

ĐẶT SONDE JJ NIỆU QUẢN XUÔI DÒNG QUA DA: KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU

Lê Trọng Bình¹, Ngô Đắc Hồng Ân¹, Huyền Tôn Nữ Hồng Hạnh², Lê Minh Tuấn¹, Nguyễn Quốc Bảo¹

¹Bộ môn Chẩn đoán hình ảnh, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

²Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tắc nghẽn đường niệu là một bệnh cảnh lâm sàng thường gặp, có thể tiến triển nặng dẫn đến shock nhiễm trùng, thậm chí tử vong. Giảm áp đường niệu bằng dẫn lưu thận qua sonde JJ ngược dòng dưới hướng dẫn của nội soi bàng quang là phương pháp xử trí phổ biến, an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, thủ thuật này có thể thất bại trong một số trường hợp khó như tổn thương ác tính xâm lấn lỗ niệu quản hay sỏi niệu quản kích thước lớn, bám chặt. Dẫn lưu thận qua da (Percutaneous Nephrostomy) là một giải pháp thay thế hiệu quả khi JJ ngược dòng thất bại. Nhược điểm của PCN là nguy cơ nhiễm trùng dẫn lưu, dò nước tiểu và ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đặt sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da là một bước tiếp theo của PCN, vừa có ưu điểm của JJ kinh điển vừa hạn chế được nhược điểm của PCN. Mục tiêu của bài là đánh giá kết quả bước đầu của kỹ thuật đặt sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu trên 05 bệnh nhân có tắc nghẽn đường niệu được đặt JJ xuôi dòng từ 8/2019 - 8/2022 tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế. Đặt JJ xuôi dòng qua da được chỉ định khi JJ ngược dòng thất bại và bệnh nhân chưa có biểu hiện shock nhiễm trùng trên lâm sàng. Bệnh nhân được gây tê tại chỗ, tiếp cận từ đài dưới dưới hướng dẫn của siêu âm. Các bước tiếp theo tương tự kỹ thuật PCN kinh điển. Dây dẫn 0.035" được luồn qua chỗ tắc vào bàng quang, sau đó được thay bằng dây dẫn cứng. Có thể nong chỗ hẹp thành bàng quang bằng bóng áp lực thấp nếu cần thiết. Thành công về kỹ thuật được định nghĩa là đặt được JJ (cỡ 7F, dài 20cm) vào đường dẫn niệu, đầu trên cố định ở bể thận, đầu dưới trong lòng bàng quang. Thành công về lâm sàng là bệnh nhân ra viện ổn định.

Kết quả: Có 5 bệnh nhân (nam/nữ 1/4, tuổi từ 49 - 76) được đặt tổng cộng 8 sonde JJ xuôi dòng qua da. Tất cả bệnh nhân đều có tăng creatinin máu trước can thiệp và có thận ứ nước độ I - II trên CLVT. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%. Có 2 bệnh nhân tắc nghẽn đường dẫn niệu do sỏi niệu quản (JJ xuôi dòng 1 bên) và 3 bệnh nhân tắc nghẽn do nguyên nhân ác tính (JJ xuôi dòng 2 bên). Không có biến chứng được ghi nhận trong và sau thủ thuật. Tại thời điểm ra viện, tất cả bệnh nhân đều có tình trạng ổn định.

Kết luận: Đặt sonde JJ xuôi dòng qua da là một giải pháp hỗ trợ an toàn và hiệu quả trong việc dẫn lưu giảm áp đường niệu khi đặt sonde JJ ngược dòng thất bại.

Từ khóa: Dẫn lưu thận qua da, sonde JJ niệu quản, tắc nghẽn đường dẫn niệu.

Ngày nhận bài:

13/01/2023

Ngày chỉnh sửa:

20/6/2023

Chấp thuận đăng:

25/6/2023

Tác giả liên hệ:

Lê Trọng Bình

Email:

letrongbinh@hueuni.edu.vn

SĐT: 0905215096

ABSTRACT

PERCUTANEOUS ANTERGRADE DOUBLE - J STENT PLACEMENT FOR THE MANAGEMENT OF URINARY TRACT OBSTRUCTION

Le Trong Binh¹, Ngo Dac Hong An¹, Huyen Ton Nu Hong Hanh², Le Minh Tuan¹, Nguyen Quoc Bao¹

Introduction: Urinary tract obstruction is a common clinical entity which can progress to acute pyelonephritis and even life - threatening septic shock. Retrograde drainage using JJ catheter placement has been traditionally a standard treatment. However, this procedure might be challenging or even failure due to malignant obstruction or large compacted ureteral stones. Percutaneous nephrostomy (PCN) and pigtail drainage catheter insertion is a safe and effective alternative to failed retrograde JJ stent. The shortcomings of PCN are risk of infection, urine leakage and inconvenience given the existence of an external drainage catheter. Antegrade JJ insertion is an advanced step of PCN which covers advantages of both classic retrograde JJ catheter and PCN. We aimed to evaluate the preliminary result of antegrade JJ stent insertion at Hue University of Medicine and Pharmacy hospital.

Methods: Data of 5 patients (male/female 1/4, age range 49 - 76 years) with urinary tract obstruction who underwent antegrade JJ stent insertion from 8/2019 - 8/2022 were retrospectively analyzed. Antegrade JJ stent placement was indicated after failed retrograde approach. Local anesthesia was applied in all cases and the procedures were performed under ultrasound and fluoroscopic guidance with the use of the standard technique of PCN. A 0.035" hydrophilic wire was manipulated to cross the obstructed site to the bladder, then a stiff wire was exchanged. Predilation using a low - pressure balloon was performed, when necessary, followed by the insertion of a 7F JJ catheter, 20 cm in length. Technical success was defined as the correct positioning of the stent within the urinary tract. Clinical success was defined as the patients' clinical status at discharge. The study endpoint was at discharge.

Results: 8 JJ stents were inserted antegradely in 5 patients. All patients had elevated serum creatinine and hydronephrosis grade I - II on CT urography. 2 patients had ureteral compacted stones, 1 had extensive bladder cancer, 1 had extensive prostatic cancer and 1 had progressive cervical cancer. Technical success rate was 100% without intra and post - procedural complications. All patients were stable at discharge and were scheduled for further treatment (operation or oncological therapy).

Conclusion: Percutaneous antegrade JJ stent placement is safe and effective for the management of urinary tract obstruction and can be considered a bailout procedure after failed retrograde attempt.

Key words: Percutaneous nephrostomy, double - J catheters, urinary tract obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn đường dẫn niệu là một bệnh cảnh lâm sàng thường gặp, nguyên nhân rất đa dạng từ lành tính như sỏi, máu cục, xơ hẹp niệu quản đến ác tính như các khối u của đường dẫn niệu

hay các tổn thương ác tính khác chèn ép, xâm lấn đường dẫn niệu. Tình trạng tắc nghẽn kéo dài có thể ảnh hưởng đến chức năng thận, chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ nhiễm trùng và thậm chí là tử vong do shock nhiễm trùng [1]. Dẫn

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu

lưu thận thường được chỉ định để vừa giải quyết triệu chứng, loại bỏ tác nhân nhiễm trùng, bảo tồn chức năng thận, dự phòng các biến chứng, đồng thời vừa tạo điều kiện cho các phương pháp điều trị hỗ trợ hay triệt căn sau này [2].

Đặt sonde JJ niệu quản ngược dòng qua nội soi bàng quang là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất hiện nay, với ưu điểm là an toàn, dễ thực hiện và có tỉ lệ thành công cao. Tuy nhiên phương pháp này đòi hỏi phải gây mê, đôi khi gặp khó khăn, thậm chí thất bại trong trường hợp tổn thương ác tính xâm lấn rộng bàng quang, tiểu khung hay bệnh nhân đã được phẫu thuật tạo hình bàng quang (bladder conduit) gây thay đổi các mốc giải phẫu [3]. Một nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thất bại của JJ ngược dòng ở bệnh nhân tắc đường dẫn niệu ác tính là 35,7% [4]. Dẫn lưu thận qua da (PCN: percutaneous nephrostomy) là một kỹ thuật xâm nhập tối thiểu thay thế an toàn và hiệu quả cho JJ ngược dòng. Nhược điểm của PCN với ống dẫn lưu ngoài là gây bất tiện cho bệnh nhân và các nguy cơ liên quan đến dẫn lưu như nhiễm trùng, dò nước tiểu chân dẫn lưu hay tụt dẫn lưu [3]. Đặt JJ xuôi dòng qua da dưới hướng dẫn hình ảnh là một kỹ thuật cải tiến của PCN, vừa có ưu điểm của JJ kinh điển vừa hạn chế được nhược điểm của PCN. Mục tiêu của bài là đánh giá kết quả bước đầu của phương pháp đặt sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da tại Bệnh viện trường Đại học Y - Dược Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu kết quả của 5 bệnh nhân được đặt sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da do tắc nghẽn đường tiết niệu từ 8/2019 - 8/2022. Tắc nghẽn đường dẫn niệu được chẩn đoán bằng lâm sàng, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu. Tất cả bệnh nhân đều được chỉ định đặt JJ xuôi dòng qua da sau khi đặt JJ ngược dòng thất bại và hội chẩn giữa Bác sĩ niệu khoa và Chẩn đoán hình ảnh can thiệp. Vì đặt JJ xuôi dòng qua da là một bước tiếp theo của kỹ thuật PCN nên chúng tôi dựa vào chỉ định, chống chỉ định và quy trình thực hiện PCN theo hướng dẫn thực hành của Hội chẩn đoán hình ảnh can thiệp Hoa Kỳ [5].

Thủ thuật

Tất cả thủ thuật được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm và tăng sáng (fluoroscopy) theo phương pháp Seldinger. Bệnh nhân ở tư thế nằm sấp, gây tê tại chỗ. Chọc đài dưới thận bằng bộ kim chọc nhỏ 21G (Neff set, Cook medical) dưới hướng dẫn siêu âm. Bơm một ít thuốc cản quang qua kim để xác định vị trí của đài bể thận. Luồn dây dẫn nhỏ hair wire 0.018" vào bể thận - niệu quản và đặt microsheath 5F. Chụp hình toàn bộ hệ thống đài bể thận niệu quản qua sheath, xác định vị trí tắc. Luồn dây dẫn ái nước 0.035" (Radifocus, Terumo) và catheter hỗ trợ (Cobra 5F, Cook medical) vào niệu quản, qua chỗ tắc xuống bàng quang. Có thể sử dụng thêm có dây dẫn CTO (V18, Victory) để đi qua chỗ tắc nếu cần thiết. Sau khi đưa catheter vào bàng quang, đổi dây dẫn cứng (Amplatz stiff, Boston scientific). Có thể nong chỗ tắc bằng bóng 5 - 6mm để thuận lợi cho việc đặt sonde JJ. Nong đường hầm bàng dilator 8F và đặt 1 sonde JJ 7F dài 20cm vào niệu quản xuôi dòng theo dây dẫn (over - the - wire) vào bàng quang. Chụp bể thận niệu quản qua sheath để xác định vị trí của JJ. Tất cả bệnh nhân đều được đặt JJ 1 thì. Trong trường hợp có chảy máu trong đài bể thận, chúng tôi đặt thêm 1 dẫn lưu PCN để dự phòng và rút sau vài ngày khi tình trạng chảy máu đã ổn định [2].

Sau can thiệp, bệnh nhân được theo dõi toàn trạng, lượng nước tiểu và ghi nhận các biến chứng cho đến khi xuất viện. Thủ thuật thành công được định nghĩa là đặt JJ đúng vị trí với đầu trên cố định ở đài bể thận và đầu dưới trong lòng bàng quang. Thành công về lâm sàng là tình trạng bệnh nhân lúc ra viện [6].

III. KẾT QUẢ

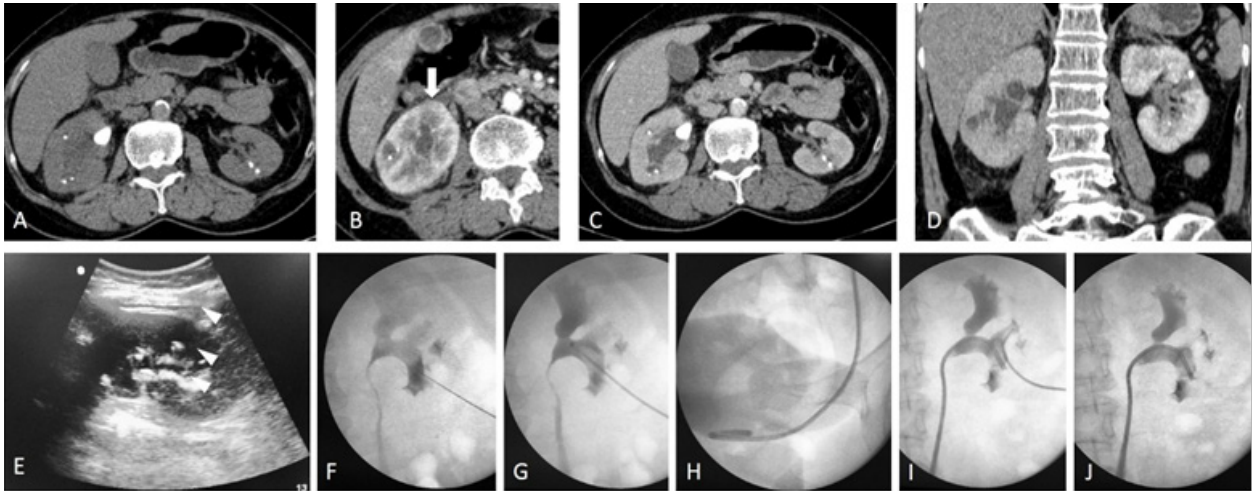
Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 64,4 tuổi (49 - 76 tuổi), tỉ lệ nam/nữ: ¼. Nguyên nhân tắc nghẽn gồm 2 trường hợp lành tính do sỏi niệu quản kích thước lớn (**Hình 1**) và 3 trường hợp ác tính do ung thư tiền liệt tuyến (**Hình 2**), ung thư bàng quang (**Hình 3**) và ung thư cổ tử cung xâm lấn vào niệu quản (**Hình 4**). Tất cả bệnh nhân có tăng creatinine máu trước can thiệp và có thận ứ nước độ I - II trên CLVT (**Bảng 1**).

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

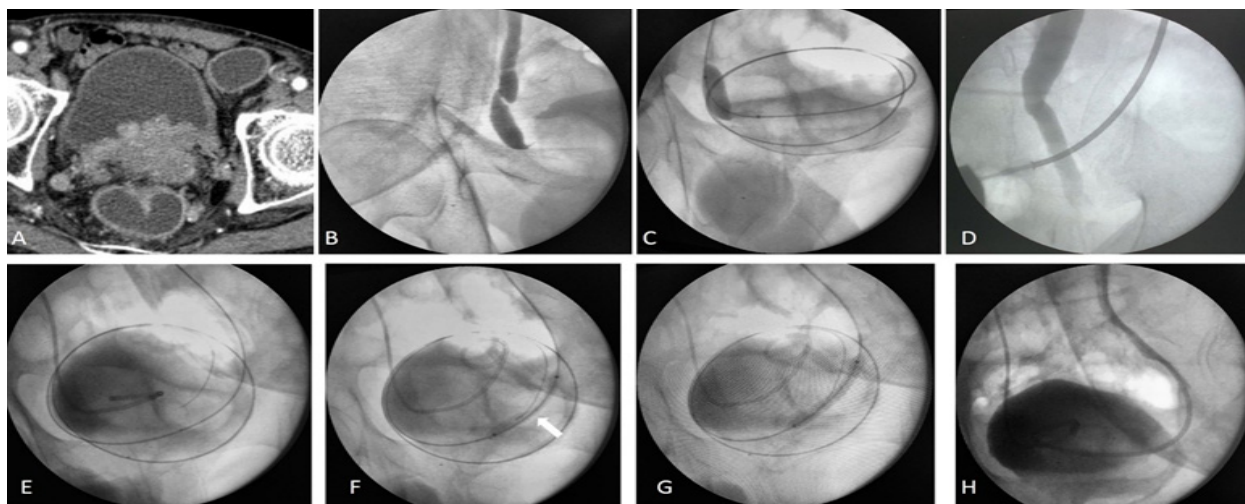
STT	Giới/ Tuổi	Chẩn đoán	Creatinin máu (umol/L)	Thận ứ nước trên CLVT	Can thiệp	Tình trạng ra viện	Tình trạng hiện tại
1	Nữ/63 tuổi	VTBTC do sỏi khúc nối bể thận - niệu quản phải (16 x 13mm)	118	Độ I	JJ xuôi dòng bên phải	Ổn định	Tái khám ngoại trú
2	Nữ/64 tuổi	VTBTC do sỏi niệu quản phải (21 x 13mm)	227	Độ II	JJ xuôi dòng bên phải	Ổn định	Tái khám ngoại trú
3	Nam/70 tuổi	Ung thư tuyến tiền liệt xâm lấn niệu quản 2 bên	123	Độ I	JJ xuôi dòng 2 bên	Ổn định	Tử vong sau 15 tháng
4	Nữ/76 tuổi	Ung thư bàng quang xâm lấn niệu quản 2 bên	319	Độ I	JJ xuôi dòng 2 bên	Ổn định	Tái khám ung bướu
5	Nữ/49 tuổi	Ung thư cổ tử cung xâm lấn niệu quản 2 bên	117	Độ II	JJ xuôi dòng 2 bên	Ổn định	Tiếp tục hóa trị theo phác đồ

Tỉ lệ thành công của thủ thuật là 100% với 8 sonde JJ xuôi dòng được đặt đúng vị trí. Không có biến chứng được ghi nhận trong quá trình theo dõi tại bệnh viện và tất cả bệnh nhân đều ra viện với lâm sàng ổn định.

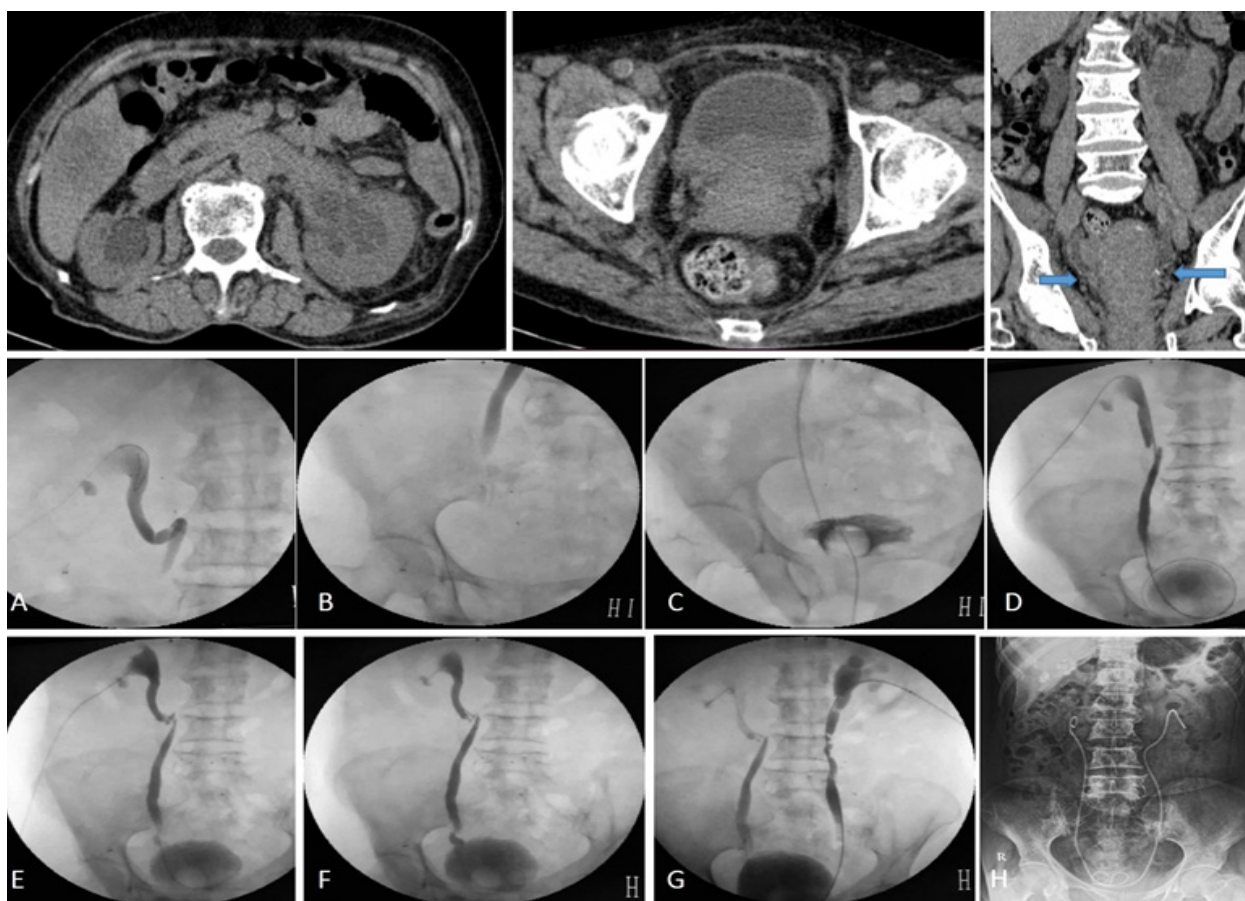


Hình 1: Bệnh nhân số 1. (A) Sỏi can quang đoạn khúc nối bể thận - niệu quản phải gây ứ nước thận độ I trên CLVT hệ tiết niệu. (B) Vùng nhu mô thận ngấm thuốc kém hình chêm ở thì vô thận, thâm nhiễm mỡ kế cận, phù hợp với viêm thận bể thận cấp. (C) Đai bể thận giãn nhẹ, nhu mô thận ngấm thuốc đều ở thì tùy thận. (D) Không thấy thuốc cản quang ra đài bể thận ở thì muộn 15 phút, chứng tỏ có giảm chức năng thận phải. (E) Chọc nhóm đài dưới thận phải dưới hướng dẫn siêu âm (đầu mũi tên chỉ đường đi của kim 21G). (F) Bơm cản quang xác định vị trí đài bể thận. (G) Chụp bể thận - niệu quản xuôi dòng xác định vị trí hẹp đoạn khúc nối do chèn ép. (H) Đầu dưới của sonde JJ được đặt vào bàng quang. (I) Đầu trên của JJ được thả vào bể thận. Chụp bể thận qua catheter để xác định vị trí của JJ. (J) Rút catheter.

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu



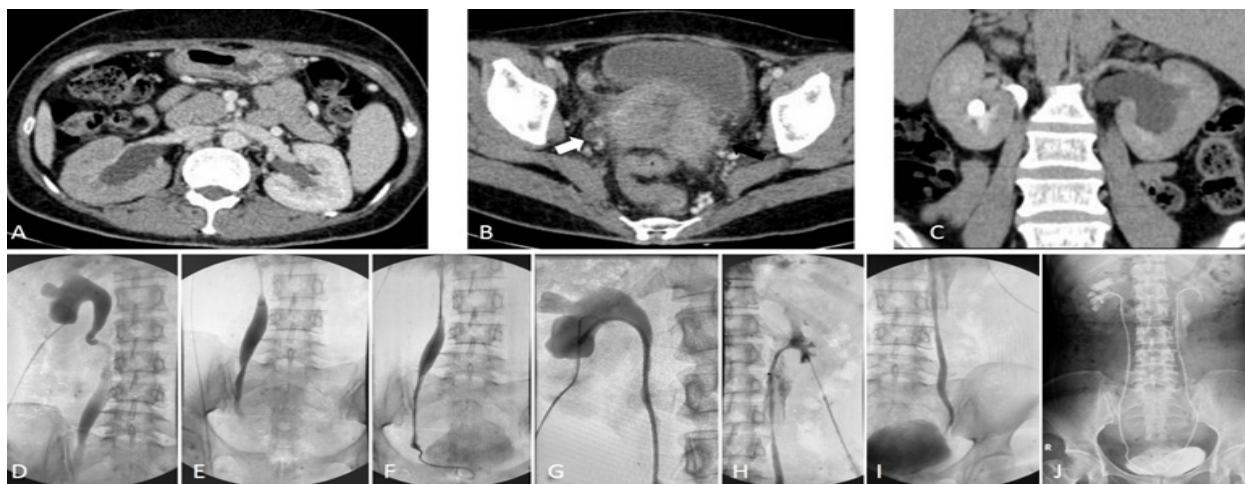
Hình 2: Bệnh nhân số 3. (A) Ung thư tuyến tiền liệt xâm lấn bàng quang và niệu quản hai bên trên CLVT. (B) Tắc hoàn toàn niệu quản phải đoạn xa. (C) Luồn dây dẫn xuyên qua chỗ tắc vào bàng quang. Nong chỗ tắc bằng bóng 5 x 40mm (Mustang, Boston scientific). (D) Tắc hoàn toàn đoạn xa niệu quản trái. (E) Luồn dây dẫn qua chỗ tắc vào bàng quang. Đầu sonde JJ niệu quản phải đã được cố định trong lòng bàng quang. (F - G) Nong chỗ tắc bằng bóng (mũi tên trắng chỉ vị trí hẹp khít khi nong). (H) Đầu sonde JJ niệu quản trái trong lòng bàng quang.



Hình 3: Bệnh nhân số 4. Hàng trên: Khối u bàng quang xâm lấn niệu quản gây ứ nước thận hai bên trên CLVT không thuốc. (A) Bệnh nhân nằm sấp. Chọc đài dưới thận trái. (B) tắc hoàn toàn niệu quản trái đoạn

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu

tiểu khung. (C) Luồn dây dẫn xuyên qua chỗ tắc vào bàng quang. (D - F) Đặt JJ xuôi dòng bên trái. (G) Tiến hành thủ thuật tương tự, đặt JJ xuôi dòng bên phải. (H) Chụp phim bụng không chuẩn bị kiểm tra sau thủ thuật, sonde JJ hai bên đúng vị trí.



Hình 4: Bệnh nhân số 5. (A - C) Ung thư cổ tử cung tiến triển xâm lấn bàng quang, niệu quản hai bên gây ứ nước thận độ I - II. Lưu ý hình C chụp thì muộn 30 phút, bệnh nhân nằm sấp nhưng không thấy thuốc cản quang bài tiết ra đài bể thận phải. (D - E) Chụp bể thận niệu quản phải qua microsheath 5F, tắc niệu quản phải đoạn tiểu khung. (F) Luồn dây dẫn qua chỗ tắc khó khăn. (G) Cố định đầu trên JJ trong đài bể thận. (H - I) Chụp bể thận niệu quản trái xuôi dòng, đài bể thận giãn độ I, hẹp niệu quản đoạn tiểu khung. (J) Sonde JJ hai bên đúng vị trí, thông tốt.

IV. BÀN LUẬN

Trong tắc nghẽn đường dẫn niệu, dẫn lưu giảm áp có ý nghĩa quan trọng giúp cải thiện chức năng thận, giảm triệu chứng, hạn chế nguy cơ biến chứng và tạo điều kiện cho điều trị toàn thân, nhất là ở bệnh nhân tắc do nguyên nhân ác tính [7]. Hai phương pháp dẫn lưu chính vẫn đang được thực hiện rộng rãi hiện nay là PCN và đặt JJ ngược dòng. Hiện nay vẫn chưa có hướng dẫn cụ thể về phương pháp điều trị tối ưu cho tắc nghẽn đường dẫn niệu [7, 8].

Đối với tắc nghẽn lành tính, nguyên nhân thường gặp nhất là do sỏi niệu quản. Ở bệnh nhân có nguy cơ shock nhiễm trùng, dẫn lưu giảm áp được xem là một chỉ định cấp cứu. Nhiều nghiên cứu cho thấy PCN và JJ ngược dòng đều có tỉ lệ thành công cao [9 - 11]. Chỉ định PCN hay JJ ngược dòng thường do bác sĩ niệu khoa quyết định dựa vào các yếu tố như toàn trạng, kích thước của sỏi, vị trí của sỏi, phương án điều trị sỏi sau đó... [1, 7]. Đặt JJ ngược dòng có nhiều ưu điểm như đường tự nhiên, có thể giải quyết nguyên nhân tắc (sỏi, polyp, xơ hẹp) hay sinh thiết tổn thương [6]. Do vậy, PCN chỉ được cân nhắc chỉ định trước JJ ngược dòng nếu sỏi có kích thước lớn,

tiền lượng khả năng JJ thất bại cao hay tình trạng bệnh nhân nặng không cho phép gây mê toàn thân [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp viêm thận bể thận cấp do sỏi niệu quản kích thước lớn, thất bại khi đặt JJ ngược dòng. Cả 2 bệnh nhân này đều được hội chẩn ngay tại phòng mổ và thống nhất chỉ định PCN. Tuy nhiên trong quá trình thực hiện PCN, sau khi đã đặt vascular sheath 5F và catheter chụp mạch 5F vào bể thận, chúng tôi đã luồn được dây dẫn ái nước 0.035" (Radiofocus®, Terumo) qua chỗ tắc xuống bàng quang. Vì vậy, chúng tôi quyết định đặt JJ xuôi dòng để thuận tiện cho bệnh nhân, đồng thời tiết kiệm chi phí thủ thuật.

Các nguyên nhân ác tính gây tắc nghẽn đường niệu có thể là từ hệ tiết niệu (u bàng quang, u đường dẫn niệu...) hay tổn thương chèn từ ngoài vào (ung thư phụ khoa, đường tiêu hóa, hạch tiểu khung...) [4, 6]. Đối với nhóm nguyên nhân này, nhiều nghiên cứu cho thấy PCN và JJ xuôi dòng có ưu thế hơn so với JJ ngược dòng [3, 4, 6]. Trong một nghiên cứu trên 51 bệnh nhân có tắc nghẽn đường tiết niệu ác tính do các khối u đường tiêu hóa thì PCN được chỉ định nhiều hơn so với JJ ngược dòng khi có xâm

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu

lấn bằng quang. Nghiên cứu này cũng cho thấy gần 50% bệnh nhân có thể hóa xạ trị sau can thiệp, và nhóm bệnh nhân này có thời gian sống kéo dài hơn so với nhóm bệnh nhân không điều trị ung bướu [8]. Thời gian sống thêm trung bình của bệnh nhân có tắc nghẽn ác tính là từ 3 - 7 tháng [4].

Đặt JJ xuôi dòng là một bước tiếp theo của PCN, do vậy kỹ thuật này vừa có ưu điểm của JJ ngược dòng vừa có ưu điểm của PCN nhưng đồng thời cũng tiềm ẩn nguy cơ biến chứng tương tự PCN. Ngoài ra, một ưu điểm quan trọng của JJ xuôi dòng là có thể nong chỗ hẹp bằng bóng (predilation) để tạo thuận lợi cho việc đặt JJ. Tỷ lệ thành công của JJ xuôi dòng qua da theo nhiều nghiên cứu là 94% - 96%, tỉ lệ biến chứng là 3,7% - 6,1%, đa số đều liên quan đến nhiễm trùng [3, 6]. Vì thế, JJ xuôi dòng qua da là một phương án dự phòng rất hữu ích khi JJ ngược dòng thất bại. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân đã có sẵn dẫn lưu thận qua da thì JJ xuôi dòng nên được ưu tiên chỉ định hơn là đường ngược dòng [3].

Tần suất biến chứng được báo cáo trên y văn giữa PCN và JJ ngược dòng là tương đương nhau [7]. Các biến chứng thường gặp sau khi đặt JJ niệu quản ngược dòng là kích thích hoặc cảm giác đau ở đường tiểu dưới, thủng niệu quản, gây hoặc di lệch sonde dẫn lưu và đái máu. Đái máu nhẹ là một triệu chứng thường gặp và nguyên nhân thường là do tổn thương lớp niêm mạc [2, 3]. Trong khi đó, các biến chứng có thể gặp của PCN thường liên quan đến chọc và đặt sonde dẫn lưu như tụ máu dưới bao thận (4% - 5%), đái máu (3%) [6]. Chảy máu và đái máu có thể do tổn thương động mạch liên sườn hay tổn thương nhu mô thận, đa số thường tự cầm, chỉ 2% - 4% cần phải chuyển máu. Tổn thương màng phổi có tần suất là 0,1% - 0,2%. Tổn thương ruột hiếm khi xảy ra [7]. Kết quả từ một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên khi so sánh tỉ lệ biến chứng của JJ ngược dòng và PCN ở nhóm bệnh nhân tắc nghẽn do sỏi cho thấy biến chứng hay gặp nhất là đái máu (16% vs. 5,5%). Các biến chứng sau JJ bao gồm nhiễm trùng máu (8%), kích thích bàng quang (10%), tắc dẫn lưu (4%), trong khi biến chứng sau PCN gồm nhiễm trùng máu (3,7%), tắc/tụt dẫn lưu (5,5%) và tổn thương tạng (1,8%) [11]. Nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn nên chưa ghi nhận biến chứng.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, cỡ mẫu nhỏ và không đồng nhất, vừa có tắc nghẽn lành tính và ác tính. Thứ hai, tỉ lệ thành công của JJ xuôi dòng là 100% là chưa hoàn toàn chính xác vì có nhiều trường hợp bệnh nhân có shock nhiễm trùng, chúng tôi chỉ thực hiện PCN mà không cố gắng đặt JJ xuôi dòng. Thứ ba, chúng tôi chỉ đánh giá thành công về lâm sàng dựa vào tình trạng bệnh nhân khi ra viện mà không có đầy đủ bằng chứng khách quan khác như xét nghiệm creatinine máu hay CLVT. Điều này là do bệnh nhân sau khi đặt JJ xuôi dòng sẽ được theo dõi tại bệnh phòng 1 - 2 ngày, nếu không có biến chứng thì sẽ được xuất viện và hẹn tái khám.

IV. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu cho thấy đặt sonde JJ niệu quản xuôi dòng là một kỹ thuật an toàn và có tỉ lệ thành công cao trong xử trí tắc nghẽn đường dẫn niệu. Đây là một giải pháp thay thế hiệu quả khi JJ ngược dòng thất bại, đặc biệt là ở những bệnh nhân có tắc nghẽn do các nguyên nhân ác tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pietropaolo A, Seoane LM, Abadia AA - S, Geraghty R, Kallidonis P, Tailly T, et al. Emergency upper urinary tract decompression: double-J stent or nephrostomy? A European YAU/ESUT/EULIS/BSIR survey among urologists and radiologists. *World Journal of Urology*. 2022;40(7):1629-1636.
2. Hausegger KA, Portugaller HR. Percutaneous nephrostomy and antegrade ureteral stenting: technique indications complications. *European Radiology*. 2006; 16(9):2016-2030.
3. van der Meer RW, Weltjens S, van Erkel AR, Roshani H, Elzevier HW, van Dijk LC, et al. Antegrade Ureteral Stenting is a Good Alternative for the Retrograde Approach. *Current Urology*. 2017;10(2):87-91.
4. Ganatra AM, Loughlin KR. The Management of Malignant Ureteral Obstruction Treated with Ureteral Stents. *Journal of Urology*. 2005;174(6):2125-2128.
5. Pabon - Ramos WM, Dariushnia SR, Walker TG, Janne d'Othée B, Ganguli S, Midia M, et al. Quality Improvement Guidelines for Percutaneous Nephrostomy. *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. 2016;27(3):410-414.
6. Tlili G, Ammar H, Dziri S, ben Ahmed K, Farhat W, Arem S, et al. Antegrade double-J stent placement for the treatment of malignant obstructive uropathy: A retrospective cohort study. *Annals of Medicine and Surgery*. 2021;69102726.

Đặt Sonde JJ niệu quản xuôi dòng qua da: Kết quả bước đầu

7. Hsu L, Li H, Pucheril D, Hansen M, Littleton R, Peabody J, et al. Use of percutaneous nephrostomy and ureteral stenting in management of ureteral obstruction. *World Journal of Nephrology*. 2016;5(2):172.
8. De Lorenzis E, Lievore E, Turetti M, Gallioli A, Galassi B, Boeri L, et al. Ureteral Stent and Percutaneous Nephrostomy in Managing Malignant Ureteric Obstruction of Gastrointestinal Origin: A 10 Years' Experience. *Gastrointestinal Disorders*. 2020;2(4):456-468.
9. Sammon JD, Ghani KR, Karakiewicz PI, Bhojani N, Ravi P, Sun M, et al. Temporal Trends, Practice Patterns, and Treatment Outcomes for Infected Upper Urinary Tract Stones in the United States. *European Urology*. 2013;64(1):85-92.
10. Goldsmith ZG, Oredein - McCoy O, Gerber L, Bañez LL, Sopko DR, Miller MJ, et al. Emergent ureteric stent vs percutaneous nephrostomy for obstructive urolithiasis with sepsis: patterns of use and outcomes from a 15-year experience. *BJU International*. 2013;112(2):E122-E128.
11. Al - Hajjaj M, Sabbagh AJ, Al - Hadid I, Anan MT, Nourkazan M, Alali Aljool A, et al. Comparison complications rate between double - J ureteral stent and percutaneous nephrostomy in obstructive uropathy due to stone disease: A randomized controlled trial. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022;81104474.