

t tuần, giảm tiểu cầu diễn ra sau 4 tuần, sau đó hồi phục dần.

5.2.2. Tác dụng phụ ngoài huyết học

- Tiêu chảy là triệu chứng hay gặp nhất, 27,2%
- Tỷ lệ nhiễm lao là 22,2%
- 11,2% bị hội chứng dừng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Patnaik MM, Lasho TL, Hodnefield JM, Knudson RA, Ketterling RP, Garcia-Manero G, et al. SF3B1 mutations are prevalent in myelodysplastic syndromes with ring sideroblasts but do not hold.
2. Le Bousse-Kerdilès MC, Martyré MC French INSERM Research Network on Idiopathic Myelofibrosis Involvement of the fibrogenic cytokines, TGF-beta and bFGF, in the pathogenesis of idiopathic myelofibrosis. *Pathol Biol (Paris)* 2001; 49:153–7.
3. Verstovsek S, Mesa R.A., Gotlib J. và cộng sự. (2012). Long-term treatment with ruxolitinib for patients with myelofibrosis: 5-year update from the randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 COMFORT-I trial. *J Hematol Oncol*, 10, 55.
4. Harrison C.N., Vannucchi A.M., Kiladjan J.-J. và cộng sự. (2016). Long-term findings from COMFORT-II, a phase 3 study of ruxolitinib vs best available therapy for myelofibrosis. *Leukemia*, 30(8), 1701–1707.
5. Cervantes F., et al. (2013). Reduction in spleen size with ruxolitinib in patients with myelofibrosis: A European phase 3 study. *Leukemia*, 27(9), 1804–1812.
6. Al-Ali H.K., Griesshammer M., le Coutre P. và cộng sự. (2016). Safety and efficacy of ruxolitinib in an open-label, multicenter, single-arm phase 3b expanded-access study in patients with myelofibrosis: a snapshot of 1144 patients in the JUMP trial. *Haematologica*, 101(9), 1065–1073.
7. Cervantes F., Ross D.M., Radinoff A. và cộng sự. (2021). Efficacy and safety of a novel dosing strategy for ruxolitinib in the treatment of patients with myelofibrosis and anemia: the REALISE phase 2 study. *Leukemia*, 35(12), 3455–3465.
8. Vannucchi A.M., te Boekhorst P.A.W., Harrison C.N. và cộng sự. (2019). EXPAND, a dose-finding study of ruxolitinib in patients with myelofibrosis and low platelet counts: 48-week follow-up analysis. *Haematologica*, 104(5), 947–954.

SO SÁNH NHỮNG THAY ĐỔI TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TRÊN SIÊU ÂM VÀ XẠ HÌNH THẬN Ở TRẺ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ Ứ NƯỚC THẬN BẨM SINH 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: Đánh giá một số thay đổi trước và sau phẫu thuật trên siêu âm và xạ hình thận ở trẻ được điều trị ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bằng phẫu thuật nội soi hỗ trợ sau phúc mạc 1 trocar. **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 bệnh nhân đều được chẩn đoán ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối bể thận niệu quản bằng các thăm dò hình ảnh như siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch, MRI hệ tiết niệu, xạ hình. Đánh giá kết quả sau mổ 6 tháng dựa trên siêu âm đo đường kính trước sau của bể thận, dày nhu mô, chức năng thận và đồ thị bài tiết nước tiểu trên xạ hình thận. Các thông số về tuổi, giới, kích thước của bể thận trên siêu âm và đặc điểm bài tiết nước tiểu trên

xạ hình thận trước và sau phẫu thuật được ghi lại. **Kết quả:** 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 ± 18,6 tháng). 100% bệnh nhân được làm siêu âm trước mổ. Kích thước bể thận trung bình trước mổ là 34,3 ± 8,1mm (từ 25mm đến 50mm), nhu mô thận là 4,2 ± 1,0mm; mỏng nhất là 2,5mm, dày nhất là 7mm. 56/70 (80%) bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ. Chức năng thận trung bình trước mổ 47,9 ± 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 51/ 68 (75%) bệnh nhân có theo dõi được sau 6 tháng và đều được làm siêu âm. Kích thước bể thận trung bình sau mổ là 14,3 ± 5,1mm (từ 5mm đến 31mm). Giá trị trung bình của dày nhu mô thận sau mổ là 7,6 ± 1,8mm, mỏng nhất là 5mm, dày nhất là 13mm. Có 33 bệnh nhân được làm xạ hình thận sau mổ. Giá trị trung bình của chức năng thận sau mổ trên xạ hình thận là 50,6 ± 6%, 19/33 (57,6%) bệnh nhân có đường cong bài xuất nước tiểu bình thường. **Kết luận:** Siêu âm và xạ hình thận là hai thăm dò cần thiết để theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối bể thận niệu quản. **Từ khóa:** Ứ nước thận, hẹp khúc nối bể thận niệu quản, mổ nội soi tạo hình khúc nối.

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: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

SUMMARY

COMPARISON OF CHANGES BEFORE AND AFTER SURGERY ON ULTRASOUND AND RENAL SCINTIGRAPHY IN CHILDREN TREATED FOR CONGENITAL HYDRONEPHROSIS DUE TO URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION BY LAPAROSCOPIC ASSISTED RETROPERITONEAL ONE-TROCAR

Objective: To evaluate changes before and after surgery on ultrasound and renal scintigraphy in children treated for congenital hydronephrosis due to ureteropelvic junction obstruction by laparoscopic-assisted retroperitoneal one-trocar surgery. **Subjects and Methods:** We conducted a retrospective study of 70 patients under 5 years old diagnosed with congenital hydronephrosis due to ureteropelvic junction obstruction and who underwent surgery with laparoscopic-assisted retroperitoneal one-trocar surgery between January 2011 and June 2013. All patients were diagnosed with congenital hydronephrosis due to ureteropelvic junction obstruction using imaging methods such as ultrasound, intravenous urography, MRI of the urinary system, and scintigraphy. Postoperative results were evaluated 6 months after surgery based on ultrasound measurements of the anteroposterior diameter of the renal pelvis, renal parenchymal thickness, renal function, and the urinary excretion curve on renal scintigraphy. Parameters such as age, gender, renal pelvis size on ultrasound, and urinary excretion patterns on renal scintigraphy before and after surgery were recorded. **Results:** A total of 70 records met the criteria for the study period; 65 male patients (92.86%) and 5 female patients (7.14%); age ranged from 1 month to 5 years (mean age 22.9 ± 18.6 months). 100% of patients had preoperative ultrasound. The average renal pelvis size before surgery was 34.3 ± 8.1 mm (ranging from 25 mm to 50 mm). The renal parenchyma thickness was 4.2 ± 1.0 mm; the thinnest was 2.5 mm, and the thickest was 7 mm. 56/70 (80%) patients underwent renal scintigraphy before surgery. The average renal function before surgery was $47.9 \pm 9.8\%$. 36/56 (64.3%) patients had an accumulation-type excretion curve, and 20/56 (35.7%) patients had a slow urinary excretion curve. No patients had a normal urinary excretion curve. 51/68 (75%) patients were followed up for 6 months and all underwent ultrasound. The average renal pelvis size after surgery was 14.3 ± 5.1 mm (ranging from 5 mm to 31 mm). The average renal parenchyma thickness after surgery was 7.6 ± 1.8 mm, with the thinnest being 5 mm and the thickest being 13 mm. 33 patients underwent renal scintigraphy. The average renal function postoperatively on renal scintigraphy was $50.6 \pm 6\%$, with 19/33 (57.6%) patients showing a normal urinary excretion curve. **Conclusion:** Ultrasound and renal scintigraphy are essential examinations for monitoring and assessing postoperative outcomes in children with ureteropelvic junction obstruction. **Keywords:** Hydronephrosis, ureteropelvic junction obstruction, laparoscopic reconstructive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ứ nước thận do 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. Chỉ định phẫu thuật khi sự tắc nghẽn lưu thông nước tiểu qua khúc nối bể thận niệu quản làm ảnh hưởng đến chức năng thận. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời giúp bảo tồn chức năng thận. Phẫu thuật Anderson-Hynes ra đời từ năm 1949 đã được chứng minh cho kết quả điều trị tốt với tỷ lệ thành công trên 90% (1-4). Với sự phát triển của các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi và cho kết quả tương đương phẫu thuật mổ mở kinh điển. Nhiều phương tiện chẩn đoán hình ảnh được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh lý này. Siêu âm và xạ hình thận là 2 thăm dò hay được sử dụng nhất trong thực hành lâm sàng để đánh giá kết quả sau phẫu thuật (5-7). Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá những thay đổi trước và sau mổ trên siêu âm và xạ hình thận của bệnh nhân ứ nước thận bẩm sinh do hẹp khúc nối bể thận niệu quản được phẫu thuật tạo hình khúc nối.

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 bể thận niệu quản 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, các dấu hiệu lâm sàng, đường kính trước sau của bể thận, dày nhu mô thận trên siêu âm; đặc điểm bài tiết nước tiểu, chức năng thận trên xạ hình thận trước và sau mổ 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 bể thận niệu quản 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 thu thập, và 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; trong đó có 65 trẻ nam (92,9%), 5 trẻ nữ (7,1%); tuổi từ 1 tháng đến 5 tuổi (tuổi trung bình là $22,9 \pm 18,6$ tháng).

Có 70 kết quả siêu âm trước mổ. Kích thước

bể thận trung bình trước mổ là $34,3 \pm 8,1$ mm. 43/70 bệnh nhân có đường kính trước sau của bể thận dưới 35mm, chiếm 61,43%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ở nhóm có triệu chứng lâm sàng và không có triệu chứng lâm sàng khi so sánh giữa 2 nhóm kích thước bể thận trên 35mm và dưới 35mm.

Bảng 1. Kích thước bể thận trước mổ 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	Tổng (n)	
25-35mm	11(78,57%)	10(71,43%)	10(55,56%)	12(50%)	43(61,43%)	0.276
35-50mm	3(21,43%)	4(28,57%)	8(44,44)	12(50%)	27(38,57%)	
Tổng (%)	14(100%)	14(100%)	18(100%)	24(100%)	70(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. Dày nhu mô thận là $4,2 \pm 1,0$ mm; mỏng nhất là 2,5mm, dày nhất là 7mm. Tỷ lệ gặp dày nhu mô thận dưới 5mm là 68,57%. Tỷ lệ gặp bệnh nhân nhu mô thận mỏng dưới 3mm là 5,71%.

Có 51 kết quả siêu âm sau mổ. Kích thước bể thận sau mổ trung bình là $14,2 \pm 5,4$ mm. Nhỏ nhất là 5mm, lớn nhất là 31mm. Khi so sánh với kích thước bể thận trước mổ thấy có sự khác biệt rõ rệt với $p < 0,05$. Không có sự khác biệt về thay đổi kích thước bể thận sau mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân có kích thước bể thận trước mổ trên 35mm và dưới 35mm, $p > 0,05$.

Bảng 2. Kích thước bể thận sau mổ theo nhóm tuổi (n=51)

Kích thước bể thận sau mổ	Nhóm tuổi				Tổng
	< 6 tháng	6 - 12 tháng	12-24 tháng	> 24 tháng	
<10mm	5 (71,43%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)	2 (10%)	9 (17,65%)
10-20mm	0 (0%)	8 (66,67%)	9 (75%)	17 (85%)	34 (66,67%)
>20mm	2 (28,57%)	3 (25%)	2 (16,67%)	1 (5%)	8 (15,68%)
Tổng	7 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	20 (100%)	51 (100%)

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kích thước bể thận sau mổ và các nhóm tuổi ($p < 0,05$). 41/51 (80,39%) bệnh nhân có dày nhu mô thận từ 5-10mm. 10/51 (19,61%) bệnh nhân có dày nhu mô thận trên 10mm. Không có trường

hợp nào có dày nhu mô thận dưới 5mm. Giá trị trung bình của dày nhu mô thận sau mổ là $7,6 \pm 1,8$ mm, mỏng nhất là 5mm, dày nhất là 13mm. So với độ dày nhu mô thận trước mổ thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

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
	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: Không có bệnh nhân nào chức năng thận dưới 40%.

Bảng 4. Kích thước bể thận và đường cong bài tiết nước tiểu sau mổ (n=33)

Kích thước bể thận sau mổ	Đường cong bài tiết nước tiểu			Tổng	P
	Bình thường	Thải chậm	Tích lũy		
<10mm	6(31,58%)	0(0%)	1(20%)	7(21,21,%)	0,033
10-20mm	13(68,42%)	6(66,67%)	3(60%)	22(66,67%)	
>20mm	0(0%)	3(33,33%)	1(20%)	4(12,12%)	
Tổng	19(100%)	9(100%)	5(100%)	33(100%)	

Nhận xét: Có sự khác biệt về đồ thị bài tiết nước tiểu ở các nhóm kích thước bể thận $p < 0,05$.

Bảng 5. So sánh kích thước bể thận, dày nhu mô, Tmax trước mổ và sau mổ

Các giá trị đánh giá kết quả sau mổ	Trước mổ	Sau mổ	P
Kích thước bể thận (n=51)	$33,9 \pm 7,9$ mm	$14,3 \pm 5,4$ mm	$P < 0,05$ (CI=95%)

Dày nhu mô thận (n=51)	4,1±0,95mm	7,7,±1,84mm	P<0,05 (CI=95%)
Tmax (n=27)	24,6±9,6 phút	16,2±5,5 phút	P<0,05 (CI=95%)

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước mổ và sau mổ $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Ứ nước thận do hẹp khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ em là một dị tật bẩm sinh hay gặp nhất trong các bệnh lý tiết niệu. Sự phát triển của chẩn đoán trước sinh cho phép phát hiện và điều trị sớm bệnh lý này, góp phần bảo tồn chức năng thận. Điều trị phẫu thuật tạo hình khúc nối được thực hiện khi sự tắc nghẽn nước tiểu ảnh hưởng đến chức năng thận. Nhiều thăm dò hình ảnh được sử dụng để chẩn đoán và theo dõi điều trị. Siêu âm là một thăm dò được áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán bệnh và đánh giá kết quả sau phẫu thuật. Đây là một thăm dò đơn giản, rẻ tiền, dễ thực hiện. Đường kính trước sau của bể thận, độ dày nhu mô thận trên siêu âm là những thông số quan trọng để theo dõi tiến triển của bệnh (2, 3, 8).

Xạ hình thận đánh giá chức năng thận và mức độ tắc nghẽn nước tiểu tại khúc nối phản ánh chính xác tình trạng ứ nước thận. Trị số này cho phép đánh giá chức năng lọc của cầu thận. Tmax và đường cong bài tiết nước tiểu phản ánh sự lưu thông nước tiểu qua khúc nối (4, 5, 9)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung bình của kích thước bể thận sau mổ là 14,3±5,4 mm. Khi so sánh kết quả trước mổ với sau mổ chúng tôi thấy sự khác biệt có ý nghĩa $p<0,05$. Chúng tôi nhận thấy khi so sánh sự thay đổi kích thước bể thận trước mổ và sau mổ giữa nhóm kích thước bể thận trước mổ trên 35mm và dưới 35 mm thì không thấy có sự khác biệt ($p>0,05$). Ngược lại, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi mổ và sự co nhỏ của bể thận (bảng 2). Như vậy, thời điểm mổ là hết sức quan trọng đến sự phục hồi của thận. Tuy kích thước bể thận trước mổ có thể giãn to, nhưng nếu can thiệp sớm thì thận hoàn toàn có thể hồi phục sau mổ. Điều này lại một lần nữa giúp chúng tôi khẳng định vai trò của chẩn đoán trước sinh trong phát hiện và điều trị sớm bệnh lý hẹp khúc nối niệu quản bể thận ở trẻ em. Tuổi phẫu thuật là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Việc phát hiện trước sinh, theo dõi và điều trị sau sinh đúng sẽ bảo tồn được chức năng thận (7, 10)

Khi tình trạng ứ nước thận được giải quyết thì triệu chứng lâm sàng và tình trạng bài tiết nước tiểu từ thận xuống niệu quản sẽ được cải thiện. Tuy vậy, để đánh giá chức năng thận và các yếu tố ảnh hưởng tới sự phục hồi của chức

năng thận vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau. Kích thước bể thận trên siêu âm và đường bài xuất nước tiểu trên xạ hình thận là các yếu tố quan trọng để đánh giá tình trạng lưu thông nước tiểu qua khúc nối sau mổ. Kết quả phẫu thuật tạo hình khúc nối được đánh giá bằng sự co nhỏ kích thước bể thận trên siêu âm và sự cải thiện trên đường cong bài tiết thuốc trên xạ hình thận (7).

Chúng tôi kiểm tra được xạ hình thận sau mổ sau mổ 6 tháng cho 33/51 bệnh nhân. So với trước mổ chúng tôi thực hiện được thăm dò này cho 56 bệnh nhân. Có 27 bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ và sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân sau mổ được làm xạ hình thận thì chức năng đều trên 40%. Giá trị trung bình chức năng thận sau mổ là 50,5 ±6,0%, trong đó giá trị thấp nhất là 40,5%. Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về chức năng thận sau mổ ở các nhóm chức năng thận trước mổ, $p>0,05$. Điều này có nghĩa là chức năng thận hoàn toàn có thể hồi phục nếu nguyên nhân gây tắc nghẽn nước tiểu được giải quyết.

Về thời gian Tmax sau mổ chúng tôi thấy chỉ có 4/33 bệnh nhân có thời gian Tmax kéo dài trên 20 phút; so sánh với 40/56 bệnh nhân trước mổ có tmax kéo dài trên 20 phút. Giá trị Tmax trung bình sau mổ là 16,3±5,3 phút.

Khi so sánh giá trị Tmax ở 27 bệnh nhân được làm xạ hình thận trước mổ và sau mổ chúng tôi thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p<0,05$.

Trước mổ chúng tôi không gặp hình ảnh đường cong bài xuất bình thường, trái lại sau mổ chúng tôi có 19/33 bệnh nhân có đường cong bài xuất bình thường. 9/33 bệnh nhân có thời gian bài tiết thuốc tối đa ra bể thận bình thường nhưng có hiện tượng đào thải thuốc chậm. 5/33 (15,15%) bệnh nhân có đồ thị dạng tích lũy. Trước mổ có 36/56 (64,29%) bệnh nhân có đồ thị dạng tích lũy. Khi so sánh Tmax trước và sau mổ chúng tôi thấy có sự cải thiện rõ rệt. Các thông số này cho thấy tình trạng tắc nghẽn tại khúc nối đã được giải quyết.

Chúng tôi thấy có mối tương quan giữa đường kính trước sau bể thận sau mổ trên siêu âm với sự bài tiết nước tiểu được biểu hiện trên đường cong bài xuất. Hay nói khác đi khi bể thận càng nhỏ thì sự bài tiết nước tiểu càng tốt. Kích thước bể thận sau mổ trên siêu âm là một yếu tố gián tiếp phản ánh tình trạng bài tiết nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. Về mặt thực tiễn lâm sàng, siêu âm là một thăm dò đơn giản, dễ thực hiện. Ngược lại, xạ hình thận thường khó

thực hiện ở tất cả các bệnh nhân do đặt tiền, thời gian thực hiện kéo dài, cần gây mê ở trẻ nhỏ. Chúng tôi nhận thấy kích thước bể thận trên siêu âm là hình ảnh gián tiếp phản ánh sự lưu thông nước tiểu qua khúc nối. Vì vậy, đường kính trước sau của bể thận, độ dày nhu mô thận trên siêu âm là các thông số tin cậy khi theo dõi, đánh giá kết quả phẫu thuật. (7)

V. KẾT LUẬN

Siêu âm và xạ hình thận là hai thăm dò cần thiết để theo dõi và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ứ nước thận bẩm sinh. Sự co nhỏ bể thận trên siêu âm và sự thay đổi đường cong bài xuất trên xạ hình thận là các thông số cần thiết để đánh giá lưu thông nước tiểu qua khúc nối bể thận niệu quản sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. 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.
3. 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.

4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
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. Kaneyama K, Yamataka A, Someya T, Itoh S, Lane GJ, Miyano T. Magnetic resonance urographic parameters for predicting the need for pyeloplasty in infants with prenatally diagnosed severe hydronephrosis. *J Urol*. 2006;176(4 Pt 2):1781-4; discussion 4-5.
10. 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.

MỘT SỐ BIẾN CHỨNG THẦN KINH Ở BỆNH NHÂN HẬU NHIỄM COVID-19 TẠI KHOA HÔ HẤP, BỆNH VIỆN PHỤC HỒI CHỨC NĂNG - ĐIỀU TRỊ BỆNH NGHỀ NGHIỆP THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH, NĂM 2022-2023

Phan Minh Hoàng¹, Đoàn Lê Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhiễm COVID-19 biểu hiện rất đa dạng, tỉ lệ hết bệnh cao nhưng vẫn có nhiều biến chứng ở một hoặc nhiều cơ quan. Nghiên cứu thực hiện khảo sát tỉ lệ một số biến chứng thần kinh ở bệnh nhân hậu nhiễm COVID-19. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 188 bệnh nhân hậu nhiễm COVID-19 tại khoa Hô hấp, Bệnh viện Bệnh viện Phục hồi chức năng - Điều trị

bệnh nghề nghiệp thành phố Hồ Chí Minh, năm 2022-2023. **Kết quả:** 40,2% bệnh nhân hậu nhiễm COVID-19 có biến chứng thần kinh với các biểu hiện đa dạng. Trong đó, triệu chứng mệt mỏi chiếm cao nhất 27,1%, 22,3% bệnh nhân giảm khẩu vị và 19,7% đau cơ. Sự khác biệt về nơi cư trú, tiêm ngừa COVID-19 trước khi nhiễm và mức độ mắc bệnh có ý nghĩa thống kê trong biến chứng thần kinh ở bệnh nhân hậu nhiễm COVID-19. **Kết luận:** Biến chứng thần kinh bệnh nhân hậu nhiễm COVID-19 với các biểu hiện đa dạng. Các yếu tố liên quan biến chứng bao gồm nơi cư trú, tiêm ngừa COVID-19 trước khi nhiễm và mức độ mắc bệnh.

Từ khóa: hậu nhiễm COVID-19, biến chứng thần kinh, Bệnh viện phục hồi chức năng - điều trị bệnh nghề nghiệp

SUMMARY

SOME NERVE COMPLICATIONS IN PATIENTS POST-COVID-19 INFECTION IN THE

¹Bệnh viện Phục hồi Chức năng - Điều trị Bệnh Nghề nghiệp Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Hoàng

Email: drhoangphan@bvpheuchucnanghcm.vn

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025