

đường ống và ngăn cản việc giải thoát vi khuẩn, cũng như sự thấm vào nhu mô tuyến tiền liệt của kháng sinh. Cắt tuyến tiền liệt bằng nội soi qua niệu đạo có mục đích lấy bỏ các túi sỏi, nhưng chỉ định này phải được cân nhắc kỹ, dựa trên các yếu tố như tuổi, tiền sử viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, đái khó và ý kiến của bệnh nhân.

*Thuốc chen anfa/finasterid: Sử dụng các thuốc chen anfa vẫn đang được tranh luận. Các tác giả ủng hộ cho rằng: Có bằng chứng cho thấy ở các bệnh nhân bị VTTL MT / HC ĐVCH-TSM MT, cơ thắt vân niệu đạo hoạt động quá mức. Nhưng không có mối liên hệ giữa đáp ứng điều trị và tắc các ống tuyến, được chứng minh bằng xét nghiệm niệu động học. Hơn nữa, một thử nghiệm lâm sàng, được tiến hành với việc sử dụng các thuốc chen anfa, đã không cho các bằng chứng rõ ràng (1). Bằng chứng về hiệu quả của fenasterid có tính thuyết phục hơn, nhưng ở dưới mức định giá (1).

4.2. Điều trị khác: Năm 1999, trong nghiên cứu có đối chứng với giả dược, Shoskes và cs. đã cho biết "bioflavonoid quercetin" có tác dụng cải thiện các triệu chứng của HC ĐVCH-TSM, loại IIIA và IIIB (6). Thuốc có nguồn gốc tự nhiên và có nhiều tác động khác biệt, như ức chế monooxit nitơ, "tyrosin kinase" và ức chế nhiều "cytokins" viêm (6). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIA, tỷ lệ IL1 và TNF- α tăng cao hơn trong DT TTL và tinh dịch của bệnh nhân loại IIIB.

V. KẾT LUẬN

HC ĐVCH-TSN MT là rất thường gặp và do nhiều nguyên nhân gây nên, trong đó VTTL MT do vi khuẩn chỉ chiếm từ 5 – 15%, còn lại đại đa số nguyên nhân là do phản ứng viêm tuyến tiền

liệt, không do vi khuẩn và không do phản ứng viêm tuyến tiền liệt. Chẩn đoán dựa vào thử nghiệm Stamey-Meares hoặc đơn giản hơn là dựa vào xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) NT LSXN TTL và xét nghiệm (soi tươi và nuôi cấy) tinh dịch. Liệu pháp kháng sinh dài hạn dựa theo kháng sinh đồ được chỉ định, khi nuôi cấy các dịch thể (được coi là của tuyến tiền liệt) trong các đợt viêm đường tiết niệu cấp tính tái phát, tìm thấy vi khuẩn gây bệnh. Ngoài ra, XN TTL nhất là khi bệnh nhân được trừ đau, có thể hỗ trợ cho liệu pháp kháng sinh. Nhìn chung, chẩn đoán và điều trị hội chứng này còn là một thách thức đối với giới y học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bishop M. C. (2008). *Prostatite. Traité d'andrologie a l'usage des cliniciens*. Springer; 217 – 224.
2. Delavierre D. (2014). La prostatite chronique est-elle une maladie infectieuse? *Prog. en Urol-FMC*; 24: 111 – 114.
3. Krieger J. N., Nyberg L. et Nickel J. C. (1999). NIH consensus, definition and classification of prostatitis. *JAMA*; 282:236 – 237.
4. Sibert L., Rigaud J., Delavierre D. et al. (2010). Epidémiologie et aspects économiques des douleurs pelvipériéneales chroniques. *Prog. en Urol*; 20: 872 – 885.
5. Shoskes D. A. et Shahed A. (2000). Presence of bacterial signal in expressed prostatic secretions predicts response to antibiotic therapy in men with chronic pelvic pain syndrome. *J. Urol*; 163, Suppl.: 23.
6. Shoskes D. A., Zeitlin S. I., Shahed A. et al. (1999). Quercetin in men with category III chronic prostatitis: a preliminary prospective, double blind, placebo controlled trial. *Urology*; 54: 960 – 963.
7. Weidner W., Ludwig M., Brahler E. et al. (1999). Outcome of antibiotic therapy with Ciprofloxacin in chronic bacterial prostatitis. *Drugs*; 58, Suppl. 2: 103 – 106.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH SỎI NIỆU QUẢN

Nguyễn Xuân Hiền*, Nguyễn Văn Khải**

TÓM TẮT.

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch mai

** Trường Đại học Y Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: ngochienduylocbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.01.2017

Ngày duyệt bài: 17.01.2017

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 113 bệnh nhân với 122 viên sỏi niệu quản trên phim chụp CLVT đa dãy (64 dãy) lớp cắt 0,75mm trước, sau tiêm và thì muộn có tái tạo MIP và 3D tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 10/2016. **Kết quả:** sỏi niệu quản thường gặp ở độ tuổi 50-59 là (37,74%). Độ tuổi trung bình 50,95 ± 15,05. Tỷ lệ l/nam là 1:2,14. Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm 45,9%, ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu

quần 1/3 dưới (36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,2%). Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ cao nhất (93,8%). Kích thước của sỏi NQ >10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất 41%, sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%). Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn chiếm 98,23%. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp tốt để tìm sỏi niệu quản trong các trường hợp siêu âm bị hạn chế.

Từ khóa: sỏi niệu quản, chụp cắt lớp vi tính

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS OF URETERAL STONES BY COMPUTER TOMOGRAPHY SCANNER

Objective: Describe the characteristics of ureteral stone on CT scanner. **Methods:** Cross-sectional descriptive study is performed on 113 patients (122 stones) who underwent computed tomography multislices (64 slices) having ureteral stones with protocols (thickness slice 0,75mm; non contrast media, contrast media, delay phase and reconstruction MIP, 3D) at Bach Mai hospital from Jan. 2016 to Oct. 2016.

Results: show that the common age is 50-59 years (mean age: 50.95±1505), occupy 37,74%, female is less than male with ratio of 1/2.14. Stone locating at 1/3 upper ureter (45,9%) is common more than 1/3 under ureter (36,9%), and at 1/3 mid ureter occupy smallest percent (17,2%). Number of ureteral stone popularly is a stone with 93,8%. The size of stone >10mm is accounted for highest percent (41%), size of 6-10mm show the relative proportion (37,7%), and lowest is stone size of ≤ 5 mm (21,3%). Most of cases have dilation above location of stone with 98.23%. **Conclusion:** CT scanner is the best way to find out ureteral stone in case difficulty using ultrasound.

Keyword: CT scanner, ureteral stone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh của hệ tiết niệu. Theo thống kê tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu chiếm 30%-40% tổng số các bệnh nhân đến khám tiết niệu [1]. Tỷ lệ bệnh nhân phải can thiệp phẫu thuật chiếm tới 50% - 60% tổng số phẫu thuật tiết niệu. Trong các loại sỏi đường tiết niệu thì sỏi niệu quản là loại sỏi thường gây bí tắc và ảnh hưởng sớm đến chức năng thận [2]. Sỏi niệu quản có thể gây ra các biến chứng nguy hiểm như thận ứ nước, thận ứ mù, suy thận, vô niệu...

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Giới		Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	
Dưới 30	5	4	7,97
30 - 39	8	4	10,05
40 - 49	16	7	20,35

Việc chẩn đoán sỏi niệu quản bằng siêu âm bị hạn chế trong một số trường hợp như: bệnh nhân béo phì hay bụng nhiều hơi, sỏi nhỏ chỉ gây giãn nhẹ niệu quản.... Sỏi không cần quan sẽ không phát hiện được trên X quang bụng. Chụp cắt lớp vi tính không những không bị ảnh hưởng bởi bệnh nhân béo phì hay hơi mà còn xác định được vị trí, kích thước sỏi, mức độ cản quang của sỏi, mức độ giãn niệu quản phía trên sỏi, có thể thấy được sỏi kích thước nhỏ hơn 2mm và đánh giá được tổn thương phần mềm quanh vùng có sỏi [5]. Để tìm hiểu sâu về đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên chụp cắt lớp vi tính chúng tôi nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản". Với mục tiêu: "**Mô tả đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính sỏi niệu quản**".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có hình ảnh sỏi niệu quản trên phim CLVT hệ tiết niệu với lớp cắt 3mm, trước, sau tiêm và thì muộn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh Bạch Mai từ tháng 15/01/2016 đến tháng 15/10/2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học SPSS 16.0.

2.5. Các biến số nghiên cứu

- Các biến số về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi: < 30, 30 - 39, 40 - 49, 50 - 59, ≥ 60; giới: nam, nữ.

- Các biến số về đặc điểm hình ảnh CLVT của sỏi niệu quản

Vị trí SNQ: niệu quản 1/3 trên, niệu quản 1/3 giữa, niệu quản 1/3 dưới.

Số lượng SNQ: 1 viên, 2 viên, >2 viên.

Kích thước SNQ: ≤ 5mm, 6 mm - 10 mm, > 10 mm. Tình trạng niệu quản phía trên SNQ: có giãn, không giãn.

50 - 59	28	14	37,74
Trên 60	20	7	23,89
Tổng số	77 (68,14%)	36 (31,86%)	113 (100%)

Tuổi: Tỷ lệ sỏi NQ cao nhất ở nhóm 50-59 tuổi (37,74%). Tiếp đó, là nhóm > 60 tuổi (23,89%), Nhóm 40-49 tuổi và nhóm 30-39 tuổi ít gặp hơn lần lượt là (20,35%) và (10,05%). Nhóm < 30 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (7,97%). 100% sỏi niệu quản là ở 1 bên (phải hoặc trái).

Giới: Tỷ lệ mắc sỏi NQ ở nam cao hơn nữ (nam 68,14%, nữ 31,86%). Tỷ lệ Nam/Nữ bằng 2,14.

3.2. Đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên phim chụp cắt lớp vi tính

3.2.1. Vị trí sỏi niệu quản

Bảng 3.1. Vị trí sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT theo hướng coronal.

Vị trí	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ (%)
Niêu quản 1/3 trên	56	45,9
Niêu quản 1/3 giữa	21	17,2
Niêu quản 1/3 dưới	45	36,9
Tổng số	122	100

Nhận xét: Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 45,9%), ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 dưới (chiếm 36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (chiếm 17,2%).

3.2.2. Số lượng sỏi

Bảng 3.2. Số lượng sỏi

Số viên sỏi	Số bệnh nhân	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ%
1	106	106	93,8
2	6	12	5,3
>2	1	4	0,9
Tổng số	113	122	100

Nhận xét: Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ (93,8%), số lượng sỏi 2 viên chiếm tỷ lệ thấp (5,3%), ít gặp nhất số lượng sỏi > 2 viên chiếm tỷ lệ (0,9%).

3.2.3. Kích thước sỏi

Bảng 3.3. Kích thước sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT

Kích thước (mm)	Số lượng sỏi (viên)	Tỷ lệ %
<5	26	21,3
6-10	46	37,7
>10	50	41
Tổng số	122	100

Nhận xét: Kích thước của sỏi NQ >10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%).

3.2.4. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi

Bảng 3.4. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi NQ trên hình ảnh phim chụp CLVT theo hướng coronal.

Tình trạng NQ	Số lượng niệu quản	Tỷ lệ (%)
Cổ giãn	111	98,23
Không giãn	2	1,77
Tổng	113	100

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn (chiếm 98,23%), ít gặp trường hợp không giãn (chiếm 1,77%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Qua nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 10 tuổi và cao nhất là 83 tuổi, trung bình 50,95 ± 15,05 tuổi, cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả A.Lan J.W và cộng sự là 49,4 tuổi [5].

Số bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 đến 60 tuổi của nghiên cứu này chiếm 77 trường hợp tỷ lệ 68,14%. Điều này cho thấy bệnh sỏi niệu

quản thường gặp ở tuổi trung niên (trong độ tuổi lao động). Kết quả này tương đồng với nhận xét của tác giả Babayan với 77% gặp sỏi niệu quản ở lứa tuổi lao động từ 30 - 60 tuổi [7]. Theo các nghiên cứu khác như tác giả Dương Văn Trung tỷ lệ gặp sỏi niệu quản cao nhất từ 20 đến 60 tuổi [4]. Tác giả Alan J.W cũng ghi nhận bệnh sỏi niệu quản hiếm khi gặp ở lứa tuổi nhỏ hơn 20, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở lứa tuổi 40-60 ở cả 2 giới [5]. Ở nữ sau 60 tuổi tương ứng với thời kỳ mãn

kinh cũng có tỉ lệ mắc bệnh cao. Các tác giả cho rằng điều này có liên quan đến vai trò của estrogen chống lại sự hình thành sỏi

Theo y văn, sỏi niệu quản thường gặp ở nam nhiều hơn ở nữ giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì ghi nhận 77 bệnh nhân là nam chiếm 68,14%; 36 bệnh nhân là nữ chiếm 31,86%, tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14.

Theo tác giả Nguyễn Hữu Triều và Nguyễn Mễ, tại Việt nam, tỷ lệ nam giới mắc bệnh sỏi niệu quản gần gấp đôi nữ giới [3]. Các nghiên cứu về dịch tễ học sỏi niệu quản ở châu Âu và Hoa Kỳ nhận thấy tỷ lệ nam mắc bệnh sỏi niệu quản gấp 2 đến 3 lần nữ giới. Như vậy trên nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả này.

Theo một số nghiên cứu khác thì tỷ lệ của chúng tôi đa phần cao hơn như tác giả Dương Văn Trung tỷ lệ nữ/nam là 1:1,04 [4]. Tuy nhiên đây là tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng, trong khi đó tỷ lệ của chúng tôi là tỷ lệ bệnh nhân đến khám.

4.2. Đặc điểm hình ảnh sỏi niệu quản trên phim chụp cắt lớp vi tính

4.2.1. Vị trí sỏi: Trong 113 bệnh nhân với 122 viên sỏi được chúng tôi nghiên cứu thì sỏi niệu quản chủ yếu gặp ở hai vị trí niệu quản 1/3 trên và niệu quản 1/3 dưới, tỷ lệ lần lượt là 45,9% và 36,9%. Còn vị trí sỏi ở niệu quản 1/3 giữa ít gặp hơn, chiếm 17,2%, điều này khá tương đồng với một số kết quả của các tác giả khác.

Tác giả Dương Văn Trung vị trí gặp sỏi ở 1/3 niệu quản trên; giữa; dưới là 40,8%; 16,5%; 42,7% [4], tác giả Lê Ngọc Từ có nhận xét vị trí gặp chủ yếu ở niệu quản trên và dưới gặp 2 đến 3 lần so với niệu quản giữa [5]. Tuy nhiên các kết quả này cho thấy rằng việc gặp sỏi ở niệu quản 1/3 dưới sát bàng quang là hay gặp nhất. Sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu này hướng về các giải pháp điều trị, còn chúng tôi nghiên cứu trên sự phát hiện ra sỏi nên sự xuất hiện sỏi có thể ở vị trí sớm hơn.

Một số nghiên cứu khác cũng tương tự như tác giả Finlayson đưa ra vị trí gặp sỏi niệu quản 1/3 trên là 45,64%, vị trí sỏi niệu quản 1/3 dưới là 40,51% [9]. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả của tác giả Vũ Hồng Thịnh và cộng sự [2].

4.2.2. Số lượng sỏi: Trong 113 bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu thì nhóm có 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ cao nhất là 93,8%, nhóm có 2 viên sỏi chiếm tỷ lệ 5,3% và nhóm có số lượng > 2 viên sỏi ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 0,9%. Kết quả của nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Văn Trung với tỷ lệ gặp 1 viên sỏi là

91,93%, gặp 2 viên sỏi là 6,1% và >2 viên là 1,97% [4]. Theo nghiên cứu của các tác giả Lưu Huy Hoàng nhận xét về sỏi niệu quản thường gặp là 1 viên chiếm tỷ lệ cao từ 80%-90%, đôi khi gặp 2 hoặc >2 viên nằm cả hai bên niệu quản [1]

4.2.3. Kích thước sỏi: Tác giả Nguyễn Huy Hoàng với nghiên cứu tán sỏi bằng laser tại bệnh viện Việt Đức với 67 bệnh nhân thì có 5 bệnh nhân có sỏi 2 bên và 4 bệnh nhân có 2 viên sỏi nằm sát bàng quang [1]. Tương tự với tác giả George và cộng sự. Với nhận xét này thì số lượng nhóm có 2 viên và >2 viên lớn hơn nghiên cứu của chúng tôi (chiếm <10%). Có sự khác biệt như vậy là do tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng của các tác giả này có tính chọn lọc cao và thực hiện trên điều trị trực tiếp cho bệnh nhân còn nghiên cứu của chúng tôi trên số lượng bệnh nhân đến khám và chụp CLVT để chẩn đoán.

Nhìn chung qua các nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tỷ lệ thường gặp số lượng 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ cao 70% - 90%, số lượng 2 viên và >2 viên là 10% - 30% [1,3,5].

Về kích thước SNQ thì theo nghiên cứu của chúng tôi trên 122 viên sỏi của 113 bệnh nhân, thấy sỏi có kích thước $\leq 5\text{mm}$ có tỷ lệ thấp nhất (chiếm 21,3%), sỏi có kích thước từ 6-10mm có tỷ lệ chiếm 37,7% và sỏi có kích thước > 10mm chiếm tỷ lệ 41%. Kích thước viên sỏi trung bình là $11,01 \pm 5,64$.

Hầu hết, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phù hợp với hầu hết các tác giả đã nghiên cứu về vấn đề này, có được sự chính xác này có thể là do chúng tôi đo được kích thước trên phim chụp CLVT đa dãy với rất nhiều hướng và bao quát hết được chu vi viên sỏi của các bệnh nhân được thăm khám bằng xét nghiệm này.

4.2.4. Tình trạng niệu quản phía trên sỏi

Trên 113 bệnh nhân với 113 niệu quản trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì có 111 trường hợp có sỏi niệu quản gây giãn niệu quản phía trên chiếm tỷ lệ 98,23% và chỉ có 2 trường hợp không gây giãn niệu quản chiếm tỷ lệ 1,77%. Trên nghiên cứu chúng tôi thấy rằng 2 trường hợp này đều có sỏi nhỏ dưới 5mm, phù hợp với giải phẫu sinh lý của niệu quản.

Trên nghiên cứu của Nguyễn Huy Hoàng cũng như Dương Văn Trung thấy sỏi niệu quản gây giãn niệu quản phía trên là 100% [1],[4].

Qua các nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân có sỏi niệu quản thì đều có giãn niệu quản ở vị trí phía trên của sỏi, chỉ một số ít trường hợp niệu quản không giãn mặc

dù có sỏi niệu quản. Điều này được giải thích là do sỏi nhỏ hoặc rất nhỏ nên không gây ảnh hưởng tới sự lưu thông nước tiểu trong lòng niệu quản do đó không gây ứ nước tiểu trong lòng niệu quản. Tất cả những trường hợp này thường được phát hiện tình cờ khi thăm khám vì những lý do khác.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh lý sỏi NQ thường gặp ở độ tuổi 50 – 59 (37,74%). Độ tuổi trung bình $50,95 \pm 15,05$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1:2,14.

- Tỷ lệ sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 trên chiếm tỷ lệ cao nhất (45,9%), ít gặp hơn sỏi ở vị trí niệu quản 1/3 dưới (36,9%). Sỏi ở niệu quản 1/3 giữa chiếm tỷ lệ thấp nhất (17,2%).

- Số lượng sỏi NQ thường gặp là 1 viên có tỷ lệ cao nhất (93,8%), số lượng sỏi 2 viên chiếm tỷ lệ thấp (5,3%), ít gặp nhất số lượng sỏi > 2 viên chiếm tỷ lệ (0,9%).

- Kích thước của sỏi NQ >10 mm chiếm tỷ lệ cao nhất (41%), sỏi từ 6-10 mm chiếm tỷ lệ tương đối (37,7%), thấp nhất là sỏi có kích thước ≤ 5 mm chiếm tỷ lệ (21,3%).

Hầu hết các trường hợp niệu quản phía trên sỏi NQ thường giãn (chiếm 98,23%), ít gặp trường hợp không giãn (chiếm 1,77%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Hoàng (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả sớm nội soi tán sỏi niệu quản bằng laser Holmium tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*, Luận văn bác sỹ nội trú bệnh viện, Trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên.
2. Vũ Hồng Thịnh, Nguyễn Minh Quang, Nguyễn Hoàng Đức, Trần Lê Linh Phương (2005), "Tán sỏi niệu quản dưới qua nội soi tại bệnh viện Đại học Y dược TP HCM", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 9(1): tr. 23-33.
3. Nguyễn Bửu Triệu, Trần Quán Anh, Trần Đức Hòa, Nguyễn Kỳ (1998), *Bệnh học tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Dương Văn Trung (2004), "Kết quả tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng cho 1519 bệnh nhân tại bệnh viện Bửu Điền Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, (491): tr. 601-604.
5. Lê Ngọc Từ (1993), "Sỏi tiết niệu", *Bệnh học Ngoại khoa*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 82-100.
6. Alan J. W., Louis R. K., Andrew C. N., Alan Q. P. (2007), "Surgical anatomy of the Retroperitoneum ureter", *Campbell-Walsh Urology*, Elsevier, pp.150-57.
7. Babayan R. K. (1999), "Urinary calculi and endourology", *Manual of urology, diagnosis and therapy*, Lippincott Williams &Wilkins Co, Philadelphia, pp. 127-128.

PHÂN LOẠI MỘT SỐ LOÀI ĐẠI HOÀNG BẰNG ĐỊNH LƯỢNG ĐỒNG THỜI CÁC HOẠT CHẤT VÀ PHÂN TÍCH TỔNG THỂ SẮC ĐỒ

Chữ Văn Mến¹, Ngô Sĩ Thịnh², Ngô Thế Cường²

TÓM TẮT

Đại hoàng là một dược liệu cổ truyền quan trọng bao gồm ba loài *Rheum tanguticum*, *Rheum palmatum* và *Rheum officinale*. Hiệu quả điều trị của dược liệu này phụ thuộc phần lớn vào nguồn gốc loài. Việc xác định phân loại loài dựa trên phân tích mô học là cực kỳ khó khăn với các mẫu Đại hoàng trên thị trường. Do vậy, việc tiêu chuẩn hóa và thẩm định loài sử dụng các đặc trưng hóa học là rất quan trọng. Trong nghiên cứu này, một phân tích thẩm định loài đơn giản bằng định lượng đồng thời 5 hoạt chất chính là aloe-emodin, rhein, emodin, chrysophanol và physcion được tiến hành để đánh giá chất lượng Đại hoàng. Năm hoạt chất chính được phân tách trên cột pha đảo

Optimapak C₁₈ với pha động gồm 0.1% phosphoric acid trong nước: methanol tỷ lệ 15:85. Tốc độ dòng là 1.0 ml/phút và bước sóng phát hiện là 254 nm. Phân tích tổng thể sắc đồ sử dụng LDA cho thấy rằng các loài Đại hoàng từ các nguồn gốc thực vật khác nhau có thể được phân biệt với độ chính xác tới 100%.

SUMMARY

CLASSIFICATION OF SOME RHUBARB SPECIES BY SIMULTANEOUS QUANTITATION OF BIOACTIVE COMPOUNDS AND PATTERN ANALYSIS

Rhubarb is an important traditional herbal drug containing three species *Rheum tanguticum*, *Rheum palmatum* and *Rheum officinale*. The therapeutic effectiveness of this herb depends significantly on the species. The morphological taxonomical identification between species is too difficult during on-site inspection for species authentication among commercial samples in the market. Thus, the standardization and the species authenticity verification using the chemical characteristics would be very important. In the present study, a simple species

¹Học Viện Quân Y

²Bệnh viện Quân y 354 - Tổng cục Hậu cần.

Chịu trách nhiệm chính: Chữ Văn Mến

Email: chuvanmen@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2017

Ngày duyệt bài: 25.01.2017