

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BỆNH LÝ KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN Ở TRẺ EM

Hồ Hữu Thiện¹, Mai Trung Hiếu¹, Nguyễn Văn Khoa², Đỗ Văn Gia Khánh¹

¹Khoa ngoại nhi cấp cứu bụng, Bệnh viện Trung Ương Huế

²Học viên BSNT ngoại khóa 2020 - 2023, trường Đại học Y Dược Huế

TÓM TẮT

Mục tiêu: Thời gian gần đây, điều trị bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản (KNBTNQ) ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Huế có nhiều tiến bộ cũng như có nhiều cách tiếp cận bể thận trong phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi hoàn toàn trong phúc mạc. Bên cạnh đó, chưa có nhiều nghiên cứu có tính hệ thống đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình KNBTNQ tại bệnh viện Trung ương Huế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu (NC) này để đánh giá kết quả phẫu thuật (PT) bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em trong vòng ba năm gần đây.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu (NC) mô tả tiến cứu các bệnh nhi (≤ 16 tuổi) bị thận ứ nước do bệnh lý KNBTNQ được phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản theo phương pháp Anderson - Hynes từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 10 năm 2022.

Kết quả: Chúng tôi đã thực hiện PT tạo hình cho 34 bệnh nhi, trong đó có 31 trường hợp PT mở và 3 trường hợp phẫu thuật nội soi (PTNS) xuyên phúc mạc. 24 bệnh nhi nam (70,6%) và 10 bệnh nhi nữ (29,4%), độ tuổi trung bình là $50,53 \pm 49,26$ tháng tuổi, nhỏ nhất là 3 tháng tuổi, lớn nhất là 182 tháng tuổi. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau vùng hông lưng (70,6%). Thận ứ nước độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất trên siêu âm (61,8%) và CLVT (70,6%). Thời gian trung bình phẫu thuật mở là $81,45 \pm 23,74$ phút, của phẫu thuật nội soi là $136,67 \pm 15,27$ phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình ở BN phẫu thuật mở là $5,20 \pm 1,17$ ngày, đối với PTNS là $4,15 \pm 2,04$ ngày. Có 33/34 BN PT thành công, đạt tỷ lệ 97,05%, 1/34 BN có tình trạng tái hẹp, đã được PT tạo hình lại lần 2.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em đúng chỉ định là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Phẫu thuật đường ngang sau lưng ở trẻ em có nhiều ưu điểm và an toàn. Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc cho thấy là phương pháp an toàn, tuy nhiên cần nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn để đánh giá được chính xác hơn.

Từ khóa: Phẫu thuật mở tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản, phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc, bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản.

Ngày nhận bài:

10/12/2022

Ngày chỉnh sửa:

18/1/2023

Chấp thuận đăng:

27/01/2023

Tác giả liên hệ:

Hồ Hữu Thiện

Email:

thientrangduc@

hotmail.com

SĐT: 0905130430

ABSTRACT

EVALUATE THE OUTCOME OF PYELOPLASTY FOR URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN CHILDREN

Ho Huu Thien¹, Mai Trung Hieu¹, Nguyen Van Khoa², Do Van Gia Khanh¹

Objectives: Recently, the treatment of ureteropelvic junction obstruction at Hue Central Hospital has made many advances such as there are many approaches for pyeloplasty in open surgery, totally laparoscopic surgery. Besides, there has not been a systematic prospective study evaluating the results of pyeloplasty surgery at Hue central hospital. Therefore, we performed this study to evaluate the surgical outcome of pyeloplasty surgery in children within the last three years.

Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em

Methods: We conducted a prospective descriptive study that included pediatric patients (≤ 16 years old) with ureteropelvic junction obstruction operated by the Anderson - Hynes open and transperitoneal laparoscopic pyeloplasty method from January 2020 to October 2022.

Results: We performed open and laparoscopic surgery for 34 pediatric patients, including 31 open and 3 transperitoneal laparoscopic surgery. There were 24 (70,6%) male and 10 (29,4%) female patients, mean age of $50,53 \pm 49,26$ months, the youngest was 3 months, and the oldest was 182 months. Low back pain was the main reason for hospitalization (70,6%). Grade 3 hydronephrosis accounting for the highest percentage of Ultrasound (61,8%) and Uroscan (70,6%). The average time of open surgery was $81,45 \pm 23,74$ minutes, and laparoscopic surgery was $136,67 \pm 15,27$ minutes. The average postoperative hospital stay for open pyeloplasty was $5,20 \pm 1,17$ days, and for laparoscopic pyeloplasty was $4,15 \pm 2,04$ days. 33/34 patients were evaluated as having successful surgery, reaching the rate of 97.05%; 1/34 patients had restenosis, and had the second reconstructive surgery.

Conclusion: Pyeloplasty is a safe and effective treatment for ureteropelvic junction obstruction in children. The dorsallumbotomy transverse incision in children has many advantages and safety. Transperitoneal laparoscopic pyeloplasty in children is a safe method; however, it needs to be studied in a large number of patients for a more accurate assessment.

Keywords: Open pyeloplasty, transperitoneal laparoscopic pyeloplasty, ureteropelvic junction obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khúc nối bể thận - niệu quản là phần tiếp nối giữa bể thận và niệu quản. Tắc nghẽn hoàn toàn hay một phần KNBTNQ làm cản trở lưu thông nước tiểu qua khúc nối xuống niệu quản, gây nên tình trạng ứ nước thận. Nguyên nhân tắc nghẽn là do đè ép từ bên ngoài hoặc chít hẹp bên trong. Mức độ ứ nước thận tùy thuộc vào mức độ tắc nghẽn tại khúc nối. Bệnh được mô tả lần đầu tiên trong Y văn thế giới bởi Jonston J. vào năm 1816 [1]. Đến năm 1841, Rayer M.P mới mô tả đầy đủ đặc tính của bệnh, gọi là ứ nước thận bẩm sinh (Congenital Hydronephrosis) và được công nhận rộng rãi. Hẹp KNBTNQ là bệnh lý thường gặp nhất trong các dị tật bẩm sinh gây ứ nước thận ở trẻ em. Tỷ lệ gặp là 1/1500 trẻ sơ sinh, ở nam nhiều hơn nữ, đặc biệt ở giai đoạn sơ sinh (tỷ lệ $> 2:1$). Ngoài ra, tổn thương bên trái chiếm ưu thế ở trẻ sơ sinh tới 67%. Ở hai bên xảy ra trong 10 - 40% trường hợp, xảy ra đồng thời hoặc không đồng thời và có xu hướng ở trẻ nhỏ < 6 tháng tuổi [2]. Trong những năm gần đây với sự phát triển vượt bậc của chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chẩn đoán trước sinh nên bệnh được chẩn đoán từ rất sớm và chính xác giúp các bác sĩ nhà phẫu thuật viên (PTV) nhi khoa thiết lập kế hoạch điều trị, tư vấn, lựa chọn thời điểm cũng

như cách thức phẫu thuật. Phẫu thuật Anderson - Hynes được báo cáo lần đầu tiên trên y văn vào năm 1949 đã được chứng minh là một phẫu thuật cho kết quả điều trị tốt nhất bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em với tỷ lệ thành công tới trên 95%. Nguyên tắc của phẫu thuật Anderson - Hynes là cắt bỏ khúc nối bị hẹp và nối bể thận đã thu nhỏ với niệu quản. Mặc dù sau này có một số các cải biến vật bể thận nhưng về cơ bản vẫn dựa trên nguyên tắc lấy bỏ đi phần bệnh lý và tạo hình khúc nối mới. Năm 1993, Schuessler W. và cộng sự đã áp dụng thành công phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở người lớn. Tan H.L. và cộng sự (1996) là người đầu tiên thông báo đã áp dụng thành công phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc điều trị hẹp KNBTNQ ở trẻ em [3].

Thời gian gần đây, điều trị bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em tại bệnh viện Trung ương Huế có nhiều tiến bộ cũng như có nhiều cách tiếp cận bể thận trong phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi hoàn toàn trong phúc mạc. Bên cạnh đó chưa có nhiều nghiên cứu có tính hệ thống đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản tại bệnh viện trung ương Huế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện NC này để đánh giá kết quả PT bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em trong vòng ba năm gần đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhi ≤ 16 tuổi được chẩn đoán Bệnh lý khúc nối BT - NQ được phẫu thuật mổ hoặc phẫu thuật nội soi theo phương pháp Anderson - Hynes tại BV Trung Ương Huế từ 01/2020 đến 10/2022.

Các bệnh nhi (≤ 16 tuổi) có chỉ định phẫu thuật bao gồm các tiêu chuẩn sau [4 - 8]: (1) Có triệu chứng lâm sàng: Đau bụng, sờ thấy thận to, nhiễm khuẩn hệ tiết niệu. (2) Siêu âm, UIV hoặc uroscan có tình trạng tắc nghẽn tại KNBTNQ, chức năng thận bị ảnh hưởng. (3) Tình trạng ứ nước thận không cải thiện hoặc nặng hơn: dựa trên đường kính trước sau của bể thận tăng lên, độ dày nhu mô giảm xuống dựa vào siêu âm và Uroscan hoặc thay đổi chức năng thận trên xạ hình thận (Chức năng thận giảm dưới 40% trên xạ hình thận hoặc giảm trên 10% trong quá trình theo dõi).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu, với 3 đường tiếp cận được sử dụng trong PT:

Đường mổ xiên hông:



Hình 1: Tư thế nằm nghiêng

Bệnh nhi nằm nghiêng bên đối diện bên mổ, chân dưới co, chân trên duỗi thẳng, kê cao phần hông. Rạch da đường ngang đầu xương sườn 12. Qua các lớp cân cơ ngoài phúc mạc bộc lộ bể thận ứ nước và niệu quản. Xác định chỗ hẹp, nguyên nhân tắc nghẽn. Đánh dấu vị trí bể thận và niệu quản. Tạo hình bể thận niệu quản kiểu cắt rời theo Anderson-Hynes với Vicryl 5.0. Đặt dẫn lưu trong (sonde JJ) hoặc dẫn lưu ngoài.

Dẫn lưu hố thận.

Đường mổ ngang sau lưng:

Bệnh nhi nằm sấp. Rạch da đường ngang ở giữa xương sườn 12 và mào chậu khoảng 3 - 4cm. Mổ

cân tách khối cơ lưng chung và cơ chéo, bộc lộ bể thận ứ nước và niệu quản. Các thủ tiếp theo giống như tư thế nằm nghiêng.



Hình 2: Tư thế nằm sấp

Nội soi xuyên phúc mạc:

Được thực hiện với phẫu thuật viên có kinh nghiệm, có hệ thống nội soi độ phân giải cao, C-arm, hệ thống nội soi tiết niệu trẻ em. Bệnh nhi nằm nghiêng 45 độ bên đối diện. Nội soi ổ bụng với 3 trocar: trocar 10mm dùng camera cạnh bờ ngoài cơ thẳng to, 1 trocar 5mm đường rạch trước ở dưới sườn và 1 trocar 5mm hố chậu. Để tiếp cận bể thận ở bên phải hay trái chúng tôi có thể hạ đại tràng góc gan hoặc góc lách hay có thể đi xuyên qua mạc treo đại tràng nếu tạo hình BT-NQ ở bên trái.



Hình 3: Vị trí các lỗ trocar

Bộc lộ và di động bể thận ứ nước và niệu quản vừa đủ. Kiểm tra xem có mạch máu cực dưới vị trí bất thường hoặc niệu quản sau tĩnh mạch chủ không. Đánh dấu vị trí bể thận bằng đốt điện. Tạo hình bể thận niệu quản kiểu cắt rời theo Anderson - Hynes với Vicryl 6.0 hoặc PDS 5.0. Đặt sonde JJ. Dẫn lưu hố thận. Khâu đóng phúc mạc với Vicryl 3.0.

Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em

2.3. Các thông số nghiên cứu

Tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, lâm sàng thận to, mức độ ứ nước thận trước phẫu thuật.

Đặc điểm ứ nước trên siêu âm (theo tiêu chuẩn của Hiệp hội siêu âm bào thai [9]), CLVT (theo tiêu chuẩn phân loại của Valayer và Cendron [10]), xạ hình thận.

Các đặc điểm phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật, các đường tiếp cận bể thận, nguyên nhân hẹp BTNQ, thời gian phẫu thuật, biến chứng trong phẫu thuật.

Các đặc điểm sau phẫu thuật: thời gian rút dẫn lưu ổ mổ, thời gian rút sonde JJ/ống thông niệu quản bể thận ra ngoài, các biến chứng sau mổ, kết quả GPB, thời gian hậu phẫu, tái khám sau 1 - 3 - 6 tháng.

Kết quả phẫu thuật: đánh giá triệu chứng lâm sàng, hình thái và chức năng thận qua siêu âm, UroScan và xạ hình thận.

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Thành công: lâm sàng cải thiện và cận lâm sàng dựa vào siêu âm, UroScan và xạ hình thận. Thất bại: lâm sàng không

cải thiện hoặc cận lâm sàng ghi nhận tắc nghẽn của khúc nối trên hình ảnh siêu âm, UroScan và chức năng thận giảm trên xạ hình thận.

2.4. Xử lý số liệu

Các số liệu được phân tích theo phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 10 năm 2022 chúng tôi thực hiện phẫu thuật tạo hình KNBTNQ cho 34 bệnh nhi (cả 34 trường hợp đều bị bệnh một bên), 31 ca phẫu thuật mở (trong đó có 13 TH đường mổ ngang sau lưng (41,9%), 18 TH đường xiên hông (58,1%)) và 3 TH phẫu thuật nội soi. Có 24 nam (70,6%) và 10 nữ (29,4%) với độ tuổi trung bình là $50,53 \pm 49,26$ tháng tuổi, nhỏ nhất là 3 tháng tuổi, lớn nhất là 182 tháng tuổi.

Đặc điểm lâm sàng của BN mắc bệnh lý KNBTNQ được phẫu thuật được thể hiện chi tiết ở bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhi bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản (n = 34)

Triệu chứng		n	%
Toàn thân	Sốt	13	38,2
Cơ năng	Đau thắt lưng	24	70,6
	Tiểu đục	7	20,6
Thực thể	Thận to	14	41,2
Vị trí thận bệnh	Phải	12	35,3
	Trái	22	64,7

CLVT cho thấy trên 70% bệnh nhân ứ nước độ 3. Chi tiết mức độ ứ nước trên siêu âm và CLVT được nêu rõ ở bảng 2.

Bảng 2: Mức độ ứ nước thận trước mổ:

Mức độ ứ nước	Siêu âm		CLVT	
	n	%	n	%
Độ 1	4	11,8	1	2,9
Độ 2	7	20,6	7	20,6
Độ 3	21	61,8	24	70,6
Độ 4	2	5,9	2	5,9

15/34 bệnh nhân được xạ hình thận trước phẫu thuật với chức năng thận trung bình trước mổ là $34,2 \pm 7,6\%$ và tỷ lệ bệnh nhân có thời gian bán thải trung bình trên 20 phút là 100%.

Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em

Kết quả phẫu thuật

Thời gian trung bình của phẫu thuật mở đường xiên hông là $81,45 \pm 23,74$ phút và đường ngang lưng là $76,54 \pm 12,82$ phút, sự khác biệt về thời gian mổ giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê. Nhóm PTNS có thời gian phẫu thuật trung bình là $136,67 \pm 15,27$ phút.

Thời gian nằm viện trung bình ở nhóm phẫu thuật mở đường xiên hông là $5,47 \pm 1,23$ ngày và của đường ngang lưng là $4,32 \pm 0,72$ ngày. Nhóm PTNS có thời gian nằm viện trung bình là $4,15 \pm 2,04$ ngày, ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với mổ mở. Chi tiết thời gian mổ và thời gian nằm viện được chỉ rõ ở bảng 3.

Bảng 3: Thời gian mổ và nằm viện (n = 34)

Đặc điểm	Mổ mở (n = 31)			PTNS (n = 3)
	Đường xiên hông (n = 18)	Đường ngang lưng (n = 13)	Chung (n = 34)	
Thời gian mổ trung bình (phút)	$83,25 \pm 13,62$	$76,54 \pm 12,82$	$81,45 \pm 18,74$	$136,67 \pm 15,27$
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ (ngày)	$5,47 \pm 1,23$	$4,32 \pm 0,72$	$5,20 \pm 1,17$	$4,15 \pm 2,04$

Nguyên nhân hẹp chủ yếu là bẩm sinh chiếm 82,3 %. Trong số này 20 trường hợp (71,4%) giải phẫu bệnh là viêm xơ hóa và 8 trường hợp (42,8%) là không có hạch thần kinh giao cảm. Các nguyên nhân được chi tiết ở bảng 4.

Bảng 4: Nguyên nhân hẹp khúc nối bể thận - niệu quản: (n = 34)

Nguyên nhân	n (%)
Teo hẹp khúc nối bẩm sinh	28 (82,3%)
Mạch máu cực dưới bất thường	4 (11,8%)
Niệu quản sau tĩnh mạch chủ	1 (2,9%)
Polyp niệu quản	1 (2,9%)

Hầu hết bệnh nhân được đặt sonde JJ chiếm 76,5%. Thời gian rút ống thông JJ trung bình là $4,35 \pm 1,15$ tuần. Trong khi đó thời gian rút ống dẫn lưu ngoài trung bình là $5,62 \pm 1,30$ ngày. **Bảng 5** cho thấy chi tiết cách đặt ống dẫn lưu và thời gian rút ống dẫn lưu.

Bảng 5: Đặt ống thông JJ hoặc dẫn lưu ngoài trong phẫu thuật

Đặc điểm	Mổ mở (n = 31)	PTNS (n = 3)	Chung (n = 34)	Thời gian rút trung bình
Ống thông JJ n (%)	23 (74,2)	3 (100)	26 (76,5)	$4,35 \pm 1,15$ (tuần)
Ống dẫn lưu ngoài n (%)	8 (25,8)	0 (0)	8 (23,5)	$5,62 \pm 1,30$ (ngày)

Không có tai biến nào trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật bao gồm nhiễm trùng vết mổ (12,9%) trong nhóm mổ xiên hông và tuột ống DL (3,2%) trong nhóm mổ ngang sau lưng.

Kết quả thành công của mổ mở là 96,77% và của PTNS là 100%. Một TH tái hẹp sau mổ nằm ở nhóm mổ xiên hông và cần phải phẫu thuật lần 2 (sau theo dõi lần 3 lúc 6 tháng).

Kết quả siêu âm đánh giá kết quả phẫu thuật khi tái khám được thể hiện ở bảng 6, bảng 7 và bảng 8

Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em

Bảng 6: So sánh mức độ ứ nước thận trên siêu âm trước và sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng (n = 34)

Đặc điểm		Mổ mở (n = 31)		PTNS (n = 3)		Chung		p
		n	%	n	%	n	%	
Không giãn	Trước PT	0	0	0	0	0	0	< 0,001
	Sau 4 tuần	4	12,9	0	0	4	11,8	
	Sau 3 tháng	13	41,9	1	33,3	14	41,2	
	Sau 6 tháng	20	64,5	1	33,3	21	61,8	
Độ 1	Trước PT	4	12,9	0	0	4	11,8	< 0,001
	Sau 4 tuần	12	38,7	1	33,3	13	38,2	
	Sau 3 tháng	13	41,9	1	33,3	14	41,2	
	Sau 6 tháng	9	29	1	33,3	10	29,4	
Độ 2	Trước PT	7	22,6	0	0	7	20,6	< 0,001
	Sau 4 tuần	14	45,2	2	66,7	16	47,1	
	Sau 3 tháng	4	12,9	1	33,3	5	14,7	
	Sau 6 tháng	2	6,5	1	33,3	3	8,8	
Độ 3	Trước PT	18	58,1	3	100	21	61,8	< 0,001
	Sau 4 tuần	1	3,2	0	0	1	2,9	
	Sau 3 tháng	1	3,2	0	0	1	2,9	
	Sau 6 tháng	0	0	0	0	0	0	
Độ 4	Trước PT	2	6,5	0	0	2	5,9	< 0,001
	Sau 4 tuần	0	0	0	0	0	0	
	Sau 3 tháng	0	0	0	0	0	0	

Bảng 7: Đường kính trước sau và độ dày nhu mô thận trước và sau mổ

Trung bình	Trước mổ	Sau mổ		
		1 tháng (n = 34)	3 tháng (n = 34)	6 tháng (n = 30)
Đường kính trước - sau bể thận (mm)	39,2 ± 8,6	28,7 ± 3,9	26,5 ± 4,2	24,9 ± 3,2
Độ dày nhu mô thận ứ nước (mm)	6,4 ± 2,3	6,6 ± 1,8	7,1 ± 1,5	7,3 ± 1,2
p		< 0,001	< 0,001	< 0,001

Bảng 8: Xạ hình thận trước và sau mổ

Xạ hình thận	Trung bình (%)	n	Độ lệch chuẩn
Chức năng thận bị ứ nước trước mổ	31,6	8	5,2
Chức năng thận bị ứ nước sau mổ	34,8	8	5,3

IV. BÀN LUẬN

Trong thập kỷ qua, xu hướng phẫu thuật tạo hình bể thận xâm lấn tối thiểu ngày càng tăng từ 0,34% lên 11,7% đã được báo cáo [11]. Bất chấp thực tế này, phẫu thuật mở vẫn là phẫu thuật phổ biến nhất ở trẻ em bị BLKNBTNQ với tỷ lệ thành công cao (95%), tỷ lệ tái phát sau mổ thấp [12]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các kết quả được báo cáo về tỷ lệ mắc bệnh lý cao hơn ở trẻ nam (70,6%) và bệnh lý ở thận trái chiếm 64,7% các trường hợp [13]. Bên cạnh siêu âm và UroScan, chụp xạ hình thận có đồng vị phóng xạ với thuốc lợi tiểu được sử dụng để đánh giá chính xác tắc nghẽn hệ tiết niệu. Đồng vị phóng xạ được ưu tiên sử dụng là Tc 99m, có 15/34 bệnh nhi được xạ hình thận với chức năng thận trung bình $34,2 \pm 7,6\%$. Có 8 bệnh nhi được chụp xạ hình thận sau mổ với cải thiện chức năng thận có ý nghĩa thống kê.

Trong NC của chúng tôi, có hai đường tiếp cận để tạo hình bể thận khi PT mở (đường xiên hông (18 TH) và đường ngang sau lưng (13TH)), sự lựa chọn từng phương thức tiếp cận dựa vào kinh nghiệm cũng như thói quen của PTV, mặc dù vậy trong NC của chúng tôi đã chỉ ra rằng đường ngang sau lưng có nhiều ưu điểm hơn như dễ tiếp cận bể thận, BN ít đau sau mổ cũng như có tính thẩm mỹ hơn, với thời gian mổ và thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn đường xiên hông tương đương với một số NC trên thế giới [14, 15]. Trong quá trình NC, mặc dù chưa có chỉ định rõ ràng đối với các TH phẫu thuật mở hay nội soi, tuy nhiên với các trang thiết bị hiện đại (hệ thống nội soi, C-arm, hệ thống nội soi tiết niệu trẻ em) cùng với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, chúng tôi đã thực hiện 3 TH nội soi xuyên phúc mạc, có kết quả bước đầu tương đối tốt với tỷ lệ thành công 100%, không ghi nhận tai biến trong và sau PT, đây là xu hướng trong PT bệnh lý KNBTNQ ở trẻ em. So với phẫu thuật nội soi, phương pháp phẫu thuật mở được trình bày có tỷ lệ thành công chấp nhận được là hơn 96% và thời gian phẫu thuật trung bình là $81,45 \pm 23,74$ phút, ngắn hơn so với các tác giả khác [16], [17]. Trong kỹ thuật nội soi, thời gian phẫu thuật trung bình là $136,67 \pm 15,27$, tương đương với các tác giả [18]. Trong NC này, có 3 trường hợp sỏi thận kèm theo, những TH này đều được phẫu thuật lấy toàn bộ sỏi thận, kết quả phẫu thuật sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng đều không

xuất hiện sỏi lại. Kết quả đánh giá nguyên nhân gây hẹp chủ yếu là teo hẹp KNBTNQ bẩm sinh (82,3%), và một số nguyên nhân khác bao gồm mạch máu cực dưới bất thường, niệu quản sau tĩnh mạch chủ, polyp niệu quản.

Mặt khác, thời gian nằm viện ở PTNS được báo cáo là ngắn hơn trong phẫu thuật mở. Trong NC của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình ở phẫu thuật mở là $5,20 \pm 1,17$ và ở PTNS là $4,15 \pm 2,04$, tương đương với các tác giả khác [19]. Kết quả GPB của đoạn khúc nối chủ yếu là viêm xơ hóa bể thận và khúc nối (58,8%).

Kết quả có 33 TH được đánh giá là thành công và 1 TH thất bại trong NC này khi thực hiện mổ mở, tỷ lệ thành công là 96,77%, đối với 3 TH nội soi, tỷ lệ thành công là 100%. Kết quả này tương đương với tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật mổ mở và phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc [20]. Trong TH thất bại đó, bệnh nhi có biểu hiện tái hẹp do xơ hóa đoạn KNBTNQ với biểu hiện triệu chứng đau bụng, tắc nghẽn trên UroScan, đã được phẫu thuật tạo hình lần 2, kết quả theo dõi sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng đang có sự tiến triển tốt không ghi nhận tình trạng hẹp cũng như ứ nước ở bể thận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tạo hình bệnh lý KNBTNQ được chỉ định đúng là một phương pháp điều trị tốt với tỷ lệ thành công cao, bệnh nhi được cải thiện về triệu chứng lâm sàng và chức năng thận. Tiếp cận bể thận bằng đường mổ ngang sau lưng cho thấy có nhiều ưu điểm. Phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc cho thấy tính an toàn và hiệu quả và là một lựa chọn mới trong quá trình điều trị, tuy vậy số lượng bệnh trong nghiên cứu còn hạn chế nên cần phải có nghiên cứu với số lượng bệnh lớn để có thể đánh giá chính xác về kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Foley FE. A new plastic operation for stricture at the uretero - pelvic junction: report of 20 operations. The Journal of Urology. 1937;38:643-672.
2. Nguyen HT, Benson CB, Bromley B, Campbell JB, Chow J, Coleman B, et al. Multidisciplinary consensus on the classification of prenatal and postnatal urinary tract dilation (UTD classification system). Journal of pediatric urology. 2014;10:982-998.
3. Tan HL. Laparoscopic Anderson - Hynes dismembered

Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em

- pyeloplasty in children. The Journal of urology. 1999; 162:1045-1047.
4. Tekgül S, Riedmiller H, Gerharz E, Hoebeke P, Kocvara R, Nijman R, et al. Guidelines on paediatric urology. European Association of Urology. 2015:13-5.
 5. Arora S, Yadav P, Kumar M, Singh SK, Sureka SK, Mittal V, et al. Predictors for the need of surgery in antenatally detected hydronephrosis due to UPJ obstruction - a prospective multivariate analysis. Journal of pediatric urology. 2015;11:248. e1-248. e5.
 6. Hafez AT, McLorie G, Bağli D, Khoury A. Analysis of trends on serial ultrasound for high grade neonatal hydronephrosis. The Journal of urology. 2002;168:1518-1521.
 7. Nguyen HT, Herndon CA, Cooper C, Gatti J, Kirsch A, Kokorowski P, et al. The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. Journal of pediatric urology. 2010;6:212-231.
 8. Li B, McGrath M, Farrokhyar F, Braga LH. Ultrasound-based scoring system for indication of pyeloplasty in patients with UPJO-like hydronephrosis. Frontiers in Pediatrics. 2020;8:353.
 9. Kim SY, Kim MJ, Yoon CS, Lee MS, Han KH, Lee MJ. Comparison of the reliability of two hydronephrosis grading systems: the Society for Foetal Urology grading system vs. the Onen grading system. Clin Radiol. 2013;68:e484-90.
 10. Wang Y, Puri P, Hassan J, Miyakita H, Reen DJ. Abnormal innervation and altered nerve growth factor messenger ribonucleic acid expression in ureteropelvic junction obstruction. J Urol. 1995;154:679-83.
 11. Liu DB, Ellimoottil C, Flum AS, Casey JT, Gong EM. Contemporary national comparison of open, laparoscopic, and robotic - assisted laparoscopic pediatric pyeloplasty. J Pediatr Urol. 2014;10:610-5.
 12. Minh ND, Ca VNK, Long H. Điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản qua nội soi sau phúc mạc: Đánh giá sau 3 tháng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức. Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy. 2020.
 13. Onen A, Grading of hydronephrosis: an ongoing challenge. Front Pediatr 8: 458. 2020.
 14. Sukumar S, Nair B, Sanjeevan K, Mathew G, Bhat HS. Laparoscopic assisted dismembered pyeloplasty in children: intermediate results. Pediatric surgery international. 2008; 24:403-406.
 15. Tanaka ST, Grantham JA, Thomas JC, Adams MC, Brock JW, Pope JC. A comparison of open vs laparoscopic pediatric pyeloplasty using the pediatric health information system database - do benefits of laparoscopic approach recede at younger ages? The Journal of urology. 2008;180:1479-1485.
 16. Chacko JK, Koyle MA, Mingin GC, Furness III PD. The minimally invasive open pyeloplasty. Journal of Pediatric Urology. 2006;2:368-372.
 17. Ruiz E, Soria R, Ormaechea E, Lino MMU, Moldes JM, de Badiola FI. Simplified open approach to surgical treatment of ureteropelvic junction obstruction in young children and infants. The Journal of urology. 2011;185:2512-2516.
 18. Jarrett TW, Chan DY, Charambura TC, Fugita O, Kavoussi LR. Laparoscopic pyeloplasty: the first 100 cases. The Journal of urology. 2002;167:1253-1256.
 19. Bonnard A, Fouquet V, Carricaburu E, Aigrain Y, El-Ghoneimi A. Retroperitoneal laparoscopic versus open pyeloplasty in children. The Journal of urology. 2005;173:1710-1713.
 20. Brunhara JA, Moscardi PRM, Mello MF, Andrade HS, Carvalho PAd, Cezarino BN, et al. Transperitoneal laparoscopic pyeloplasty in children: does upper urinary tract anomalies affect surgical outcomes? International braz j urol. 2018;44:370-377.