

biến chứng thoái hóa khớp gối sau mổ. Theo David J. Jacofsky, Cs (2012), tỉ lệ thoái hóa khớp gối là 44% sau mổ 7,6 năm⁸

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít khóa ít xâm lấn (MIPO) là một phương pháp an toàn, hiệu quả và đang trở thành xu thế điều trị gãy kín mâm chày. Với các ưu điểm hạn chế tổn thương phần mềm, bảo tồn tối đa màng xương, mạch máu và khối máu tụ quanh ổ gãy, giảm nguy cơ nhiễm trùng, không liền xương, đặc biệt các trường hợp tổn thương phần mềm tại chỗ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: A review. *Injury*. 2006;37(8):691-697
2. Minimally-invasive plate osteosynthesis in distal tibial fractures: Results and complications. Dinko Vidović, Aljoša Matejčić, Mihovil Ivica, Darko Jurišić, Esmat Elabjer, Bore Bakota. DOI: 10.1016/j.injury.2015.10.067.
3. RakeshK.Gupta, RajeshKumarRohilla,

4. KapiSangwan, VijendraSingh, Saurav Walia (2010), "Locking plate fixation in distal metaphyseal tibial fractures: series of 79 patients", *Int Orthop*. 34(8), pp. 85-90.
5. Yong Zang, De – Gang Fan, Bao – An, Si – Gio Sun (2012). Treatment of complicated tibial plateau fractures with dual plating via a 2 incision technique. *Orthopaedics*, 35(3). e359 – e364.
5. Tan N Nikolaou V.S (2011). Proximal tibial fracture: early experience using polyaxial locking – plate technology. *International Orthopaedics*, 35, 1215 – 1221.
6. Comparison study of two surgical options for distal tibia fracture-minimally invasive plate osteosynthesis vs. open reduction and internal fixation. Cheng W1, Li Y, Manyi W. *International Orthopaedics*, 02 Jun 2010, 35(5):737-742.
7. Minimally invasive plate osteosynthesis for tibial plateau fractures. Hasnain Raza, Pervaiz Hashmi, Kashif Abbas, Kamran Hafeez. *Journal of Orthopaedic Surgery* 2012;20(1):42-7
8. David J. Jacofsky Joshua R. Langford, George J. Haidukewych (2012). Tibial plateau fractures. *Surgery of the knee*, 5th ed, Published in association with the knee society. Chap 81. 773 – 785.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHỨC MẠC HỖ TRỢ TẠO HÌNH KHÚC NỐI BỂ THẬN NIỆU QUẢN Ở TRẺ DƯỚI 2 TUỔI

Nguyễn Việt Hoa¹, Phạm Quang Hùng^{1,2},
Nguyễn Bích Ngọc¹, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (BT-NQ) ở trẻ dưới 2 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 31 bệnh nhân dưới 2 tuổi có chẩn đoán thận ứ nước do hẹp khúc nối BT-NQ và được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tạo hình khúc nối BT-NQ tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh – Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/01/2020 đến 30/06/2023. **Kết quả:** Về tuổi trung bình 7.1 ± 3.8 tháng, có 26 bệnh nhân (83.9%) được chẩn đoán trước sinh. Tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc sử dụng 3 trocar thông thường, phẫu tích đưa khúc nối BT-NQ ra ngoài và tạo hình theo phương pháp Anderson-hynes. Thời gian phẫu thuật là $74,8 \pm 35,4$ phút, chiều dài vết mổ là $2,1 \pm 0,2$ cm, không có biến chứng trong mổ. Sau mổ có 3 bệnh nhân rò nước tiểu, 01 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, tất cả các biến chứng này đều được điều trị

nội khoa thành công. Theo dõi sau mổ 3 – 6 tháng thấy đường kính trước sau bể thận và bể dày nhu mô thận có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tỉ lệ kết quả tốt là 80.6%, tỉ lệ tái phát là 6.5%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tạo hình khúc nối BT-NQ ở trẻ dưới 2 tuổi là phẫu thuật an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

RESULT OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC - ASSISTED PYELOPLASTY IN CHILDREN YOUNGER THAN 2 YEARS

Objective: The aim of this study was to evaluate the result of retroperitoneal laparoscopic – assisted pyeloplasty in children younger than 2 years. **Patients and method:** retrospective study 31 patients with uretero-pelvic junction obstruction (UPJO) younger than 2 years, who underwent retroperitoneal laparoscopic – assisted pyeloplasty in Pediatric and Neonatal surgery department, Viet Duc University Hospital from 01/01/2020 to 30/06/2023. **Result:** The mean age at surgery was 7.1 ± 3.8 months. There were 26 patients (83,9%) having prenatal diagnosis. All patients underwent retroperitoneal laparoscopic with 3 trocars to dissect and pull out the uretero-pelvic junction and Anderson-Hynes pyeloplasty. Average operative time was $74,8 \pm$

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Hùng

Email: phamquanghung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 11.6.2024

35.4 minutes, the average length of incision was 2,1 ± 0,2 cm. No intraoperative complications were reported. 3 patients had urine leak and 1 patient had infective incision post operation but all were treated successful with medical treatment. 3-6 months follow-up shown that improvement in uteropelvic dilation and renal parenchyma in ultrasound was statistical significance (p<0.05). 80.6 % patient had good result and the recurrent rate was 6.5%. **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic – assisted pyeloplasty in children younger than 2 years is safe and effective.

Keywords: uretero-pelvic junction obstruction, Pelvi-ureteric

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là dị tật thường gặp của hệ tiết niệu trẻ em, với tỉ lệ khoảng 1/500 trẻ sinh ra sống. Ngày nay, siêu âm chẩn đoán trước sinh phát triển nên phần lớn bệnh thận ứ nước được chẩn đoán trước sinh. Phương pháp điều trị hẹp khúc nối BT-NQ có ảnh hưởng đến chức năng thận là phẫu thuật tạo hình khúc nối BT-NQ. Năm 1949, Anderson-Hynes mô tả phương pháp mổ mở tạo hình khúc nối BT-NQ kiểu cắt rời với tỷ lệ thành công hơn 95% phương pháp này được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Theo thời gian, phương pháp Anderson-Hynes được cải biên với nhiều cách tiếp cận hiện đại hơn, nổi bật là kỹ thuật tạo hình khúc nối qua nội soi. Năm 1996 Tan H.L và cộng sự đã áp dụng thành công phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối BT-NQ ở trẻ em sau đó các phương pháp tiếp cận qua nội soi sau phúc mạc đã được chứng minh là có nhiều ưu điểm như thời gian nằm viện ngắn hơn, ít sang chấn hơn. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều hạn chế như cần trang thiết bị hiện đại phù hợp, chi phí cao, vì vậy chưa được ứng dụng rộng rãi đặc biệt là ở Việt Nam. Tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh chúng tôi sử dụng nội soi sau phúc mạc với các dụng cụ nội soi 3mm thông thường để tạo hình mà không cần các dụng cụ nội soi đặc biệt. Nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tạo hình khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ dưới 2 tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm những bệnh nhân ≤ 24 tháng tuổi, được chẩn đoán hẹp khúc nối BT-NQ và được phẫu thuật tạo hình khúc nối BT-NQ có nội soi sau phúc mạc hỗ trợ tại khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ Sơ sinh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/01/2020 đến 30/06/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: có tuổi: ≤ 24 tháng tuổi, có đầy đủ hồ sơ, được chẩn đoán hẹp khúc

nối BT-NQ và được phẫu thuật tạo hình sử dụng nội soi sau phúc mạc hỗ trợ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã được phẫu thuật hoặc can thiệp trên thận trước đó, thận duy nhất, thận kèm theo bệnh lý khác hoặc hẹp khúc nối BT-NQ 2 bên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, theo dõi dọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2020 đến 30/06/2023 tại Khoa Phẫu thuật Nhi và Trẻ sơ sinh có 31 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Kết quả cho thấy tỉ lệ nam/nữ bằng 3.4/1, tỉ lệ bên bị bệnh trái/phải bằng 2.1/1. Về độ tuổi trung bình 7.1 ± 3.8 tháng, trong đó có 26 bệnh nhân (83.9%) có chẩn đoán trước sinh.

Về kỹ thuật chúng tôi sử dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ: Bệnh nhân được nằm nghiêng 90° về phía bên lành, sử dụng 2 trocar cho dụng cụ 3mm thông thường và 01 trocar 5mm cho optic vào khoang sau phúc mạc, phẫu tích đưa khúc nối bể thận – niệu quản ra ngoài qua đường mở nhỏ ở trocar 5mm, tạo hình BT-NQ theo phương pháp Anderson - hynes.

Bảng 1: Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm		TB ± SD	min	max
Thời gian phẫu thuật (phút)		74,8 ± 35,4	60	120
Chiều dài vết mổ (cm)		2,1 ± 0,2	1,7	3
Biến chứng trong mổ	Tổn thương mạch thận	0		
	Rách phúc mạc	0		
	Chuyển mổ mở	0		

Bảng 2: Đặc điểm sau phẫu thuật

Đặc điểm	n	TB±SD	Min	Max
Thời gian rút dẫn lưu hố thận (ngày)	31	3,5±1,9	3	14
Thời gian rút dẫn lưu bể thận (ngày)	3	9,5±0,5	9	11
Thời gian rút JJ (tuần)	28	5,5±1,2	4	12
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	31	6,0±1,6	5	14

Biến chứng sau phẫu thuật: Có 3/31 bệnh nhân rò nước tiểu sau mổ, có 1 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, không có biến chứng chảy máu sau mổ.

Bảng 3: Kết quả theo dõi xa sau mổ

Thời gian	n	Bề dày nhu mô thận (mm)	Đường kính TSBT(mm)	P
3 tháng	31	4,3 ± 2,1	28,4 ± 12,2	0.01
6 tháng	25	6,2 ± 2,4	21,6 ± 10,7	
12 tháng	20	6,2 ± 3,2	16,4 ± 8,9	

Bảng 4: Đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng

Kết quả	n	%
Tốt	25	80,6%
Trung bình	4	12,9%
Xấu(tái phát)	2	6,5%
Tổng	31	100%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,5 tháng, nhỏ nhất là 1 tháng, lớn nhất là 23 tháng, trong đó dưới 12 tháng chiếm 83,7% các trường hợp. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thủy, tuổi phẫu thuật trung bình 22,6 tháng, nhỏ nhất 1 tháng và lớn nhất 5 năm, độ tuổi dưới 12 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 40%. Theo thời gian ngày nay nhờ sự phát triển của siêu âm chẩn đoán trước sinh nên độ tuổi mổ hẹp khúc nối BT-NQ ngày càng giảm, chủ yếu dưới 12 tháng. Trong nghiên cứu tỷ lệ hay gặp ở trẻ nam với tỷ số nam/ nữ là 3,4/1, kết quả ngày tương đương so với với các nghiên cứu khác với tỷ lệ khoảng 3 – 4/1 tương đương với các nghiên cứu của Chacko, Salama với tỷ lệ 2,2 và 7,47. Về bên thận bị bệnh trong các bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi gặp thận bên trái bị bệnh là 21/31 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 67.7%.

Vai trò của nội soi sau phúc mạc trong phẫu thuật hẹp khúc nối BT-NQ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ và tạo hình lại khúc nối BT-NQ theo phương pháp Anderson-Hynes. Đường rạch da đầu tiên khoảng 5mm dưới xương sườn 12 trước cơ dựng sống. Sau khi đã tạo khoang sau phúc mạc, chúng tôi đặt 2 trocar 3mm vào trên gai chậu trước trên và sau trên. Với cách tiếp cận này chúng tôi có thể dễ dàng quan sát và tiếp cận được khúc nối dễ dàng. Quá trình phẫu tích giải phóng niệu quản được tối đa xuống phía dưới cũng như bộc lộ khúc nối rõ ràng hơn đặc biệt trong những trường hợp đài bể thận giãn lớn, khúc nối bị xoay. Cách tiếp cận này tránh được các rủi ro của đường mổ nhỏ trong các phương pháp khác như khó khăn trong tiếp cận khúc nối khiến đường mổ dài hơn và cắt cơ nhiều hơn. Chúng tôi tạo hình miệng nối BT-NQ theo kiểu cắt rời của Anderson-Hynes. Nhờ có phẫu thuật nội soi, chúng tôi phẫu tích tối đa được bể thận ở cực dưới và cực trên, khi phẫu thuật, chúng tôi thường cắt gân tối đa bể thận giãn ngoài xoang và tạo hình làm nhỏ lại bể thận. Khúc nối BT-NQ được tạo hình vị trí thấp nhất gần cực dưới do đó sẽ tránh miệng nối cắm cao trên, dễ gây gặp góc, hẹp miệng nối tái phát. Việc áp dụng phẫu thuật nội soi để giải phóng niệu quản giúp niệu

quản di động đoạn dài hơn nhiều so với mổ mở giúp cho những trường hợp khúc nối hẹp trên đoạn dài không bị căng.

Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 74,8 phút. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu mổ nội soi 1 cổng sau phúc mạc, và ngắn hơn nghiên cứu mổ mở kinh điển, ngắn hơn 1/2 thời gian mổ nội soi qua phúc mạc trong số nghiên cứu các phương pháp tạo hình khúc nối bể thận niệu quản của Lưu Văn Thanh mổ mở ở bệnh nhân dưới 12 tháng là 109,5 phút, của Dương Hoàng Mai áp dụng nội soi trong ổ bụng với thời gian là 172,3 phút. Chúng tôi nhận thấy với ưu thế của nội soi sau phúc mạc giúp quá trình phẫu tích niệu quản và bể thận dễ dàng hơn, dễ kiểm soát các bất thường của khúc nối. Nghiên cứu của chúng tôi có thời gian mổ tương đương với tác giả Nguyễn Thị Mai Thủy sử dụng dụng cụ quang học thao tác hỗ trợ là 74,8 phút. Trong nghiên cứu chúng tôi không cần sử dụng dụng cụ quang học mà chỉ cần sử dụng các dụng cụ nội soi thông thường. Thời gian mổ kéo dài hơn ở những nhóm tuổi nhỏ hơn. Nguyên nhân chủ yếu là do trẻ càng nhỏ khoang sau phúc mạc càng chật hẹp, phúc mạc mỏng nên dễ tổn thương và rách phúc mạc, một nguyên nhân nữa do ở những nhóm tuổi nhỏ kích thước đài bể thận lớn cũng là một khó khăn trong phẫu thuật nội soi.

Sau khi phẫu tích khúc nối bể thận niệu quản ra ngoài, chúng tôi tiến hành mở rộng trocar 5mm đầu tiên đưa khúc nối ra ngoài để tạo hình. Chiều dài vết mổ trung bình của chúng tôi là 2,1cm, ngắn hơn so với đường mổ mở đường sườn lưng của Lưu Văn Thanh là 3,5cm, của Nguyễn Trúc Linh là 3 cm và tương đương kích thước của Nguyễn Thị Mai Thủy là 2,3cm. Về các biến chứng lớn trong mổ, chúng tôi không gặp các biến chứng lớn trong mổ như tổn thương mạch thận, rách phúc mạc hay chuyển mổ mở... Nguyên nhân do chúng tôi đã thành thạo áp dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cho các trẻ lớn hơn, vì vậy khi áp dụng với trẻ dưới 2 tuổi, chúng tôi không gặp quá nhiều khó khăn trong cách tiếp cận khúc nối BT-NQ.

Đặc điểm sau phẫu thuật. Thời gian trung bình rút dẫn lưu cạnh thận là 3,5 ngày, thời gian trung bình rút dẫn lưu niệu quản - bể thận là 9,5 ngày, thời gian trung bình rút JJ là 5,5 tuần. Với bệnh nhân dẫn lưu niệu quản - bể thận ra ngoài, chúng tôi thường rút ống dẫn lưu ngoài này sau 7 ngày. Việc chăm sóc dẫn lưu đòi hỏi chăm sóc bệnh nhân trong viện vì nguy cơ nhiễm trùng cao, hơn nữa ống dẫn lưu niệu quản - bể thận

ra ngoài khó cố định chắc nên thường dễ bị tuột. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 6 ngày. Bệnh nhân được đặt JJ sẽ được xuất viện sớm hơn, sau khi rút dẫn lưu hồ thận. Tất cả bệnh nhân có JJ được chúng tôi hẹn lịch rút sau 1 - 2 tháng bằng nội soi bàng quang dưới gây mê. Nghiên cứu này của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thủy về thời gian rút dẫn lưu là 3,2 ngày, thời gian nằm viện là 6,2 ngày.

Chúng tôi ghi nhận có 4 trường hợp có biến chứng, chiếm tỷ lệ 12,9%, trong đó các biến chứng đều không cần can thiệp mổ lại. Có 3 trường hợp rò nước tiểu sau mổ, 3 trường hợp này gặp ở những bệnh nhân đặt dẫn lưu niệu quản - bể thận ra ngoài. Tuy nhiên với tất cả các trường hợp chúng tôi điều trị bảo tồn, lượng nước tiểu giảm dần và rút dẫn lưu hồ thận sau 14 ngày, đây cũng là ưu điểm của phẫu thuật nội soi sau phúc mạc giúp khu trú tổn thương, tránh viêm phúc mạc như trong phẫu thuật nội soi trong ổ bụng. Có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ được thay băng hàng ngày, bệnh nhân ổn định ra viện. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào JJ bị lạc chỗ sau mổ. Kết quả này tương đương với tác giả Nguyễn Thị Mai Thủy mổ nội soi sau phúc mạc thì tỷ lệ biến chứng là 14,7% với các biến chứng chủ yếu là chảy máu, nhiễm trùng và thấp hơn nghiên cứu của Dương Hoài Mai mổ nội soi qua phúc mạc với tỷ lệ biến chứng là 24,7%.

Đánh giá kết quả xa sau mổ. Đường kính trước sau bể thận (ĐKTSBT) trên siêu âm bụng sau mổ so với thời điểm trước ra viện, ĐKTSBT tăng lên, nguyên nhân là do rút JJ không còn ống thông, miệng nối còn phù nề nên đài bể thận giãn hơn. Tuy nhiên ĐKTSBT trung bình giảm dần theo thời gian, thời điểm 3 tháng là 28,4 mm, 6 tháng là 21,6 mm và 12 tháng là 16,4 mm. Nghiên cứu của Kiblawi cho rằng ĐKTSBT giảm sau mỗi 3 tháng là dấu hiệu đủ để loại trừ sự tái phát hẹp miệng nối sau mổ tạo hình khúc nối và xạ hình thận chỉ nên thực hiện trên những đối tượng có ĐKTSBT tăng sau mổ. Theo Vårelä cho rằng theo dõi ĐKTSBT trên siêu âm sau mổ có thể đánh giá được mức độ hồi phục không cần làm thêm cận lâm sàng nào để theo dõi và nên theo dõi trên siêu âm đến 24 tháng. Điều này cho thấy rằng theo dõi bệnh nhân sau mổ 6 tháng, có thể dự đoán được đối tượng nào không có khả năng tái phát, không cần làm xạ hình thận.

Bề dày nhu mô thận trung bình trước mổ là 3,9 mm, sau mổ tăng dần theo thời gian, tăng >5 mm sau 6 tháng. Kết quả này cũng tương

đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Thủy nhu mô thận tăng sau mổ trung bình là 7,8 mm, dao động từ 5 - 10 mm. Cùng mức độ giãn đài bể thận, nhưng nhu mô dày hơn cho thấy có hồi phục so với nhu mô thận không tăng hay giảm đi. Tác giả María Fernández-Ibieta cho rằng bề dày nhu mô cải thiện >15% trên siêu âm sau mổ 3 tháng là dấu hiệu cho thấy thành công của phẫu thuật, không có khả năng tái phát về sau và do vậy không cần chụp thêm xạ hình để theo dõi trên nhóm đối tượng này.

Kết quả phẫu thuật của chúng tôi có ba mức độ bao gồm tốt có 25 trường hợp (80,6%), trung bình 4 trường hợp (12,9%) và xấu 3 trường hợp (6,5%). Chúng tôi xây dựng tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật thành ba mức độ, nhằm để phân loại từng nhóm đối tượng để có kế hoạch theo dõi chặt chẽ bệnh sau mổ, hạn chế bỏ sót những trường hợp tắc tái phát sau mổ. Đối với kết quả tốt, bệnh diễn tiến hồi phục tốt an toàn không cần theo dõi chặt chẽ; nhóm kết quả trung bình là nhóm thận chưa hồi phục hoàn toàn, cần theo dõi chặt chẽ, cần thận trọng đánh giá khả năng hẹp tái phát gây giảm chức năng thận, nhóm kết quả xấu là nhóm hẹp tái phát có chỉ định can thiệp phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc hỗ trợ điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ dưới 2 tuổi là phẫu thuật an toàn và khả thi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Mai Thủy.** Nghiên cứu tác dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ em dưới 5 tuổi. Luận án Tiến sĩ Y học. Học viện Quân y; 2016.
2. **Fernández-Ibieta M, Nortes-Cano L, Guirao-Piñera MJ, Zambudio-Carmona G, Ruiz-Jiménez JI.** Radiation-free monitoring in the long-term follow-up of pyeloplasty: Are ultrasound new parameters good enough to evaluate a successful procedure? *Journal of pediatric urology.* 2016;12(4):230.e1-7.
3. **Kiblawi R, Kuebler JF, Petersen C, Ure BM, Hofmann AD.** Ultrasound Monitoring after Pelvis-Sparing Dismembered Pyeloplasty: High Sensitivity and Low Specificity for the Success of Operation. *European journal of pediatric surgery : official journal of Austrian Association of Pediatric Surgery [et al] = Zeitschrift fur Kinderchirurgie.* 2020;30(1):21-26
4. **Lưu Văn Thanh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ 12 tháng tuổi tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2020.
5. **Chacko JK, Koyle MA, Mingin GC, Furness PD, 3rd.** The minimally invasive open pyeloplasty. *Journal of pediatric urology.* 2006;2(4):368-72.

6. **Salama AK, Szymanski KM, Casey J, Roth J, Whittam B, Cain MP.** Use of retrograde pyelogram to plan for miniature open incision in pediatric pyeloplasty. *Journal of pediatric urology.* 2020;16(4):479.e1-479.e5.
7. **Dương Hoàng Mai.** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em có sử dụng thông JJ. Luận văn Bác sĩ Nội trú. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh; 2016
8. **Tanash MA, Bolly BK, Naidoo R, et al.** Laparoscopic versus open pyeloplasty in paediatric pelvi-ureteric junction obstruction. <https://doi.org/10.1111/jpc.16443>. *Journal of Paediatrics and Child Health.* 2023;n/a(n/a)
9. **Chan YY, Durbin-Johnson B, Sturm RM, Kurzrock EA.** Outcomes after pediatric open, laparoscopic, and robotic pyeloplasty at academic institutions. *Journal of pediatric urology.* 2017;13(1):49. e1-49. e6
10. **Chertin B, Raisin G, Puri P.** Ureteropelvic Junction Obstruction. In: Puri P, ed. *Pediatric Surgery: Pediatric Urology.* Springer Berlin Heidelberg; 2023:233-248

KẾT QUẢ SỬ DỤNG KẾT HỢP MIFEPRISTONE VÀ MISOPROSTOLE TRONG PHÁ THAI NỘI KHOA Ở TUỔI THAI 17 ĐẾN 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Phương¹, Phạm Đức Anh¹,
Nguyễn Thanh Hải¹, Mai Thanh Sơn¹, Đỗ Như Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả sử dụng kết hợp Mifepristone và Misoprostole trong phá thai nội khoa ở tuổi thai 17 đến 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 65 sản phụ có tuổi thai từ 17 đến hết 22 tuần được đình chỉ thai nghén bằng phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 28,02 tuổi với 55,4% trường hợp chưa có con và 72,3% các sản phụ chưa từng phá thai trước đây. Tuổi thai được chỉ định ĐCTN trong nghiên cứu phổ biến nhất là từ 17 – 18 tuần (chiếm 36,8%). Tỷ lệ phá thai thành công đạt 95,4% với đa số sản phụ ở nhóm dưới 25 và từ 25 – 35 tuổi lần lượt là 95,8% và 100%. Tỷ lệ phá thai thành công đạt 91,7% ở tuổi thai từ 17 – 18, từ 18 – 19 là 92,3% và 100% với tuổi thai từ 19 – 22 tuần. Các sản phụ có 2 con có tỷ lệ phá thai thành công là 81,8% và 97,2% với sản phụ chưa từng có con, nhóm sản phụ có 1 hoặc ≥ 3 con đều đạt 100%. Có tới 88,7% các trường hợp sảy thai trong vòng 24 giờ đầu tiên sau khi dùng MSP trong phác đồ kết hợp, thời gian sảy thai trung bình là 11,17 giờ với liều MSP trung bình là 1070,37mcg. **Kết luận:** Phác đồ kết hợp Mifepristone và Misoprostole trong ĐCTN ở sản phụ có tuổi thai từ 17 – 22 tuần đạt hiệu quả cao, chiếm 95,4%, đặc biệt với sản phụ trẻ dưới 35 tuổi và có thể áp dụng cho mọi tuổi thai trong nhóm nghiên cứu. Tỷ lệ sảy thai trong vòng 24 giờ sau dùng MSP đạt 88,7%.

Từ khóa: đình chỉ thai nghén, kết hợp Mifepristone và Misoprostole, hiệu quả phá thai

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đức Anh

Email: dranhpd92@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024

SUMMARY

RESULTS OF COMBINED USE OF MIFEPRISTONE AND MISOPROSTOLE IN TERMINATION OF PREGNANCY AT A GESTATIONAL AGE FROM 17 TO 22 WEEKS AT HANOI OBSTETRIC HOSPITAL

Objective: Review the results of combined use of Mifepristone and Misoprostole in termination of pregnancy at a gestational age from 17 to 22 weeks at Hanoi Obstetric Hospital. **Materials and method:** A cross-sectional study was conducted on 65 pregnant with gestational age from 17 to 22 weeks whose pregnancies terminated with the combination of Mifepristone and Misoprostole at Hanoi Obstetrics Hospital from January to June 2023. **Results:** The average age of the study subjects was 28.02 years with 55.4% of the cases having no children and 72.3% of the women having never had a termination of pregnancy before. The most common gestational age at which pregnancy termination is indicated in the study, and that is from 17 to 18 weeks (36.8%). The successful termination of pregnancy rate reached 95.4%, with the majority of women under 25 and from 25 - 35 years old having rate of 95.8% and 100%, respectively. The successful pregnancy termination rate reaches 91.7% at the gestational age of 17 - 18 weeks, 92.3% at 18 – 19 weeks, and 100% at gestational age from 19 - 22 weeks. Women who have 2 children have a successful termination of pregnancy rate of 81.8%, and the rate is 97.2% for women who have never had children. This rate is 100% for women who have 1 or ≥ 3 children. Up to 88.7% of miscarriages occurred within the first 24 hours after taking MSP in the combination regimen. The average time to miscarriage was 11.17 hours with a mean MSP dose of 1070.37mcg. **Conclusion:** The combination regimen of Mifepristone and Misoprostole in terminating pregnancy in pregnant women with a gestational age of 17 - 22 weeks is highly effective, accounting for 95.4%, especially for young pregnant