

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. **Đôi 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

common clinical features were low back pain (78.8%), renal colic were 10.1%, and one-sided enlarged kidney signs was 2.0% patients. Preoperatively 96 patients (77%) had ipsilateral hydronephrosis grade I was 70,7%, grade II was 21,2%, and grade III was 5,1%. Abdomen and pelvis multislice computed tomography (MSCT) was show that 43.6% of the major obstruction sites were in the upper third of the ureter. The longest time for open surgery (153 minutes), followed by Hip-Back endoscopy (111 minutes), and the shortest retrograde endoscopic surgery (83.23 minutes). There were no intraoperative complications in the early postoperative period and after. The degree of fluid retention on ultrasound at re-examination has changed compared to before surgery. The average length of hospitalization operating surgery was $11,60 \pm 5,55$ days and endoscopic surgery was $8,84 \pm 4,44$ days. Results after 1 month: 97% was good; 3,0% was normal.

Conclusions: Laparoscopic surgery in the treatment of ureteral stenosis has a high success rate and most patients have no complications after treatment.

Keywords: ureteral stenosis, ureteral endoscopic surgery, ureteral stricture treatment surgery, endoscopic ureteral stricture surgery, treatment for ureteral stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp niệu quản là một bệnh lý làm cản trở sự lưu thông bình thường của dòng nước tiểu từ thận xuống bàng quang và gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm như đau mỏi thắt lưng kéo dài, viêm đài bể thận, ứ nước ứ mủ thận, cuối cùng là gây nên suy thận [1],[2]. Trước đây, điều trị chủ yếu là mổ mở cắt đoạn hẹp, tạo hình niệu quản, hoặc cắt bỏ thận cùng bên với niệu quản hẹp nếu thận mất chức năng hoàn toàn và thận còn lại có chức năng tốt [3], [4]. Ngày nay, nhờ những tiến bộ vượt bậc của khoa học kỹ thuật trong y học, sự ứng dụng rộng rãi kỹ thuật nội soi trong chuyên ngành tiết niệu đã cho phép điều trị hẹp niệu quản bằng các phương pháp ít xâm hại như phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc, nội soi qua khoang sau phúc mạc, nội soi niệu quản - bể thận ngược dòng để cắt lạnh hoặc nong bằng bóng, đặt thông JJ để nong niệu quản hẹp và dẫn lưu nước tiểu cũng là một phương pháp được lựa chọn [5],[6]. Tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, khoa Ngoại tiết niệu đã và đang phẫu thuật điều trị cho các bệnh nhân hẹp niệu quản. Tuy bước đầu nhận xét có những kết quả khả quan nhưng trên thực tế chưa có bất kỳ nghiên cứu, thống kê chính thức nào mô tả. Do vậy, nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả ban đầu của điều trị hẹp niệu quản bằng phương pháp phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh

nhân được chẩn đoán hẹp niệu quản và được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản đều được mời tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 06/2021 đến 06/2022 tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không nhóm chứng.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu toàn bộ, cách lấy mẫu thuận tiện không xác suất. Trong thời gian nghiên cứu lấy được 99 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

* Chẩn đoán xác định hẹp niệu quản [7]

Hẹp niệu quản có các dấu hiệu và triệu chứng phụ thuộc vào nơi tắc nghẽn xảy ra ở một phần hay toàn bộ đường ống niệu quản.

- Lâm sàng có thể bao gồm: Đau lưng, thay đổi lượng nước tiểu; khó đi tiểu; nhiễm trùng đường tiết niệu nhiều lần, tăng huyết áp; tiểu máu; một số trường hợp bệnh nhân đau đến mức không thể ngồi yên hoặc tìm một tư thế thoải mái; đau kèm theo sốt; bí tiểu.

- **Cận lâm sàng:**

+ Siêu âm: đánh giá hình thái của thận và niệu quản.

+ Nội soi bàng quang: Một ống nhỏ có camera và ánh sáng được đưa vào niệu đạo hoặc thông qua một vết mổ nhỏ. Hệ thống quang học cho phép nhìn thấy bên trong niệu đạo và bàng quang.

+ Chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt (MSCT).

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI).

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thăm khám lâm sàng, làm các cận lâm sàng đầy đủ trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân được hẹn khám lại tối thiểu là sau 01 tháng. Các dữ kiện thu thập được ghi chép thống nhất theo bệnh án nghiên cứu.

Đánh giá kết quả điều trị sớm và theo dõi sau mổ 1 tháng: Dựa trên diễn biến về tình trạng toàn thân; diễn biến cơ năng; biến chứng; theo dõi chức năng thận (siêu âm, xét nghiệm, chụp MSCT).

Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn sau:

Kết quả tốt: Lâm sàng bệnh nhân không đau, không sốt, thận không to, không đái máu sau mổ; chức năng thận phục hồi tốt; siêu âm đài bể thận nhỏ hơn trước mổ.

Kết quả trung bình: Lâm sàng bệnh nhân ổn định; chức năng thận không tốt hơn trước mổ; siêu âm đài bể thận còn giãn; kiểm tra bằng chụp MCST cho thấy lưu thông niệu quản kém.

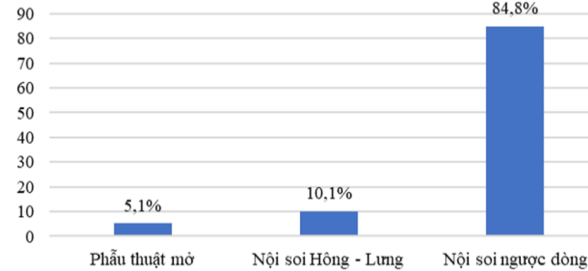
Kết quả xấu: Nhiễm khuẩn tiết niệu; chức năng thận xấu đi so với trước mổ; có biến chứng trong hoặc sau mổ phải can thiệp lại.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 20. Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đề cương của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên và hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (số 822/HĐĐĐ-BVTWTN ngày 19 tháng 9 năm 2022).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,5 ± 13,3 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 55,6% cao hơn bệnh nhân nữ là 44,4%, tỷ lệ nam/nữ: 1,2/1.



Biểu đồ 1. Các phương pháp điều trị hẹp niệu quản (n=99)

Chủ yếu bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngược dòng là 84,8%.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật (n=99)

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)				
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Phẫu thuật mổ mở	5	153,23	16,23	160,00	125-160
Nội soi Hồng - Lưng	10	111,50	37,27	100,00	70-190
Nội soi ngược dòng	84	83,23	24,21	80,00	50-160
p-value	0,0001				

So sánh thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất (153,23 ± 16,23 phút), tiếp đến nội soi Hồng - Lưng (111,50 ± 37,27 phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất (83,23 ± 24,21 phút), với p<0,001.

*Tai biến, biến chứng trong phẫu thuật: Trong quá trình tiến hành phẫu thuật, chúng tôi không gặp tai biến, biến chứng nặng nề liên quan tới rách phúc mạc, rách màng phổi, thủng cơ hoành, tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, và tổn thương các tạng khác.

Bảng 2. Phân bố thời gian có rút sonde

tiểu và loại phẫu thuật (n=99)

Thời gian rút sonde tiểu	Tổng		PT nội soi		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
<2 ngày	82	82,8	80	85,1	2	40,0	0,034
>2 ngày	17	17,2	14	14,9	3	60,0	
X±SD	2,14±0,35		2,10±0,26		2,90±0,89		0,001
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

PT: Phẫu thuật

Thời gian có rút sonde tiểu và loại phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thời gian rút sonde tiểu và loại phẫu thuật: phẫu thuật mổ mở có thời gian rút sonde tiểu >2 ngày cao hơn so với phẫu thuật nội soi (60,0% và 14,9%), với p<0,05.

* Biến chứng sau phẫu thuật: Theo dõi sau phẫu thuật chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật liên quan tới chảy máu, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch, áp xe tồn dư sau phúc mạc, xi dò nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3. Thời gian nằm viện và loại phẫu thuật (n=99)

Thời gian nằm viện	Tổng		PTNS		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
<5 ngày	25	25,3	24	25,5	1	20,0	0,78
>5 ngày	74	74,7	70	74,5	4	80,0	
X±SD	8,98±4,51		8,84±4,44		11,60±5,55		0,18
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

Khi so sánh thời gian nằm viện và loại phẫu thuật cho thấy thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ mở dài hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi (5,20±1,78 ngày và 4,05±1,96 ngày), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 4. Mức độ ứ nước thận trên siêu âm trước mổ và khám lại sau mổ

Độ ứ nước	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật - 1 tháng	
	n	%	n	%
Không ứ nước	3	3,0	65	65,7
Ứ nước độ I	70	70,7	26	26,3
Ứ nước độ II	21	21,2	8	8,1
Ứ nước độ III	5	5,1	0	0,00
p - value	<0,005			

Mức độ ứ nước độ I, độ II và độ III 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%; Trước mổ có 70,7% bệnh nhân ứ nước độ I, sau mổ là 26,3%; Trước mổ có 21,2% bệnh nhân ứ nước độ II, sau mổ là 8,1%; Trước mổ có 5,1% bệnh nhân ứ nước độ III, sau mổ là 0,0%.

Bảng 5. Kết quả điều trị và loại phẫu thuật (n=99)

Kết quả điều trị	Tổng		PTNS		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	96	97,0	91	96,8	5	100	0,68
Trung bình	3	3,0	3	3,2	0	0,0	
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

Kết quả điều trị hẹp niệu quản bằng phẫu thuật cho thấy hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt, chỉ có 03 trường hợp bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình (02 bệnh nhân vẫn còn đau nhẹ khi vận động và di chuyển, 01 trường hợp còn đái máu). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê kết quả điều trị và loại phẫu thuật với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 94,9% được phẫu thuật nội soi (chủ yếu được phẫu thuật nội soi ngược dòng là 84,8%, có 10,1% nội soi hông-lưng), chỉ có 5,1% phẫu thuật mổ mở. Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức cho thấy có 4,0% được điều trị nội soi là 92,9% được điều trị phẫu thuật nội soi, có 7,1% phẫu thuật mổ mở. Nghiên cứu của Henry Tran tại Canada theo dõi 25 bệnh nhân với 29 chỗ hẹp niệu quản được xác định và điều trị, các phương thức điều trị được sử dụng bao gồm mổ niệu quản niệu quản ($n=2$), cấy ghép lại niệu quản ($n=3$), dẫn lưu nước tiểu ($n=3$), cấy ghép tự động ($n=1$), phẫu thuật nội soi niệu quản bằng laser và nong bóng ($n=8$), cắt bỏ thận ($n=2$), nong bóng đặt stent ($n=3$), cắt đoạn nối niệu quản bàng quang và đặt stent ($n=1$), thay đổi stent mãn tính ($n=4$) và theo dõi ($n=3$) [41]. Tuy nhiên với những tiến bộ trong Y học, các phương pháp điều trị nội soi, bao gồm nong bóng, rạch bằng dao lạnh và phẫu thuật nội soi bằng laser cũng đang được sử dụng. Tỷ lệ thành công của các kỹ thuật nội soi đã được báo cáo là từ 46–89% và thường có lợi ích là giảm tỷ lệ mắc bệnh và thời gian nằm viện, với thời gian hồi phục ngắn hơn [28], [29].

Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hông - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút). Nghiên cứu của Ngô Xuân Thái cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $48,7 \pm 20,9$ phút, đa số các bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng < 60 phút (65,7%) [8]. Tương tự nghiên cứu của Mao tại Trung Quốc đánh giá trên 14 bệnh nhân hẹp niệu quản (9 trường hợp mổ mở, 5 trường hợp mổ nội soi) cho thấy thời gian phẫu thuật bằng mổ mở là $95,6 \pm 22,0$ phút và thời gian phẫu thuật mổ nội soi trung bình là

$112,0 \pm 42,1$ phút [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo dõi sau phẫu thuật, trong thời gian nằm viện, chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật liên quan tới chảy máu, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch, áp xe tồn dư sau phúc mạc, xì dò nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng vết mổ. Nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy không có biến chứng trong và sau mổ và không có trường hợp nào phải can thiệp lại [9]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân cũng cho kết quả tương tự [8]. Nghiên cứu tại Trung Quốc cũng cho thấy phẫu thuật nội soi sau phúc mạc được thực hiện thành công, không có trường hợp nào có biến chứng nặng sau mổ, rò rỉ nước tiểu sau phẫu thuật xảy ra ở một bệnh nhân [5]. Không có bất kỳ trường hợp hẹp niệu quản sau mổ ở những bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ mở dài hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi ($5,20 \pm 1,78$ ngày và $4,05 \pm 1,96$ ngày). Tại Bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $6 \pm 3,6$ ngày [9]. Tác giả Ngô Xuân Thái có thời gian nằm viện trung bình là $3,1 \pm 1,6$ ngày [8]. Nghiên cứu tại Trung Quốc có thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật mổ mở là $14,8 \pm 1,1$ ngày và thời gian hồi phục là $52,8 \pm 1,3$ ngày, thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật nội soi là $7,3 \pm 1,9$ ngày và thời gian hồi phục là $23,6 \pm 2,4$ ngày [5].

Mức độ ứ nước độ I, độ II và độ III 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%; Trước mổ có 70,7% bệnh nhân ứ nước độ I, sau mổ là 26,3%; Trước mổ có 21,2% bệnh nhân ứ nước độ II, sau mổ là 8,1%; Trước mổ có 5,1% bệnh nhân ứ nước độ III, sau mổ là 0,0%. Nghiên cứu của Hoàng Long cho thấy thận ứ nước độ II và III hồi phục tốt (giảm từ 28,7% trước mổ xuống còn 8% sau mổ 1 tháng). Đa số thận ứ nước độ I trở về bình thường sau mổ [9].

Khi bệnh nhân đến tái khám sau 01 tháng, hầu hết chúng tôi đều đánh giá chủ yếu bằng khám lâm sàng và siêu âm hệ tiết niệu. Kết quả của chúng tôi hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt (96,7%), chỉ có 03 (3,3%) trường hợp có kết quả điều trị trung bình (02 bệnh nhân vẫn còn đau nhẹ khi vận động và di chuyển, 01 trường hợp còn đái máu). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp niệu quản đến

khám lại sau 4,5 tháng có 88,3% tiến triển tốt, 9,1% trung bình, 2,6% xấu [9]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi mới đánh giá bệnh nhân sau 1 tháng điều trị, còn nghiên cứu của tác giả khác đánh giá xa hơn từ 2 - 13 tháng. Nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh có kết quả phẫu thuật tốt là 51,2%, trung bình 27,1%, xấu 21,7%, với thời gian theo dõi trung bình $13,5 \pm 8,4$ tháng [8].

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hồng - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút). Trong quá trình tiến hành phẫu thuật 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%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt, chỉ có 03 trường hợp có kết quả điều trị trung bình, không có trường hợp nào xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chakraborty, J. N., Chawla, A., & Vvas, N. (2022). Surgical interventions in female urethral strictures: a comprehensive literature review. *International uroavnecoloy journal*, 33(3), 459–485. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04906-8>
2. Elbers, J. R., Rodríguez Socarrás, M., Rivas, J. G., Autran, A. M., Esperto, F., Tortolero, L., Carrion, D. M., & Sancha, F. G. (2021). Robotic Repair of Ureteral Strictures: Techniques

- and Review. *Current urology reports*, 22(8), 39. <https://doi.org/10.1007/s11934-021-01056-8>.
3. Gonzalez, A. N., Mishra, K., & Zhao, L. C. (2022). Buccal Mucosal Ureteroplasty for the Management of Ureteral Strictures: Patient Selection and Considerations. *Research and reports in urology*, 14, 135–140. <https://doi.org/10.2147/RRU.S291950>.
 4. El-Harrech, Y., Ghoundale, O., Kasmaoui, E. H., & Touiti, D. (2016). Transperitoneal Laparoscopic Pyloroplastomy for Retrocaval Ureter without Excision of the Retrocaval Segment: Experience on Three Cases. *Advances in urology*, 2016, 5709134. <https://doi.org/10.1155/2016/5709134>.
 5. Mao, L., Xu, K., Ding, M., Pan, J., & Guo, Z. (2017). Comparison of the efficacy and safety of retroperitoneal laparoscopic and open surgery for the correction of retrocaval ureter. *Therapeutics and clinical risk management*, 13, 697–701. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S139113>. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S139113>.
 6. Liu, E., Sun, X., Guo, H., Li, F., Liu, S., Wang, K., & Hou, Y. (2016). Retroperitoneoscopic ureteroplasty for retrocaval ureter: report of nine cases and literature review. *Scandinavian journal of urology*, 50(4), 319–322. <https://doi.org/10.1080/21681805.2016.1177589>.
 7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận – Tiết niệu ban hành kèm theo Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2015.
 8. Ngô Xuân Thái, Võ Xuân Huy. (2021). Kết quả sớm điều trị hẹp niệu quản bằng phương pháp nội soi nong bóng. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 25 (1), Chuyên Đề Ngoại Khoa, tr. 233 -240.
 9. Hạ Hồng Cường, Hoàng Long, Chu Văn Lâm, Nguyễn Đức Trường. (2015). Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19(4), tr. 93 -100.

ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT KHE HỞ VÒM MIỆNG Ở TRẺ EM ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN E HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Hồng Nhung¹, Nguyễn Tấn Văn¹,
Chu Minh Quang¹, Hoàng Tuấn Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm phân tích các đặc điểm nhân khẩu học, bao gồm cân nặng, tuổi, giới tính, mối liên hệ giữa số lần phẫu thuật và độ tuổi, cũng như các đặc điểm vùng miền ở trẻ mắc dị tật khe hở vòm miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang, 25 bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện có dị tật khe hở vòm miệng tại Bệnh viện E Trung ương, Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 10.56 tuổi, cân nặng trung bình 24.84 kg, với sự cân bằng giới tính (52% nam, 48% nữ). Đáng chú ý, 85% bệnh nhân thuộc các dân tộc thiểu số, chủ yếu từ vùng sâu, vùng xa. Khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), 36% cần phẫu thuật lần hai, và thiếu sản vòm hầu (8%) có ảnh hưởng nghiêm trọng đến giao tiếp. **Kết quả:** Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm, cải thiện tiếp cận y tế tại vùng khó khăn, và đánh giá dinh dưỡng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: khe hở vòm miệng, phẫu thuật tạo hình, dị tật bẩm sinh, Bệnh viện E.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung

Email: dr.rosy245@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025