

2. Hassler KR, Collins JT, Philip K, Jones MW. Laparoscopic cholecystectomy. In: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022.
3. Nijssen MAJ, Schreinemakers MJM, Meyer Z, Van Der Schelling GP, Crolla RMPH, Rijken AM. Complications after laparoscopic cholecystectomy: a video evaluation study of whether the critical view of safety was reached. World J Surg. 2015;39(7):1798-1803.
4. Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, Magdelinic M, Bulajic M, Radunovic L, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: our experience from a retrospective analysis. Open Access Maced J Med Sci. 2016;4(4):641-646.
5. Nassar AHM. Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surg Endosc. 2021;35(11):6039-6047.
6. Gupta V, Jain G. Safe laparoscopic cholecystectomy: adoption of universal culture of safety in cholecystectomy. World J Gastrointest Surg. 2019;11(2):34-116.
7. Okamoto K, Suzuki K, Takada T. Tokyo Guidelines 2018: flowchart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25:55-72.
8. Văn Tân. Tiến bộ trong cắt TM qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân. Y học Việt Nam. 2006;319(Số đặc biệt về PTNS):163-178.
9. Trần Kiên Vũ. Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh [luận án tiến sĩ y học]. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2016.
10. Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Mạnh Cường. Điều trị viêm túi mật cấp tính đơn thuần. Ngoại khoa. 1993;23(5):9-13.

ĐẶC ĐIỂM SIÊU ÂM VÀ XẠ HÌNH THẬN Ở BỆNH NHÂN Ứ NƯỚC THẬN DO HẸP KHÚC NỔ BỂ THẬN NIỆU QUẢN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI HỖ TRỢ SAU PHÚC MẠC 1 TROCAR

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,2}, Lê Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Góp phần mô tả đặc điểm về siêu âm và xạ hình thận ở bệnh nhân được phẫu thuật ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bẩm sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** chúng tôi nghiên cứu hồi cứu hồ sơ của 70 bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối niệu quản bể thận và được phẫu thuật bằng nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2013 tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Nhi trung ương. Các thông số về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, đường kính trước sau của bể thận trên siêu âm và đặc điểm bài tiết nước tiểu trên xạ hình thận được ghi lại. **Kết quả:** có 70 hồ sơ phù hợp trong thời gian nghiên cứu; 65 trẻ nam (92,86%), 5 trẻ nữ (7,14%); tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi (tuổi trung bình là $22,9 \pm 18,6$ tháng). 100% bệnh nhân được làm siêu âm trước mổ đo đường kính trước sau của bể thận, đánh giá mức độ giãn của các đài thận, độ dày nhu mô. Kích thước bể thận trung bình trước mổ là $34,3 \pm 8,1$ mm (từ 25mm đến 50mm). 56/70 (80%) bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ. Chức năng thận trung bình trước mổ $47,9 \pm 9,8$ %. 36/56 (64,3%) bệnh nhân có đường cong bài tiết dạng tích lũy, 20/56 (35,7%) bệnh nhân có đồ thị dạng chậm bài tiết nước tiểu. Không có trường hợp nào có đồ thị bài tiết bình thường. Có sự khác biệt về chức năng

thận ở nhóm bệnh nhân có đường kính bể thận trên 35mm và dưới 35 mm ($p < 0,05$). **Kết luận:** siêu âm và xạ hình thận là những thăm dò có giá trị để chẩn đoán và xác định mức độ tắc nghẽn nước tiểu qua khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ bị ứ nước thận bẩm sinh. **Từ khóa:** Ứ nước thận, hẹp khúc nối bể thận niệu quản, mổ nội soi tạo hình khúc nối.

SUMMARY

ULTRASOUND AND RENAL SCINTYGRAPHY IN CHILDREN WITH URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION TREATED BY LAPAROSCOPIC ASSISTED RETROPERITONEAL USING ONE TROCAR

Objective: To describe the characteristics of ultrasound and renal scintigraphy in patients who underwent surgery for hydronephrosis due to congenital pelvi-ureteral junction (PUJ) obstruction. **Subjects and Methods:** We retrospectively reviewed the medical records of 70 patients under 5 years old diagnosed with congenital hydronephrosis due to PUJ obstruction, who underwent surgery with laparoscopic retroperitoneal single trocar assistance from January 2011 to June 2013 at the Urology Department of the National Children's Hospital. Information on age, gender, clinical symptoms, anterior-posterior diameter of the renal pelvis on ultrasound, and urinary excretion features on renal scintigraphy were recorded. **Results:** A total of 70 records met the study criteria. Of these, 65 were male (92.86%) and 5 were female (7.14%), with ages ranging from 1 month to 5 years (mean age: 22.9 ± 18.6 months). 100% of the patients underwent preoperative ultrasound to measure the anterior-posterior diameter of the renal pelvis, assess the degree of calyceal dilation, and evaluate renal parenchymal thickness.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyennaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

The mean preoperative renal pelvis size was 34.3 ± 8.1 mm (ranging from 25 mm to 50 mm). 56 out of 70 (80%) patients underwent preoperative renal scintigraphy. The mean renal function before surgery was $47.9 \pm 9.8\%$. Of these 56 patients, 36 (64.3%) showed an accumulation-type excretion curve, while 20 (35.7%) had a slow excretion curve. No patients exhibited a normal excretion curve. There was a significant difference in renal function between patients with renal pelvis diameters above 35 mm and those below 35 mm ($p < 0.05$). **Conclusion:** Ultrasound and renal scintigraphy are valuable diagnostic tools for assessing and determining the degree of urinary obstruction at the PUJ in children with congenital hydronephrosis. **Keywords:** Hydronephrosis, ureteropelvic junction obstruction, laparoscopic dismembered pyeloplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận niệu quản là sự tắc nghẽn một phần hay hoàn toàn lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. Đây là bệnh lý thường gặp nhất trong các dị tật bẩm sinh gây ứ nước thận ở trẻ em với tỷ lệ khoảng 1/1500 trẻ sơ sinh (1). Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán trước sinh, bệnh lý này ngày càng được phát hiện và phẫu thuật sớm nhằm giải quyết tình trạng tắc nghẽn tại khúc nối, góp phần bảo tồn chức năng thận. Để chẩn đoán bệnh, xác định mức độ tắc nghẽn nước tiểu qua khúc nối bể thận niệu quản cũng như đánh giá chức năng thận, siêu âm và xạ hình thận là hai thăm dò hay được sử dụng nhất trong thực hành lâm sàng (2, 3). Nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm về hình ảnh siêu âm và xạ hình thận ở trẻ dưới 5 tuổi được chẩn đoán ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản và được phẫu thuật tạo hình khúc nối.

Bảng 1. Kích thước bể thận trước mổ và chẩn đoán trước sinh (n=70)

Chẩn đoán trước sinh	Kích thước bể thận		Tổng (n)	P
	<35mm	≥35mm		
Có chẩn đoán trước sinh	23 (53,49%)	12 (44,44%)	35(100%)	0.5426
Không có chẩn đoán trước sinh	20 (46,51%)	15 (55,56%)	35(100%)	
Tổng (%)	43 (100%)	27(100%)	70(100%)	

Nhận xét: Kích thước bể thận trên siêu âm không có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh và nhóm bệnh nhân không có chẩn đoán trước sinh với $p > 0,05$.

Bảng 2. Kích thước bể thận theo các nhóm tuổi (n=70)

Kích thước bể thận	Nhóm tuổi				P
	Dưới 6 tháng	Từ 6 tới 12 tháng	Từ 12 tới 24 tháng	Trên 24 tháng	
25-<35mm	11(78,57%)	10(71,43%)	10(55,56%)	12(50%)	0.276
35-50mm	3(21,43%)	4(28,57%)	8(44,44%)	12(50%)	
Tổng (%)	14(100%)	14(100%)	18(100%)	24(100%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi giữa 2 nhóm bệnh nhân có kích thước bể thận trên 35mm và dưới 35 mm. Điều này có nghĩa là ngay cả với trẻ dưới 6 tháng cũng có thể gặp thận giãn to.

Bảng 3. Chức năng thận và kích thước bể thận (n=56)

Chức năng thận mổ	Kích thước bể thận trên siêu âm	Tổng	P
-------------------	---------------------------------	------	---

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu hồi cứu hồ sơ của 70 bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối niệu quản bể thận và được phẫu thuật bằng nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar từ tháng 1/2011 đến tháng 6/2013. Các thông số về tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng, đường kính trước sau của bể thận, dày nhu mô trên siêu âm, chức năng thận và đặc điểm bài tiết nước tiểu trên xạ hình thận được ghi lại.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối niệu quản bể thận và được phẫu thuật bằng nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar.

- Thời gian: 1/2011 đến tháng 6/2013.

- Địa điểm: khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Nhi trung ương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ không phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn hoặc không đầy đủ.

Xử lý số liệu: số liệu được thống kê, phân tích trên phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2011 đến tháng 6/2013 chúng tôi thu thập được 70 trường hợp bệnh nhi được chẩn đoán là ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bẩm sinh và được phẫu thuật nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar; tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi (tuổi trung bình là $22,9 \pm 18,6$ tháng). 100% bệnh nhân được làm siêu âm trước mổ đo đường kính trước sau của bể thận, độ dày nhu mô.

	25-35mm	35-50mm		
<40 %	4 (12,12%)	6 (26,09%)	10 (17,86)	0.031
40-50%	7 (21,21%)	10 (43,48%)	17 (30,35%)	
>50%	22 (66,67%)	7 (30,43%)	29 (51,79%)	
Tổng	33 (100%)	23 (100%)	56 (100%)	

Nhận xét: 16 /56 bệnh nhân có thời gian bắt thuốc tối đa Tmax dưới 20 phút. Hầu hết các bệnh nhân đều có thời gian Tmax trên 20 phút (92,86%). Không có bệnh nhân nào có thời gian Tmax dưới 10 phút.

Bảng 4. Liên quan kích thước bể thận và đồ thị bài tiết nước tiểu (n=56)

Đường cong bài xuất	Kích thước bể thận			P
	25-<35mm	35-50mm	Tổng	
Chậm bài tiết	12 (36,36%)	8 (34,78%)	20 (35,71%)	0,903
Tích lũy	21 (63,64%)	15 (65,22%)	36 (64,29%)	
Tổng	33 (100%)	23 (100%)	56 (100%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về dạng đường cong bài xuất trên xạ hình thận giữa nhóm có kích thước bể thận trên 35mm và nhóm có kích thước bể thận dưới 35mm với $p>0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản là bệnh lý thường gặp trong các dị tật bẩm sinh về thận tiết niệu ở trẻ em. Nhờ những tiến bộ của chẩn đoán hình ảnh cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán trước sinh, bệnh lý này ngày càng được phát hiện và điều trị sớm nhằm bảo tồn chức năng thận. Phẫu thuật được đặt ra khi có tình trạng tắc nghẽn tại khúc nối (4, 5). Để chẩn đoán bệnh, xác định mức độ tắc nghẽn nước tiểu qua khúc nối bể thận, siêu âm cũng như đánh giá chức năng thận, siêu âm và xạ hình thận là hai thăm dò hay được sử dụng nhất trong thực hành lâm sàng. Siêu âm là một thăm dò phổ cập vừa có giá trị chẩn đoán vừa có tính kinh tế. Siêu âm cho phép phát hiện những dị tật bẩm sinh về đường tiết niệu ở trẻ em. (3, 6, 7)

Hiệp hội tiết niệu thai nhi Hoa Kỳ (Society of Fetal Urology- SFU 1993) chia mức độ ứ nước thận làm 5 độ, dựa vào đường kính trước sau của bể thận trên lát cắt ngang qua thận, mức độ giãn của các đài thận, độ dày của nhu mô thận. Theo SFU, độ 0 không nhìn thấy bể thận, độ 1 nhìn thấy bể thận, đây là các hình ảnh siêu âm bình thường. Độ II nhìn thấy bể thận giãn nhẹ nhưng đài thận bình thường. Độ III nhìn thấy bể thận giãn vừa và một số đài thận giãn nhẹ. Độ IV giống như độ III nhưng kèm theo giãn đài thận, nhu mô mỏng. Độ V nhìn thấy bể thận, đài thận giãn to, nhu mô mỏng (1, 8).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của bể thận trước mổ trong nghiên cứu là $34,3\pm 8,1$ mm, thấp nhất là 25mm và cao nhất là 50mm. 61,43% bệnh nhân có đường kính trước sau của bể thận dưới 35mm. Chúng

tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước của bể thận tại thời điểm mổ giữa nhóm bệnh nhân có chẩn đoán trước sinh và nhóm không có chẩn đoán trước sinh với $p=0,54$. Khi so sánh kích thước của bể thận trên siêu âm với các triệu chứng lâm sàng chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về triệu chứng lâm sàng giữa các nhóm kích thước bể thận, $p<0,05$. Trẻ thường có biểu hiện lâm sàng khi kích thước bể thận trên 35mm. Điều này có nghĩa không phải tuổi càng nhỏ thì mức độ ứ nước càng nhẹ hay ngược lại. Người ta tin rằng mức độ giãn của bể thận chính là hình thức tự bảo vệ của thận nhằm làm giảm áp lực do sự tắc nghẽn lưu thông nước tiểu tác động lên nhu mô thận. Mức độ giãn của bể thận còn tùy thuộc rất nhiều vào khả năng co giãn của bể thận, mức độ tắc nghẽn tại khúc nối. Nếu khúc nối bị hẹp nặng, áp lực trong bể thận sẽ tăng cao làm cho tổn thương lên thận nặng dần. Ngược lại, nếu khúc nối bị hẹp nhẹ thì áp lực trong bể thận chỉ tăng lên khi bài niệu. Chẩn đoán trước sinh cũng như theo dõi và điều trị sau sinh là chìa khóa để bảo tồn chức năng thận trong bệnh lý hẹp khúc nối niệu quản bể thận ở trẻ em (9-10)

Trong 56 bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ, chức năng thận trung bình là $47,9\pm 9,8\%$, thấp nhất là 21,6%, cao nhất là 72%. Chỉ có 10 bệnh nhân có chức năng thận trước mổ dưới 40%, chiếm tỷ lệ 17,86%. Tỷ lệ gặp chức năng thận trên 50% trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,79%. Chính hiện tượng giãn ra của bể thận cũng là cơ chế tự bảo vệ nhằm làm giảm ảnh hưởng của việc tắc nghẽn nước tiểu lên mức lọc cầu thận. Tuy nhiên, ở một mức độ nào đó khi áp lực bể thận chưa tăng quá cao thì cơ chế này còn hiệu quả. Nếu tình trạng tắc nghẽn nặng nề và kéo dài, thì mức lọc cầu thận sẽ bị ảnh hưởng (5, 6, 8)

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa kích thước của bể

thận với nhóm chức năng thận. Khả năng gặp chức năng thận dưới 40% ở nhóm kích thước bể thận trên 35mm cao hơn so với nhóm bệnh nhân có kích thước bể thận dưới 35mm, $p < 0,05$. Có 6/10 bệnh nhân có chức năng thận dưới 40% có kích thước bể thận trên 35mm. Trong 29 bệnh nhân có chức năng thận trên 50%, chỉ có 7/22 bệnh nhân có kích thước bể thận trên 35mm, còn lại 22/29 bệnh nhân có kích thước bể thận dưới 35mm. Điều này cũng hết sức phù hợp với cơ chế bệnh sinh, khi thận giãn ở một mức nào đó thì sẽ có hiện tượng tăng tưới máu tới thận, tăng lọc cầu thận, làm cho chỉ số GFR tăng lên. Tuy nhiên, khi thận giãn quá mức, gây chèn ép vào nhu mô thận, gây tổn thương đến các tiểu cầu thận, lúc này cho dù lượng máu tới thận có tăng thì chỉ số GFR cũng không tăng. Đó là lý do vì sao thời điểm can thiệp phẫu thuật để có thể bảo tồn tối đa chức năng thận trong bệnh lý hẹp khúc nối niệu quản bẩm sinh là vô cùng quan trọng. Việc theo dõi và đánh giá chức năng thận trên xạ hình thận là một yếu tố quan trọng cùng với kích thước bể thận trên siêu âm để chỉ định phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (2).

Trong các bệnh nhân được làm xạ hình thận, thời gian Tmax kéo dài trên 20 phút chiếm tới 71,43% (40/56 bệnh nhân), chỉ có 28,57% bệnh nhân có thời gian Tmax dưới 20 phút. Không có trường hợp nào có giá trị Tmax dưới 10 phút. Điều này có nghĩa là tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều khẳng định có tắc nghẽn thực sự của đường bài xuất.

Hình ảnh đường cong bài xuất là hình ảnh rất cần thiết để phân tích mức độ bài tiết nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. Chúng tôi có 64,29% bệnh nhân có đồ thị dạng tích lũy, thời gian Tmax tương ứng sẽ kéo dài. Điều này cho thấy nhu mô thận đã bắt đầu bị ảnh hưởng do tình trạng ứ nước tiểu tại bể thận hay nói khác đi là tình trạng tăng áp lực trong bể thận đã chèn ép lên nhu mô thận làm cản trở hoạt động lọc của các tiểu cầu thận. Hình ảnh đồ thị dạng tích lũy chứng tỏ có tình trạng tắc nghẽn rõ ràng sự bài tiết nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. 35,71% bệnh nhân có đường cong đồ thị đi ngang. Điều này cho thấy vỏ thận bắt thuốc phóng xạ và bài tiết thuốc ra bể thận vẫn đạt được đỉnh nhưng thời gian đạt đỉnh kéo dài, thời gian thoát nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản kéo dài. Hình ảnh đó cho thấy tuy có hiện tượng tăng áp lực trong bể thận nhưng khả năng hoạt động bài tiết nước tiểu của các tiểu cầu thận còn chưa bị ảnh hưởng. Các bệnh nhân có Tmax ≤ 20 phút có đường cong bài xuất tương ứng dạng đồ thị này (2, 9, 10).

Chúng tôi không gặp dạng đường cong bài xuất bình thường trong số các bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ. 64,29% bệnh nhân có đồ thị dạng tích lũy, 35,71% bệnh nhân có đường cong đi ngang. Các bệnh nhân có Tmax ≤ 20 phút có đường cong bài xuất tương ứng dạng đồ thị này.

Chỉ có 8/23 bệnh nhân (chiếm 34,78%) có kích thước bể thận trên 35mm có đồ thị bài tiết nước tiểu đi ngang. Trái lại có 15/23 bệnh nhân (chiếm 65,22%) có đường kính trước sau bể thận trên 35mm có đồ thị dạng tích lũy. Điều này cũng phù hợp với tổn thương giải phẫu bệnh của bệnh lý hẹp khúc nối bể thận niệu quản, khi bể thận càng giãn, áp lực tác động lên nhu mô thận càng cao thì sự bắt thuốc và đào thải thuốc của nhu mô thận càng bị ảnh hưởng.

Xạ hình thận là một thăm dò hình ảnh rất có ý nghĩa trong chẩn đoán và xác định mức độ ứ nước thận. Đây là những tiêu chí quan trọng khi chỉ định phẫu thuật cho các bệnh nhân ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bẩm sinh (2, 6, 10).

V. KẾT LUẬN

Siêu âm và xạ hình thận là hai thăm dò cung cấp những thông tin cần thiết để chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật bệnh nhân bị ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối bể thận niệu quản. Kích thước bể thận trên siêu âm và đường cong bài tiết nước tiểu trên xạ hình thận có mối liên quan chặt chẽ, thể hiện mức độ tắc nghẽn lưu thông nước tiểu tại khúc nối bể thận niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tabel Y, Haskologlu ZS, Karakas HM, Yakinci C.** Ultrasonographic screening of newborns for congenital anomalies of the kidney and the urinary tracts. *Urol J.* 2010;7(3):161-7.
2. **Yang Y, Hou Y, Niu ZB, Wang CL.** Long-term follow-up and management of prenatally detected, isolated hydronephrosis. *J Pediatr Surg.* 2010;45(8):1701-6.
3. **Ji F, Chen L, Wu C, Li J, Hang Y, Yan B.** Meta-Analysis of the Efficacy of Laparoscopic Pyeloplasty for Ureteropelvic Junction Obstruction via Retroperitoneal and Transperitoneal Approaches. *Front Pediatr.* 2021;9:707266.
4. **Heinlen JE, Manatt CS, Bright BC, Kropp BP, Campbell JB, Frimberger D.** Operative versus nonoperative management of ureteropelvic junction obstruction in children. *Urology.* 2009;73(3):521-5; discussion 5.
5. **Chertin B, Pollack A, Koulikov D, Rabinowitz R, Shen O, Hain D, et al.** Does renal function remain stable after puberty in children with prenatal hydronephrosis and improved renal function after pyeloplasty? *J Urol.* 2009;182(4 Suppl):1845-8.
6. **Bansal R, Ansari MS, Srivastava A, Kapoor**

- R. Long-term results of pyeloplasty in poorly functioning kidneys in the pediatric age group. J Pediatr Urol. 2012;8(1):25-8.
7. **Abdelazim IA, Abdelrazak KM, Ramy AR, Mounib AM.** Complementary roles of prenatal sonography and magnetic resonance imaging in diagnosis of fetal renal anomalies. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2010;50(3):237-41.
 8. **Ylinen E, Ala-Houhala M, Wikstrom S.** Outcome of patients with antenatally detected pelviureteric junction obstruction. Pediatr Nephrol. 2004;19(8):880-7.
 9. **Matsumoto F, Shimada K, Kawagoe M, Matsui F, Nagahara A.** Delayed decrease in differential renal function after successful pyeloplasty in children with unilateral antenatally detected hydronephrosis. Int J Urol. 2007;14(6):488-90.
 10. **Shokeir AA, El-Sherbiny MT, Gad HM, Dawaba M, Hafez AT, Taha MA, et al.** Postnatal unilateral pelviureteral junction obstruction: impact of pyeloplasty and conservative management on renal function. Urology. 2005;65(5):980-5; discussion 5.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân UTDD thủng. 2. Kết quả chẩn đoán ung thư dạ dày thủng. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** 35 BN thủng UTDD, nam 28 BN, nữ 7 BN; Tuổi TB 65,2 T, Tỷ lệ nam/nữ 4/1. 8/35 BN (22,9%) có TS loét DD-TT hoặc khâu thủng ổ loét DD-TT; 3/35 BN (8,6%) đã khâu thủng UTDD hay nối vị tràng do UTDD. Lâm sàng: 26/35 BN (74,3%) đau bụng dữ dội, đột ngột; 2/35 BN (5,7%) đau bụng có sốt; 4/35 BN (11,4%) đau bụng có XHTH; Khám 24/35 BN (68,6%) bụng co cứng; Xét nghiệm: 16/35 BN (45,7%) thiếu máu nặng và trung bình; 25/35 BN (71,4%) BC tăng > 10.000 G/L. XQ bụng 22/35 BN có liềm hơi (62,9%); CLVT 22/35 BN (62,9%) có dịch, khí OB; 1 có khí ở HCMN; 1 BN có ổ áp xe cạnh bờ cong lớn; 9 BN không có dịch, khí OB (thủng bít). Chẩn đoán UTDD trước mổ 14/35 (40,0%); 22/35 BN (62,86%) được mổ ≤ 24 h; 4/35 BN (11,4%) được mổ > 24h; Thủng bít 9/35 BN (25,7%); Kích thước lỗ thủng TB 2,386 cm, KT khối UTDD TB 6,45 cm. **Kết luận:** 1. Đặc điểm chung, lâm sàng, cận LS: - 35 BN; Tuổi TB 65,2 T; Nam 80,0%, nữ 20,0%; Tỷ lệ nam/nữ 4/1. - Đặc điểm tiền sử: 8/35(22,9%) loét DD-TT hoặc đã khâu thủng DD-TT; 3/35 (8,6%) đã khâu thủng UTDD hoặc nối vị tràng (UTDD di căn phúc mạc, hẹp môn vị), 1/33 UT trực tràng đã PT; 1 mô bắc cầu chủ vành. - Đặc điểm LS, CLS: Đau bụng đột ngột, dữ dội 26/35 BN (74,3%), đau bụng kèm sốt 2/35 (5,7%). Co cứng thành bụng 68,6%; 4/35 BN có XHTH (11,4%); Thiếu máu nặng và TB: 16/35 (45,7%); BC > 10.000 G/L 25/35 BN (71,4%). XQ có liềm hơi 68,6% (24/35 BN). CLVT bụng: 33/35 BN (94,3%); 22/35 BN (62,85%) có khí và dịch tự do trong OB, 1 BN áp xe cạnh BCL, 1 BN

khí HCMN, 9/35 BN (25,74%) không có khí OB. 2. Chẩn đoán: Thủng bít 25,7% (9/35); thủng vào OB tự do 68,6% (24/35), 2 BN thủng vào hậu cung mạc nối (HCMN) hay tạo thành ổ áp xe. Số BN được mổ ≤ 24h là 22/35 BN (62,86%); Số BN mổ > 24h là 4/35 BN (11,4%). UTDD thủng bít (mổ phiên) 9/35BN (25,74%)

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURE AND DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER PERFORATION

Aim of study: 1. Evaluation of the clinical and paraclinical feature of gastric cancer perforation. 2. Diagnosis of gastric cancer perforation. **Patients and method:** Retrospective study. Time: 2022-2/2025. **Results:** + There were 35 patients, male 28, female 7, mean age 65,2. + Medical history: gastroduodenal ulcer in 4 patients; perforation of gastroduodenal ulcer in 4 patients, gastro-jejunostomy in 2; gastric cancer perforation in 1 (simple closure), rectal cancer in 1; others in 1 patient. + Clinical feature: Violent anhydrous abdominal pain in 26/35(74,3%); pain with fever in 2 patients; pain with digestive bleeding (hematemesis or melena) in 5/35 patients. + Abdominal Xray revealed free air under diaphragm 24/35 (68,6%); CT Scan showed free air and intraabdominal liquid in 22/35 patients; abscess adjacent to greater curvature in 1 patient; Free air in lesser sac in 1 patient. + Gastroduodenoscopy revealed gastric cancer prior perforation in 14/35 (40,0%). + Emergency operation in 26/35 patients (74,3%); Elective operation in 9/35 patients (25,7%); + Operation time (from onset abdominal pain to operation) ≤ 24h in 22/35 patients (62,86%); > 24h in 4/35 patients (37,14%). in 9 patient that perforation eroded to adjacent organs. + The location of perforation: Middle part of stomach 3/35 (8,6%); upper part of stomach 2/35 (5,7%, proximal), 30/35 lower part of stomach (85,7%, distal). + Average diameter of perforation: 2,386 cm; The average diameter of tumor: 6,45 cm. **Conclusion:** n=35, average age 65,2 Y; male 80,0%, female 20,0%; sex ratio male/female 4/1; 1. Clinical and paraclinical presentation. Medical history: Gastroduodenal ulcer or

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung Bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2025

Ngày duyệt bài: 24.4.2025