

nền nặng, hội chứng bẩm sinh phức tạp.⁷ Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận các rối loạn nhịp thất, block nhĩ thất, hở van ĐMC, thiếu máu cơ tim, gãy stent trong suốt thời gian theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Đặt stent ĐTTP là phương pháp có tỷ lệ thành công cao trong điều trị tạm thời các BN TBS có tắc nghẽn ĐTTP. Chỉ định ở BN chưa đủ điều kiện phẫu thuật, có nguy cơ cao, bệnh đồng mắc nặng. Các biến chứng có thể được giảm thiểu với sự hiểu biết về giải phẫu bệnh và tích lũy kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Myung K. Park.** Chap 13: Obstructive lesions. Park's Pediatric Cardiology for Practitioners 6th ed. Elsevier, Philadelphia; 2014:184-205.
2. **Dearani J. A., G. K. Danielson, F. J. Puga, et al.** Late follow-up of 1095 patients undergoing operation for complex congenital heart disease utilizing pulmonary ventricle to pulmonary artery conduits. The Annals of thoracic surgery. Feb 2003;75(2):399-410; discussion 410-1. doi:10.1016/s0003-4975(02)04547-2
3. **Petrucci O., S. M. O'Brien, M. L. Jacobs, et al.** Risk factors for mortality and morbidity after the neonatal Blalock-Taussig shunt procedure. The Annals of thoracic surgery. Aug 2011;92(2):642-51; discussion 651-2. doi:10.1016/j.athoracsur.2011.02.030
4. **Lemler MS, Ramaciotti C.** Anomalies of the Right Ventricular Outflow Tract and Pulmonary

Valve. Echocardiography in Pediatric and Congenital Heart Disease From Fetus to Adult. Wiley-Blackwell; 2014:281-296.

5. **Castleberry C. D., T. M. Gudausky, S. Berger, J. S. Tweddell, A. N. Pelech.** Stenting of the right ventricular outflow tract in the high-risk infant with cyanotic teratology of Fallot. Pediatric cardiology. Mar 2014;35(3):423-30. doi:10.1007/s00246-013-0796-z
6. **Dohlen G., R. R. Chaturvedi, L. N. Benson, et al.** Stenting of the right ventricular outflow tract in the symptomatic infant with tetralogy of Fallot. Heart (British Cardiac Society). Feb 2009;95(2):142-7. doi:10.1136/hrt.2007.135723
7. **Tanidir İ C., M. O. Bulut, H. Kamali, et al.** Right ventricular outflow tract stenting during neonatal and infancy periods: A multi-center, retrospective study. Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi. Jul 2020;28(3):442-449. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2020.18970
8. **Stumper O., B. Ramchandani, P. Noonan, et al.** Stenting of the right ventricular outflow tract. Heart (British Cardiac Society). Nov 2013;99(21):1603-8. doi:10.1136/heartjnl-2013-304155
9. **Nguyễn Kinh Bang, Nguyễn Hải Âu, Nguyễn Quang Thiện, et al.** Đánh giá kết quả ngắn hạn phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot tuổi nhũ nhi. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2018;1(22):tr. 360-366.
10. **Bertram H., M. Emmel, P. Ewert, et al.** Stenting of Native Right Ventricular Outflow Tract Obstructions in Symptomatic Infants. Journal of interventional cardiology. Jun 2015;28(3):279-87. doi:10.1111/joic.12198

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU XẠ PHẪU GAMMA KNIFE KẾT HỢP THUỐC TKIS ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO

Trần Đức Linh^{1,2}, Nguyễn Đức Liên^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) di căn não bằng xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 65 BN UTPKTBN được xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs từ 1/2022-12/2024. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não là 95,4%, đáp ứng hoàn toàn (ĐÚHT) 38,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não là

89,2%. Tổng thể tích khối u và triệu chứng thần kinh khu trú (TKKT) trước điều trị có liên quan đến đáp ứng tại não. **Kết luận:** Xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs có hiệu quả soát di căn não, cải thiện triệu chứng lâm sàng ở BN UTPKTBN di căn não.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, di căn não, Gamma Knife, TKIs

SUMMARY

THE EARLY OUTCOMES OF GAMMA KNIFE RADIOSURGERY COMBINED WITH TKIS IN THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH BRAIN METASTASES

Objectives: Evaluate the early outcomes of non-small cell lung cancer (NSCLC) patients with brain metastases treating by Gamma Knife radiosurgery combined with TKIs. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, 65 patients who received Gamma Knife radiosurgery combined with EGFR TKIs from January 2022 to December 2024. **Results:** At 6 months, the intracranial disease control rate was

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 175

³Bệnh viện K

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

95,4%, complete response was 38,5%, and the extracranial disease control rate was 89,2%. The pretreatment total tumor volume and localized neurological symptoms relate to intracranial response. **Conclusion:** Gamma Knife radiosurgery combined with TKIs is effective in controlling brain metastases and improving clinical symptoms in NSCLC patients with brain metastases.

Keywords: non small cell lung cancer, brain metastases, Gamma Knife, TKIs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một bệnh ung thư phổ biến trên thế giới với hơn 2,4 triệu ca mắc mới và 1,8 triệu ca tử vong trên toàn cầu năm 2022¹. Não là vị trí di căn thường gặp, di căn não được biết đến là yếu tố tiên lượng xấu, là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở BN UTPKTBN. Trên nhóm BN có đột biến EGFR, điều trị với các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) đã cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ lên đến 19 - 38,6 tháng². Tuy vậy, do những đặc điểm riêng về giải phẫu và sinh lý của hàng rào máu não, các thuốc TKIs có hiệu quả hạn chế trên các tổn thương di căn não, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển não từ 8 -10 tháng². Do đó, điều trị thuốc TKI phải kết hợp với các phương pháp điều trị tại não. Xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp điều trị tại não có ưu điểm cung cấp liều xạ cao, chính xác vào u trong khi chỉ một liều lượng nhỏ vào nhu mô não lành xung quanh. Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy sự cải thiện kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi di căn não bằng kết hợp xạ phẫu Gamma Knife và thuốc TKIs^{3,4}. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt trên nhóm di căn não đa ổ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs điều trị UTPKTBN di căn não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não, được điều trị bằng xạ phẫu gamma knife kết hợp với thuốc TKI tại bệnh viện K từ 1/2022 đến 12/2024

- Có đột biến gen EGFR.

- Có chỉ số KPS \geq 70.

- Chẩn đoán di căn não trên phim MRI với số ổ di căn 1 - 10 ổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã xạ trị não trước đó, hoặc điều trị hóa trị tổng hợp trước đó

- Có các bệnh ung thư khác kết hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Các bước tiến hành: tuyển chọn đối tượng nghiên cứu, ghi nhận các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng. Điều trị xạ phẫu bằng hệ thống Gamma Knife Icon, liều xạ phẫu được tính dựa vào kích thước khối u. Thuốc TKIs bao gồm cả thế hệ 1,2,3 (gefitinib, erlotinib, afatinib và osimertinib). Đánh giá hiệu quả điều trị tại thời điểm 6 tháng bằng khám lâm sàng, chụp CT, MRI. Đánh giá đáp ứng ngoài não theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, đáp ứng tại não theo tiêu chuẩn RANO-BM.

- **Xử lý số liệu:** xử dụng thuật toán thống kê thường quy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và điều trị. Tổng số 65 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu này.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng (n=65)

Đặc điểm chung	N	%	
Tuổi	<65	39	60
	\geq 65	26	40
Giới tính	Nam	32	49,2
	Nữ	33	50,8
Điểm KPS	70-80	32	49,2
	90-100	33	50,8
Triệu chứng thần kinh khu trú (TKKT)	Không	38	58,5
	Có	27	41,5
Di căn ngoài não	Không	25	38,5
	Có	40	61,5

Nhận xét: Đa số các BN dưới 65 tuổi, tỷ lệ nam/nữ (0,97/1), BN có triệu chứng TKKT chiếm 41,5% và di căn não thường kết hợp di căn các cơ quan khác.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng và điều trị (n=65)

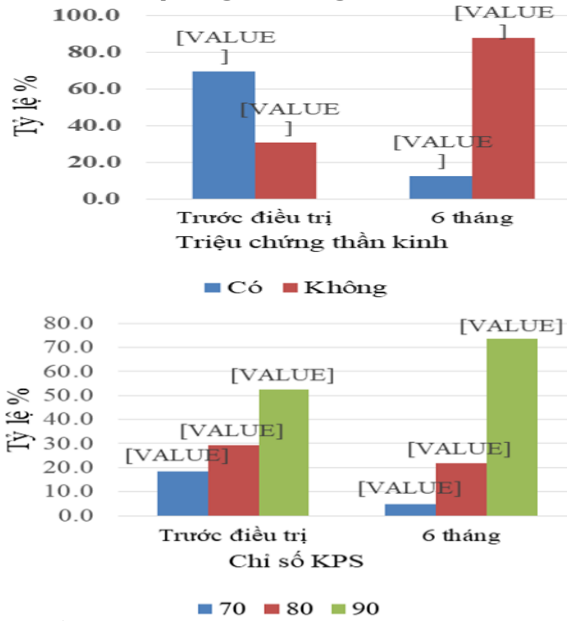
Đặc điểm	N	%	
Mô bệnh học	Carcinoma tuyến	62	95,4
	Khác	3	4,6
Đột biến gen	Thường gặp	47	72,3
	Khác	18	27,7
Số u di căn não	1 - 4	40	61,5
	5 - 10	25	38,5
Tổng thể tích u	< 7 cm ³	42	64,6
	\geq 7 cm ³	23	35,4
Loại TKIs	Thế hệ 1,2	51	78,5
	Thế hệ 3	14	21,5

Nhận xét: Đột biến gen thường gặp như del19 hoặc L858R chiếm 72,3%, BN có từ 5-10 ổ

di căn não chiếm 38,5%, và tổng thể tích u dưới 7 cm³ chiếm 64,6%, phần lớn được điều trị bằng TKI thế hệ 1, 2.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng cơ năng



Biểu đồ 1: Triệu chứng thần kinh và KPS trước và sau điều trị 6 tháng

Nhận xét: Sau điều trị 6 tháng, 87,5% bệnh nhân không còn triệu chứng thần kinh và

Bảng 3. Đáp ứng tại não giữa các nhóm điều trị

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân (%)				p
		ĐUHT	ĐUMP	BOD	BTT	
Tuổi	< 65	16 (41)	18 (46,2)	4 (10,2)	1 (2,6)	0,524
	≥ 65	9 (34,6)	10 (38,5)	5 (19,2)	2 (7,7)	
Giới	Nữ	12 (36,4)	13 (39,4)	6 (18,2)	2 (6,1)	0,708
	Nam	13 (40,6)	15 (46,9)	3 (9,4)	1 (3,1)	
Triệu chứng TKKT	Không	20 (52,6)	12 (31,6)	4 (10,5)	2 (5,3)	0,026
	Có	5 (18,5)	16 (59,3)	5 (18,5)	1 (3,7)	
KPS	70-80	9 (28,1)	16 (50)	5 (15,6)	2 (6,3)	0,418
	90-100	16 (48,5)	12 (36,4)	4 (12,1)	1 (3)	
Di căn ngoài não	Không	9 (36)	12 (48)	2 (8)	2 (8)	0,527
	Có	16 (40)	16 (40)	7 (17,5)	1 (2,5)	
Thế hệ TKI	1,2	18 (35,3)	22 (43,1)	8 (15,7)	3 (5,9)	0,713
	3	7 (50)	6 (42,9)	1 (7,1)	0	
Số u	1-4	14 (35)	17 (42,5)	7 (17,5)	2 (5)	0,789
	5-10	11 (44)	11 (44)	2 (8)	1 (4)	
Tổng thể tích u	< 7 cm ³	23 (54,8)	13 (31)	4 (9,4)	2 (4,8)	0,001
	≥ 7 cm ³	2 (8,7)	15 (65,2)	5 (21,7)	1 (4,3)	

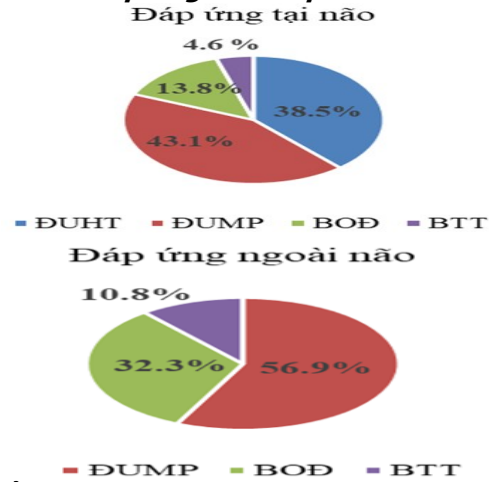
Triệu chứng TKKT và tổng thể tích u trước điều trị có liên quan đến đáp ứng tại não.

Bảng 4. Đáp ứng ngoài não giữa các nhóm điều trị

Đặc điểm		Đáp ứng ngoài não			p
		BOD	BTT	ĐUMP	
Tuổi	< 65	9 (23,1)	4 (10,3)	26 (66,7)	0,114
	≥ 65	12 (46,2)	3 (11,5)	11 (42,3)	

73,4% có điểm số KPS trên 90, sự khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị với p<0,01.

3.2.2. Đáp ứng khách quan



Biểu đồ 2: Đáp ứng khách quan tại não và ngoài não

Viết tắt: ĐUHT: đáp ứng hoàn toàn, ĐUMP: đáp ứng một phần, BOD: bệnh ổn định, BTT: bệnh tiến triển.

Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não là 95,4%, trong đó 38,5% ĐUHT, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não 89,2.

Giới	Nữ	8 (24,2)	3 (9,1)	22 (66,7)	0,254
	Nam	13 (40,6)	4 (12,5)	15 (46,9)	
KPS	70-80	8 (25)	5 (15,6)	19 (59,4)	0,294
	90-100	13 (39,4)	2 (6,1)	18 (54,5)	
Số cơ quan di căn	1	11 (44)	5 (20)	9 (36)	0,017
	≥ 1	10 (25)	2 (5)	28 (70)	
Loại đột biến	Khác	7 (38,9)	2 (11,1)	9 (50)	0,782
	Thường gặp	14 (29,8)	5 (10,6)	28 (59,6)	
Loại TKI	Thể hệ 1, 2	19 (37,3)	5 (9,8)	27 (52,9)	0,222
	Thể hệ 3	2 (14,3)	2 (14,3)	10 (71,4)	

Số cơ quan di căn có liên quan đến kết quả đáp ứng ngoài não.

IV. BÀN LUẬN

Cải thiện triệu chứng thần kinh là mục tiêu quan trọng của điều trị xạ phẫu di căn não. Nghiên cứu của một số tác giả về xạ phẫu Gamma di căn não ở bệnh nhân UTPKTBN cho thấy trên 85% trường hợp cải thiện về triệu chứng thần kinh và chỉ số KPS sau 3-6 tháng điều trị^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị 6 tháng đa số các trường hợp đều cải thiện triệu chứng thần kinh, với 87,5% các trường hợp không còn triệu chứng lâm sàng của di căn não. Tình trạng toàn thân được cải thiện rõ so với trước điều trị, với 73,4% có điểm KPS từ 90 trở lên so với chỉ 52,3% trước điều trị.

Đáp ứng tại não là sự kết hợp giữa hiệu quả của xạ phẫu và duy trì thuốc TKI. Bên cạnh tác động trực tiếp lên tế bào ung thư, xạ phẫu còn có tác dụng phá vỡ hàng rào máu não giúp tăng mức độ thâm nhập của thuốc TKI. Ngoài ra, các TKI còn có tính thấm vào não tốt hơn so với các hóa chất, việc duy trì TKI góp phần kiểm soát sự phát triển của các tổn thương di căn mới ở não. Nghiên cứu điều trị UTPKTBN di căn não bằng xạ phẫu Gamma kết hợp với hóa chất của Phan Thanh Dương cho thấy đáp ứng tại não 70,7%, kiểm soát bệnh tại não 90,7%⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này cao hơn, 81,6% trường hợp có đáp ứng tại não, kiểm soát bệnh tại não đạt 95,4%. Tỷ lệ này tương đương với những nghiên cứu điều trị xạ phẫu Gamma kết hợp thuốc TKI khác trong và ngoài nước^{4,5}. Như vậy, so với điều trị hóa chất, thuốc TKI kết hợp với xạ phẫu Gamma cho hiệu quả đáp ứng tại não tốt hơn.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ đáp ứng tại não phụ thuộc vào kích thước hay thể tích u. Nghiên cứu của Pan trên bệnh nhân ung thư phổi di căn não cho thấy tỷ lệ kiểm soát u là 94%, 89,1%, 93,4% và 85,7% với các khối u có kích thước lần lượt là 0,5-2 cm³, 2-4cm³, 4-8 cm³ và 8-14 cm³⁷. Nghiên cứu của Phan Thanh Dương cũng cho thấy tỷ lệ đáp ứng tại não tốt

hơn ở những trường hợp có tổng thể tích u < 7cm^{3,6}. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy tổng thể tích u có liên quan đến đáp ứng tại não. Điều này có thể được giải thích do mối liên quan giữa kích thước u và liều xạ phẫu, những u có kích thước nhỏ có thể nhận liều điều trị cao hơn, do đó hiệu quả kiểm soát u tốt hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đáp ứng tại não theo tiêu chuẩn RANO-BM, tiêu chuẩn này ngoài đánh giá về hình ảnh học tại não còn tính đến mức độ sử dụng steroid và sự cải thiện triệu chứng thần kinh của bệnh nhân. Đánh giá theo tiêu chuẩn này, chúng tôi thấy rằng triệu chứng TKKT trước điều trị có liên quan đến mức độ đáp ứng tại não. Những bệnh nhân có triệu chứng thần kinh khu trú nặng mức độ phục hồi kém hơn. Về số ổ di căn, tình trạng di căn nhiều ổ thường đại diện cho gánh nặng ung thư lớn tại não và có thể đã có di căn vi thể tại thời điểm chẩn đoán. Từ đó có những lo ngại về việc chỉ định xạ phẫu cho những trường hợp di căn từ 5-10 ổ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về đáp ứng tại não giữa nhóm di căn 1-4 ổ và di căn 5-10 ổ tại thời điểm 6 tháng. Hướng dẫn của hiệp hội xạ trị ung thư Hoa Kỳ hiện nay cũng khuyến cáo xạ phẫu là phương pháp phù hợp cho những trường hợp di căn não từ 5-10 ổ và có phương pháp điều trị toàn thân khả thi⁸.

Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não đạt 89,2%, trong đó có 56,9% đáp ứng một phần, không có trường hợp đáp ứng hoàn toàn. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác trước đây về TKI trong và ngoài nước^{2,5}. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng cho thấy không có sự khác biệt về đáp ứng giữa nhóm có đột biến thường gặp hay hiếm gặp, cũng như việc sử dụng TKI thể hệ 1,2 hay thể hệ 3. Trong khi đó tình trạng di căn các cơ quan có liên quan đến đáp ứng ngoài não, những trường hợp có nhiều di căn các cơ quan có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn so với chỉ có di căn một cơ quan duy nhất là não. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy có những trường hợp gánh nặng bệnh ung thư cao thường có kết quả điều trị kém hơn^{4,5}.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 6 tháng, xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKI cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh tại não đạt 95,5%, kiểm soát bên ngoài não đạt 89,2%. Tổng thể tích u di căn não và tình trạng triệu chứng TKKT trước điều trị có liên quan tới đáp ứng tại não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Mathieu Laversanne et al.** Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;71 (3), 209-249.
2. **Reungwetwattana T., Nakagawa K., Cho B. C., et al.** CNS response to osimertinib versus standard epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors in patients with untreated EGFR-mutated advanced non-small-cell lung cancer. *Journal of clinical oncology.* 2018;36 (33), 3290.
3. **Magnuson W. J., Lester-Coll N. H., Wu A. J., et al.** Management of brain metastases in tyrosine kinase inhibitor-naïve epidermal growth factor receptor-mutant non-small-cell lung cancer: a

retrospective multi-institutional analysis. *Journal of clinical oncology.* 2017;35 (10), 1070-1077.

4. **Chiou G.Y., Chiang C.-L., Yang H.-C., et al.** Combined stereotactic radiosurgery and tyrosine kinase inhibitor therapy versus tyrosine kinase inhibitor therapy alone for the treatment of non-small cell lung cancer patients with brain metastases. *Journal of Neurosurgery.* 2021;1 (aop), 1-8.
5. **Nguyễn Văn Kiên, Phạm Cẩm Phương và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế Tyrosine Kinase kết hợp xạ phẫu dao Gamma quay tại bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;506 (502).
6. **Phan Thanh Dương.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng xạ phẫu Gamma. *Luận văn Chuyên khoa cấp II.* Đại học y Hà Nội. 2020.
7. **Pan HC, Sheehan J, Stroila M, et al.** Gamma knife surgery for brain metastases from lung cancer. *Journal of neurosurgery.* Jan 2005;102 Suppl:128-33.
8. **Voelkelbaum MA, Brown PD, Messersmith H, et al.** Treatment for Brain Metastases: ASCO-SNO-ASTRO Guideline. *J Clin Oncol.* Feb 2022;40(5):492-516.

KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU QUẢN TẠI KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đoàn Thị Huệ¹, Nguyễn Mạnh Hải¹, Trần Văn Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu sau 01 tháng ở bệnh nhân được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản tại khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không đối chứng, kết hợp tiến cứu và hồi cứu, số liệu thu thập được 99 trường hợp được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022, kết quả chính bao gồm khả năng cải thiện triệu chứng lâm sàng cũng như trên hình ảnh học và ghi nhận tỉ lệ tai biến-biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ:1,2/1. Đặc điểm lâm sàng thường gặp đau thắt lưng (78,8%), cơn đau quặn thận là 10,1%, dấu hiệu thận to 1 bên là 2,0%. Siêu âm trước mổ có 97% có thận ứ nước cùng bên tổn thương, trong đó độ I là 70,7%, độ II là 21,2%, độ III là 5,1%. Trên phim chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt có 43,6% vị trí tắc nghẽn chủ yếu là đoạn 1/3 trên của niệu quản. Kết quả điều trị cho thấy thời gian phẫu thuật mổ mở là 153 phút, nội soi Hồng-Lưng là 111 phút, nội soi ngược dòng ngắn nhất là 83,23 phút. Trong và theo dõi sau phẫu thuật không

gặp tai biến, biến chứng nặng nề. Mức độ ứ nước trên siêu âm khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ (trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%). Thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật mổ ở là 11,60±5,55 ngày và mổ nội soi là 8,84 ± 4,44 ngày. Kết quả sau 1 tháng: 97% khá; 3,0% là bình thường. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị hẹp niệu quản có tỷ lệ thành công cao và hầu hết không có biến chứng sau điều trị.

Từ khóa: hẹp niệu quản, phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản, phẫu thuật nội soi hẹp niệu quản.

SUMMARY

RESULTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF URETERAL STRICTURES AT THE DEPARTMENT OF UROLOGY, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: The study to evaluate the initial results after 1 month in patients undergoing surgery to treat ureteral stenosis at the Department of Urology, Thai Nguyen National Hospital. **Material and Methods:** A descriptive study method, longitudinal follow-up without control, and a combination of prospective and retrospective, data was collected 99 cases of surgical treatment of ureteral stenosis from June 2021 to June 2022, the main outcomes included the ability to improve clinical symptoms as well as on imaging and record the rate of complications - complications after surgery. **Results:** The research results show that the male/female ratio was 1.2/1,

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ

Email: huedtdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025