidewire xuôi dòng xuống niệu quản và kiểm tra đầu dưới wire xuống bàng quang bằng nội soi bàng quang, cuối cùng đặt JJ niệu quản trái xuôi dòng. Hậu phẫu bệnh nhân hết sốt, giảm đau rõ, rút dẫn lưu và sonde tiểu sau 1 ngày; X-quang sau mổ xác nhận sạch sỏi và bệnh nhân xuất viện sau 4 ngày (Hình 6).



Hình 4: CT Scan cho thấy sỏi đài dưới thận trái, sỏi niệu quản trái và sỏi bàng quang



Hình 5: XQ hệ tiết niệu sau dẫn lưu thận trái



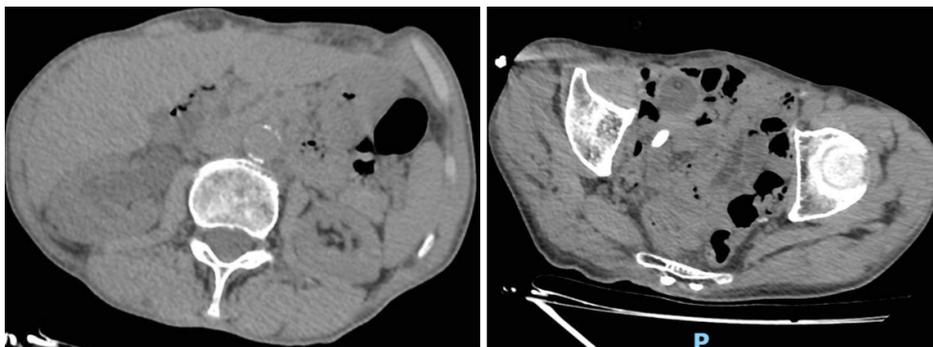
Hình 6: X-Quang hệ tiết niệu sau phẫu thuật.

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...

Ca lâm sàng 3

Bệnh nhân nam 68 tuổi nhập viện vì đau hông lưng phải kèm sốt cao, có tiền sử cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang kiểu Studer 4 năm trước. Khi vào viện bệnh nhân sốt 39°C, huyết động ổn, đau hông lưng phải, nước tiểu dẫn lưu vàng có ít cặn lắng; rung thận phải dương tính và có sẹo mổ cũ vùng xương mu. Xét nghiệm ghi nhận bạch cầu 13,9 K/ μ L, NEU% 88,9%, CRP 88,12 mg/L; ure 13 mmol/L, creatinine 222,9 μ mol/L; nước tiểu bạch cầu +++, nitrite âm tính, hồng cầu (+), cấy nước tiểu không mọc. CLVT hệ tiết niệu cho thấy sỏi niệu quản phải tại đoạn nối vào quai hồi tràng, thận phải ứ nước độ 2, thành bàng quang tân tạo không dày và không có u (Hình 7). Bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận phải do sỏi niệu quản và được dẫn lưu thận phải cấp cứu; sau 1 tuần điều trị, bệnh nhân ổn định

niêm trùng và được chỉ định can thiệp lấy sỏi, trong đó dự kiến nội soi ngược dòng kèm phương án nội soi xuôi dòng bằng ống soi mềm; phim chụp bể thận - niệu quản xuôi dòng hỗ trợ định hướng đường đi (Hình 8). Trong mổ, bệnh nhân được đặt tư thế Valdivia nằm ngửa sửa đôi (Galdakao) (Hình 9); nội soi bàng quang để tìm vị trí niệu quản cắm vào bàng quang tân tạo không thành công, do đó tiến hành nong tạo đường hầm vào thận phải qua đường dẫn lưu, đưa ống soi mềm xuôi dòng tiếp cận và tán sỏi niệu quản phải bằng laser, đặt guidewire xuôi dòng và kiểm tra đầu dưới wire xuống bàng quang bằng nội soi bàng quang, sau đó đặt JJ niệu quản phải xuôi dòng. Hậu phẫu bệnh nhân hết sốt, hết đau, rút dẫn lưu và sonde tiểu sau 1 ngày; X-quang hệ tiết niệu sau mổ cho kết quả sạch sỏi và bệnh nhân xuất viện sau 4 ngày (Hình 10).



Hình 7: CT Scan cho thấy sỏi niệu quản phải, thận phải ứ nước độ 2

Sau khi thăm khám và thực hiện các xét nghiệm bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận bể thận phải/ sỏi niệu quản phải/ bàng quang tân tạo. Bệnh nhân được chỉ định dẫn lưu thận phải cấp cứu. Sau 1 tuần điều trị bệnh nhân ổn định về tình trạng nhiễm trùng và được chỉ định phẫu thuật nội soi tán sỏi niệu quản phải ngược dòng ± nội soi ống mềm xuôi dòng tán sỏi niệu quản phải.



Hình 8: phim chụp bể thận - niệu quản xuôi dòng

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...



Hình 9: Tư thế Valdivia nằm ngửa được sửa đổi bởi Galdakao



Hình 10: X-Quang hệ tiết niệu sau phẫu thuật.

III. BÀN LUẬN

Cả ba bệnh nhân trong báo cáo này đều có tiền sử ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ, đã trải qua phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer từ 4 đến 12 năm trước. Các bệnh nhân nhập viện với triệu chứng đau hông phải. Trong đó, hai bệnh nhân có tình trạng viêm thận bể thận, biểu hiện bằng sốt cao kèm rung thận dương tính. Kết quả chụp CLVT của cả ba trường hợp đều cho thấy sỏi niệu quản nằm ở đoạn nối vào quai hồi tràng. Một trường hợp có sỏi bể thận và một trường hợp có sỏi đài dưới thận kèm sỏi bàng quang. Thận và niệu quản đối diện của cả ba bệnh nhân đều không có sỏi, và thành bàng quang tân tạo không dày hay có khối u. Từ khía cạnh ung thư, kết quả này rất khả quan đối với bệnh nhân lớn tuổi khi không có tái phát ung thư bàng quang sau nhiều năm phẫu thuật. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có thời gian sống kéo dài sau

phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang từ đoạn hồi tràng theo phương pháp Studer, sự hình thành sỏi tiết niệu là một biến chứng muộn khá phổ biến[3,7]. Tỷ lệ mắc bệnh được báo cáo là 2,6% - 15,3% [8]. Mặc dù một số bệnh nhân có thể hoàn toàn không có triệu chứng, nhưng trong hầu hết các trường hợp, bệnh nhân thường xuất hiện các triệu chứng như cơn đau quặn thận, nhiễm trùng tái phát hoặc tiểu máu [9].

Các yếu tố góp phần vào sự phát triển sỏi vẫn chưa được hiểu đầy đủ và dường như phức tạp, đa yếu tố [6,10]. Các yếu tố nguy cơ hình thành sỏi được mô tả gần đây ở bệnh nhân có bàng quang tân tạo bàng hồi tràng bao gồm tình trạng ứ trệ nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu do các vi sinh vật phân tách urê, sự đóng cặn và hình thành sỏi trên các dị vật (ví dụ như stent và chỉ khâu niệu quản), sản xuất quá nhiều chất nhầy, hoặc nhiễm toan chuyển hóa mãn tính do mất cân bằng điện giải [6].

Về chỉ định điều trị, cả ba bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tình trạng tắc nghẽn đường niệu trên do sỏi niệu quản gây ra, do đó việc can thiệp điều trị sỏi là cần thiết. Đặc biệt, hai trường hợp có tình trạng viêm thận bể thận cần ưu tiên giải quyết tình trạng nhiễm trùng bằng cách chuyển lưu nước tiểu trước khi điều trị sỏi. Trên bệnh nhân bàng quang tân tạo, việc đặt sonde JJ niệu quản ngược dòng để chuyển lưu nước tiểu có thể gặp khó khăn do sự thay đổi giải phẫu của vị trí cắm niệu quản và đường đi của niệu quản. Do đó, phương pháp dẫn lưu thận dưới hướng dẫn siêu âm sẽ được thực hiện nhanh và hiệu quả hơn. Cả hai bệnh nhân có tình trạng viêm thận bể thận sau khi được dẫn lưu thận đều có các triệu chứng và chỉ số xét nghiệm nhiễm trùng trở về bình thường sau vài ngày.

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...

Về lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị sỏi ở bệnh nhân bàng quang tân tạo, các phương pháp ít xâm lấn tối thiểu vẫn được ưu tiên. Phẫu thuật mở được coi là lựa chọn cuối cùng khi các phương pháp ít xâm lấn không thành công [3,9]. Đối với sỏi thận, tùy thuộc vào kích thước và vị trí sỏi, có thể lựa chọn phương pháp tán sỏi qua da hoặc tán sỏi ngoài cơ thể. Trong khi đó, với sỏi niệu quản, phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi được xem xét chi định đầu tiên. Nếu thất bại, sẽ xem xét chuyển sang phương pháp nội soi niệu quản xuôi dòng bằng ống soi mềm tán sỏi [9]. Một nghiên cứu hồi cứu của Lindsay và cộng sự chỉ ra rằng trong số 77 bệnh nhân tạo hình niệu quản bằng hồi tràng và hình thành sỏi, PCNL có tỷ lệ sạch sỏi cao nhất so với URS và SWL, trong khi tỷ lệ biến chứng giữa ba phương pháp xâm lấn tối thiểu này không có sự khác biệt [8]. Năm 2017, Florian Schott và cộng sự đã báo cáo 1 trường hợp điều trị sỏi niệu quản trái và sỏi đài dưới thận trái bằng phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm kết hợp với tán sỏi thận qua da cho kết quả tốt [11].

Các nghiên cứu gần đây (2021 - 2023) đã chỉ ra ưu thế của phương pháp xuôi dòng trên bệnh nhân có chuyển lưu nước tiểu. Theo phân tích gộp của Taguchi và cộng sự (2021) so sánh giữa nội soi xuôi dòng và ngược dòng, tiếp cận xuôi dòng cho tỷ lệ sạch sỏi (SFR) cao hơn đáng kể (90% so với 70 - 81% của ngược dòng) đối với các sỏi niệu quản đoạn trên hoặc sỏi kích thước lớn [12].

Nghiên cứu của Modai (2024) cũng ghi nhận tỷ lệ thất bại của nội soi ngược dòng ở bệnh nhân có bàng quang tân tạo lên tới 19-30%, chủ yếu do không định vị được lỗ niệu quản bị che lấp bởi nếp niêm mạc ruột hoặc sẹo hẹp miệng nối [13].

Trong cả 3 bệnh nhân của chúng tôi đều có sỏi niệu quản và cả 3 trường hợp này, chúng tôi đều cố gắng tiếp cận sỏi bằng phương pháp nội soi niệu quản ngược dòng nhưng đều thất bại. Lý do là không tìm được vị trí cắm niệu quản vào bàng quang tân tạo hoặc tìm được lỗ niệu quản nhưng máy soi không thể tiếp cận được sỏi niệu quản do niệu quản gấp khúc. Do đã lường trước vấn đề này, trong kế hoạch phẫu thuật, chúng tôi đã chuẩn bị máy nội soi mềm để tiếp cận sỏi niệu quản xuôi dòng từ đường hầm qua da. Hai trong số các trường hợp này kết hợp với tán sỏi thận. Cả 3 trường hợp tiếp cận và tán sỏi niệu quản xuôi dòng bằng ống soi mềm đều thuận

lợi. Tuy nhiên, một vấn đề chúng tôi gặp phải là việc đặt guide wire vượt qua đoạn niệu quản gấp khúc để xuống bàng quang gặp nhiều khó khăn. Do đó, từ trường hợp thứ 2 trở đi, chúng tôi đã đặt bệnh nhân ở tư thế Valdivia nằm ngửa được sửa đổi bởi Galdakao. Tư thế này cho phép vừa soi xuôi dòng vừa soi bàng quang để kiểm tra, đồng thời không cần phải thay đổi tư thế khi chuyển đổi phương pháp phẫu thuật.

Dựa vào hình ảnh của sonde JJ trên X-quang sau mổ, đường đi của niệu quản của cả 3 trường hợp đều gặp khúc ngoằn ngoèo, cho thấy việc tiếp cận sỏi niệu quản bằng phương pháp nội soi ngược dòng là không khả thi. Thay vào đó, việc tiếp cận xuôi dòng bằng ống soi mềm là cần thiết.

Cả 3 bệnh nhân đều cho kết quả sạch sỏi, hồi phục nhanh và không có tai biến, biến chứng gì sau phẫu thuật. Điều này cho thấy tính hiệu quả và an toàn của các phương pháp xâm lấn tối thiểu trong điều trị sỏi tiết niệu ở bệnh nhân có bàng quang tân tạo.

IV. KẾT LUẬN

Qua 3 trường hợp lâm sàng này, có thể thấy những khó khăn đặc thù trong việc điều trị sỏi tiết niệu ở bệnh nhân có bàng quang tân tạo. Đồng thời qua đó cũng chứng minh hiệu quả của việc phối hợp giữa các phương pháp nội soi trong điều trị những bệnh nhân này.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu này là báo cáo ca lâm sàng. Tất cả các thủ thuật/can thiệp được thực hiện theo đúng quy trình chuyên môn của Bệnh viện Trung ương Huế và phù hợp các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Thông tin người bệnh được mã hóa và bảo mật; hình ảnh và dữ liệu lâm sàng chỉ sử dụng cho mục đích khoa học. Người bệnh và/hoặc thân nhân đã được giải thích đầy đủ và đồng ý cho sử dụng thông tin, hình ảnh trong báo cáo.

Tuyên bố về xung đột lợi ích

Các tác giả không có xung đột lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Witjes JA, Lebrecht T, Compérat EM, Cowan NC, De Santis M, Bruins HM, et al. Updated 2016 EAU Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer. Eur Urol. 2017;71(3):462-475.

Điều trị sỏi tiết niệu trên bệnh nhân bàng quang tân tạo...

2. Skolarikos A, Neisius A, Petřík A, Somani B, Thomas K, Gambaro G, et al. EAU Guidelines on Urolithiasis. Arnheim: European Association of Urology; 2024.
3. Zhong F, Gurioli A, Chen G, Zhu W, Tang F, Zeng G, et al. Endourologic strategies for a minimally invasive management of urinary tract stones in patients with urinary diversion. *Int Braz J Urol*. 2018;44(1):75-80.
4. Rajaian S, Kekre NS. Large bifid ureteric calculus in a patient with an ileal conduit. *Urol Ann*. 2012;4(3):178-180.
5. Symeonidis EN, Gkekas C, Georgiadis C, Malioris A, Papanthanasidou A. Metabolic consequences of urinary diversion. *Future Sci OA*. 2022;9(1):FSO832.
6. Badalato GM, Cortes JA, Gupta M. Treatment of upper urinary lithiasis in patients who have undergone urinary diversion. *Curr Urol Rep*. 2011;12(2):121-125.
7. Sarıkaya K, Şenocak Ç, Sadioğlu FE, Çiftçi M, Bozkurt ÖF. Urinary tract stone surgery in patients with urinary diversion and vesicostomy: a single center experience. *J Health Sci Med*. 2021;4(1):78-83.
8. Hertzog LL, Iwaszko MR, Rangel LJ, et al. Urolithiasis after ileal conduit urinary diversion: a comparison of minimally invasive therapies. *J Urol*. 2013;189(6):2152-2157.
9. Okhunov Z, Duty B, Smith AD, Okeke Z. Management of urolithiasis in patients after urinary diversions. *BJU Int*. 2011;108(3):330-336.
10. Gil-Sousa D, Oliveira-Reis D, Cavadas V. Endoscopic treatment of Studer's orthotopic neobladder lithiasis. *Urol Case Rep*. 2015;3:74-76.
11. Schott F, Becker B, Gross AJ, Netsch C. Symptomatic distal ureteral stone in an ileal ureter: treatment by combined supine ureteroscopy and mini percutaneous nephrolithotomy. *J Endourol Case Rep*. 2017;3(1):90-92.
12. Taguchi K, Hamamoto S, Okada A, Sugino T, Unno R, Kamisawa H, et al. Comparison of antegrade and retrograde ureterolithotripsy for proximal ureteral stones: a systematic review and meta-analysis. *Transl Androl Urol*. 2021;10(2):964-975.
13. Modai J, Bhanji Y, Patel PM, Scotland K, Dunn MD. Upper tract access in patients with urinary diversions. *Front Urol*. 2024;4:1392139.