

Phẫu thuật nâng ngực bằng túi độn cho thấy hiệu quả rõ rệt trong cải thiện hình thể tuyến vú, với tỷ lệ biến chứng thấp và mức độ hài lòng cao, góp phần khẳng định tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Noorizadeh H, Bari BK.** The effect of breast augmentation surgery on quality of life, satisfaction, and marital life in married women using BREAST-Q as a validation tool. *J Family Med Prim Care.* 2020;9(2):711-713. Doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1013_19.
2. **International Society of Aesthetic Plastic Surgery - ISAPS.** The Latest Global Survey from ISAPS Reports a Rise in Aesthetic Surgery Worldwide. 2023.
3. **Meretsky CR, Knecht EM, Schiuma AT.** Advantages and Disadvantages of Breast Augmentation: Surgical Techniques, Outcomes and Future Directions. *Cureus.* 2024;16(9):e69846. Doi: 10.7759/cureus.69846.
4. **Nguyễn Đình Minh, Trần Thiết Sơn.** Kết quả phẫu thuật đặt túi độn ngực ở phụ nữ Việt Nam. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2025;547(2):297-302.
5. **Stein MJ, Applebaum SA, Harrast JJ, Lipa JE, Matarasso A, Gosain AK.** Practice Patterns in Primary Breast Augmentation: A 16-Year Review of Continuous Certification Tracer Data from the American Board of Plastic Surgery. *Plastic and Reconstructive Surgery.* 2023;152(6). Doi: 10.1097/PRS.00000000000010497.
6. **Hoàng Mạnh Ninh, Lê Khánh Linh.** Đánh giá kết quả sớm của phương pháp nâng ngực Dual Plane tại bệnh viện Bưu Điện. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;534(1): 194-197. Doi: 10.51298/vmj.v534i1.8068.
7. **Charles-de-Sá L, de Aguiar Valladao T, Vieira DML, Aboudib JH.** Anthropometric Aspects in the Breast Augmentation. *Aesthetic Plast Surg.* 2020;44(5):1498-1507. Doi: 10.1007/s00266-020-01853-5.
8. **Hoàng Mạnh Ninh, Lê Khánh Linh.** Đánh giá kết quả lâu dài của phương pháp nâng ngực Dual Plane tại Bệnh viện Bưu Điện. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;534(1):51-54.
9. **Ahmad M.** Analysis of Satisfaction of Patients Undergoing Breast Augmentation Using BREAST-Q. *The American Journal of Cosmetic Surgery.* 2021; 38(1): 36-41. Doi: 10.1177/ 0748806820929834.
10. **Henriksen TF, Hölmich LR, Fryzek JP, et al.** Incidence and Severity of Short-Term Complications After Breast Augmentation: Results From a Nationwide Breast Implant Registry. *Annals of Plastic Surgery.* 2003;51(6). Doi: 10.1097/01.sap.0000096446.44082.60.

TÍNH KHẢ THI PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CÓ HỖ TRỢ CỦA ROBOT TẠO HÌNH BỂ THẬN - NIỆU QUẢN Ở BỆNH NHÂN CÓ VẾT MỔ CŨ

Đỗ Anh Toàn^{2,3}, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng¹, Phan Thành Thống¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản là bệnh lý thường gặp trong niệu khoa, có thể dẫn đến giảm hoặc mất chức năng thận nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Phẫu thuật nội soi với sự hỗ trợ của robot đang dần trở thành một giải pháp thay thế tiềm năng, mang lại nhiều ưu điểm so với các phương pháp truyền thống. Nghiên cứu của chúng tôi mục tiêu đánh giá kết quả của việc phẫu thuật nội soi ổ bụng có hỗ trợ của robot tạo hình bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả báo cáo loạt trường hợp từ tháng 1/2017 đến tháng 6/2024 được thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng có hỗ trợ của robot tạo hình bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ. **Kết quả:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng có hỗ trợ của robot trong điều trị

hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ đạt tỷ lệ thành công 91,7%. Phương pháp này giúp rút ngắn thời gian nằm viện, giảm đáng kể lượng máu mất và tỷ lệ biến chứng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi với robot hỗ trợ là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ.

Từ khóa: Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, phẫu thuật nội soi, robot hỗ trợ, vết mổ cũ.

SUMMARY

FEASIBILITY OF ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC PYELOPLASTY IN PATIENTS WITH PREVIOUS ABDOMINAL SURGERY

Introduction: Ureteropelvic junction obstruction (UPJO) is a common urological condition that may lead to kidney function loss if untreated. Robot-assisted laparoscopic surgery (RALS) offers significant advantages over traditional methods. Our study aims to evaluate the outcomes of robot-assisted laparoscopic pyeloplasty in patients with previous abdominal surgery. **Materials and Methods:** This descriptive study reports a series of cases from January 2017 to June 2024 involving robot-assisted laparoscopic pyeloplasty performed on patients with previous abdominal surgery. **Results:** RALS

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược TP. HCM

³Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

Email: doanhtoan2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2025

Ngày duyệt bài: 12.6.2025

demonstrated a high success rate (96.2%), with reduced hospital stays and complication rates compared to traditional techniques. **Conclusion:** Robot-assisted laparoscopic surgery is a safe and effective alternative to conventional methods for managing UPJO. **Keywords:** Ureteropelvic junction obstruction, laparoscopic surgery, robot-assisted surgery, previous abdominal surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản là một bệnh lý thường gặp trong niệu khoa, có thể dẫn đến mất chức năng thận nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời. Phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ đặc biệt hữu ích trong những trường hợp có vết mổ cũ, khi các mô xung quanh bị dính hoặc cấu trúc giải phẫu thay đổi, gây khó khăn cho phẫu thuật viên. Kỹ thuật này giúp cải thiện khả năng tiếp cận, giảm thiểu tổn thương và nâng cao kết quả điều trị.

Nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ mang lại tỷ lệ thành công cao và ít biến chứng hơn so với các phương pháp truyền thống. Ví dụ, nghiên cứu của các tác giả như Sung (1999), Uberoi (2009) và Wang (2019) đã khẳng định những ưu điểm vượt trội của phương pháp này. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dù phẫu thuật robot đã được áp dụng tại một số bệnh viện từ năm 2016, việc ứng dụng trong điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản vẫn còn hạn chế và chưa có nghiên cứu đầy đủ về hiệu quả của phương pháp này trong nhóm bệnh nhân có vết mổ cũ.

Vì vậy, nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả và tính an toàn của phẫu thuật nội soi ổ bụng có robot hỗ trợ trong điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ, làm cơ sở khoa học để mở rộng ứng dụng phương pháp này tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2024, có 12 BN có vết mổ cũ được PTNS tạo hình bể thận – niệu quản tại bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt trường hợp.

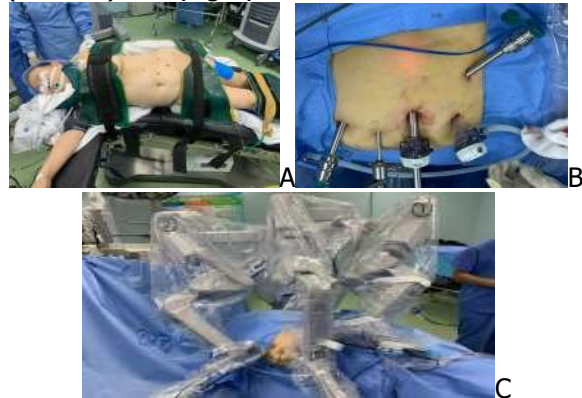
Đánh giá trước phẫu thuật: Bệnh nhân bị tắc nghẽn bể thận – niệu quản (ureteropelvic junction obstruction –UPJO) được đánh giá trước phẫu thuật bằng MSCT hệ niệu có tiêm cản quang và xạ hình thận để xác định tình trạng tắc nghẽn chức năng (functional obstruction) và đánh giá chức năng thận riêng rẽ. Bệnh nhân được đánh giá có tắc nghẽn nếu T1/2 > 20 phút sau khi thải. Các thông tin trước phẫu thuật như tuổi, giới tính, BMI, bệnh kết hợp, tiền căn điều

trị phẫu thuật, phẫu thuật vùng bụng trước đây được ghi nhận. Những TH có vết mổ ở niệu quản đoạn trên cùng bên được xem là phức tạp. Các thông số trong và sau khi phẫu thuật được thu nhập là lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau phẫu thuật cũng như các tai biến - biến chứng trong và sau khi phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng để đánh giá tình trạng hẹp niệu quản tái phát.

Dụng cụ phẫu thuật: Hệ thống robot phẫu thuật da Vinci với bốn cánh tay.



Hình 1: Hệ thống robot phẫu thuật Da Vinci
A. Tháp (Tower). B. Bàn điều khiển (Console) C. Dụng cụ



Hình 2: Tư thế bệnh nhân và vị trí các trocar trong phẫu thuật

A. Tháp (Tower). B. Bàn điều khiển (Console) C. Dụng cụ

Kỹ thuật phẫu thuật: Nội soi ổ bụng trong phúc mạc có robot hỗ trợ tạo hình cắt rời (Hynes-Anderson). Nếu có mạch máu cực dưới bắt ngang sẽ chuyển vị niệu quản ra trước. Nếu bệnh nhân có bệnh lý khác như sỏi thận, nang thận cũng được xử lý trong cuộc phẫu thuật bằng Chuyển lưu nước tiểu trong phẫu thuật bằng

thông JJ bể thận niệu quản. Đoạn niệu quản hẹp được gửi thử giải phẫu bệnh lý.

Đánh giá kết quả: Kết quả phẫu thuật bao gồm kết quả quanh phẫu thuật theo hồi cứu hồ sơ và kết quả theo dõi bệnh nhân đến thời điểm hiện tại. Tính đến thời điểm hiện tại phẫu thuật được gọi là thành công khi bệnh nhân cải thiện triệu chứng lâm sàng về đau hông lưng hay không có nhiễm khuẩn tái diễn. Hình ảnh trên MSCT ghi nhận có giảm độ ứ nước so với trước phẫu thuật hoặc xạ hình thận không ghi nhận bế tắc hay có đáp ứng với test Lasix. Các TH phải phẫu thuật lại lần 2 hoặc đặt JJ dài hạn được xem là thất bại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân:

- Giới tính: nam 7/12 TH (58,3%), nữ 5/12 TH (60%). Bên phẫu thuật: bên trái 8/12 TH (66,6%), bên phải 4/12 TH (33,3%). Tuổi trung bình: $48,8 \pm 17,2$ (24-84). BMI: $23,8 \pm 2,7$ kg/m² (19,5- 30,2); Thừa cân, béo phì: 3/12 TH (25%). Lý do vào viện: Đau hông lưng 12/12 TH (100%). Chức năng thận trước phẫu thuật: $84,6 \pm 27,6$ ml/ phút (46,3 – 120,7). Thận đồ đồng vị phóng xạ với thuốc lợi tiểu thực hiện ở 8/12 bệnh nhân (58,3%), có 8/8 (100%) trường hợp có biểu hiện tắc nghẽn. 12 bệnh nhân trước phẫu thuật được đánh giá ASA: 1 điểm: 3

- Có 8/12 bệnh nhân được xạ hình thận với test Lasix trước mổ, trong đó có 4 TH đáp ứng kém với Lasix, 2 TH không đáp ứng, 1 TH không bài xuất và 1 TH đáp ứng tốt.

Bảng 1. Tiên căn phẫu thuật trên niệu quản được tạo hình

Tiền sử ngoại khoa	Số lượng	Tỉ lệ (%)
PT nội soi tạo hình khúc nối cùng bên niệu quản tạo hình	4	33,3
PT nội soi lấy sỏi niệu quản cùng bên niệu quản tạo hình	3	25
Mở thận ra da cùng bên niệu quản tạo hình	3	25
Mổ mở lấy sỏi thận cùng bên niệu quản tạo hình	2	16,7
Tổng	12	100

Bảng 2. Độ ứ nước thận trước phẫu thuật trên MSCT

Độ ứ nước thận	Số TH	Tỷ lệ (%)
Độ 0	1/12	8,3
Độ I	1/12	8,3
Độ II	4/12	33,3
Độ III	6/12	50
Độ IV	0	0

Bảng 3: Bất thường kèm theo hẹp niệu quản

Bất thường kèm theo	Số TH	Tỷ lệ (%)
Kèm sỏi thận	1/12	8,3
Thận đôi	1/12	8,3

Kết quả quanh phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $142,5 \pm 37,7$ phút (90 - 195).

- Số trocar sử dụng: 11/12 TH (91,7%) sử dụng 5 trocar, 1/12 TH (8,3%) sử dụng 6 trocar.

- Lượng máu mất trung bình: $73,3 \pm 28,4$ mL (30-100). Không có TH nào cần truyền máu.

- Thời gian rút thông niệu đạo: $3,8 \pm 1,0$ ngày (3 – 6).

- Thời gian rút ống dẫn lưu: $4,8 \pm 1,0$ ngày (4 – 7).

- Thời gian trung tiện sau phẫu thuật: $1,2 \pm 1,0$ ngày (0 – 2).

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: $5,0 \pm 1,0$ ngày (4 – 8).

- Trong 12 TH phẫu thuật có 2 TH sốt sau phẫu thuật được xác định là do nhiễm khuẩn đường tiết niệu, không có trường hợp nào có tai biến, biến chứng nghiêm trọng nào khác.

Theo dõi sau phẫu thuật: Thời gian rút JJ trung bình: $30,1 \pm 10,1$ ngày (13 – 45). Thời gian theo dõi trung bình là: $35,2 \pm 25,3$ tháng (7 – 80,9).

Bảng 4: Kỹ thuật phẫu thuật

Kỹ thuật phẫu thuật	Số TH	Tỷ lệ (%)
Tạo hình cắt rời	10/12	83,3
Tạo hình, lấy sỏi	1/12	8,3
Tạo hình, làm nhỏ bể thận	1/12	8,3
Tổng	12/12	100

Bảng 5: Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo

Phân độ biến chứng	Số TH	Tỷ lệ (%)
Không biến chứng	10/12	83,3
Độ I	2/12	16,7
> Độ I	0	0

Bảng 6: Kết quả theo dõi sau phẫu thuật

Nội dung theo dõi	Sau phẫu thuật		Trước phẫu thuật		P
	Số TH	Tỷ lệ (%)	Số TH	Tỷ lệ (%)	
Đau hông lưng	0	0	12	100	0,003 ^a
Không ứ nước (MSCT)	2	16,7	1	8,3	0,23 ^c
Ứ nước độ I	4	33,3	1	8,3	
Ứ nước độ II	1	8,3	4	33,3	
Ứ nước độ III	1	8,3	6	50	
Ứ nước độ IV	1	8,3	0		

a: Phép kiểm Chi-Square b: Phép kiểm t-test
c: Phép kiểm Wilcoxon signed-rank

Xạ hình thận sau phẫu thuật được thực hiện 3/12 BN và không ghi nhận tắc nghẽn sau phẫu thuật.

Đánh giá dựa vào lâm sàng hết đau + độ giảm ứ nước trên MSCT/ xạ hình thận không tắc nghẽn ghi nhận tỷ lệ thành công 11/12 (91,7%).

IV. BÀN LUẬN

Tính khả thi trong nhóm bệnh nhân có vết mổ cũ: Trong nghiên cứu này, tỷ lệ thành công đạt 91,7% với thời gian phẫu thuật trung bình là 142,5 phút và lượng máu mất trung bình 73,3 mL. Những kết quả này tương đồng với các nghiên cứu quốc tế như của Wang (2019), khi phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cho các trường hợp phức tạp cho thấy hiệu quả tương đương phẫu thuật mở nhưng thời gian phẫu thuật ngắn hơn và ít mất máu hơn.

Đặc biệt, nhóm bệnh nhân có vết mổ cũ thường gặp khó khăn do dính phúc mạc, cấu trúc giải phẫu thay đổi, hoặc tổn thương mô

xung quanh. Việc sử dụng robot với các ưu điểm như hình ảnh HD-3D, chuyển động tinh tế qua EndoWrist®, và độ chính xác cao trong khâu nối đã cải thiện đáng kể khả năng thực hiện phẫu thuật trong các trường hợp này.

Hiệu quả lâm sàng: Tỷ lệ hết đau hông lưng 100% và giảm độ ứ nước thận trên MSCT ghi nhận sự cải thiện chức năng thận rõ rệt sau phẫu thuật. Điều này cho thấy robot hỗ trợ có khả năng tái lập lưu thông nước tiểu hiệu quả, thậm chí trong các trường hợp khó. So với phẫu thuật mở, phương pháp này không chỉ giảm thiểu tổn thương mô mà còn giảm thời gian hồi phục.

So sánh với nghiên cứu trước đây: So sánh với báo cáo của Palese (2005) và Vipul Patel (2005), kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn nhưng tỷ lệ thành công thấp hơn một chút (91,7% so với 94-96%). Điều này có thể do kích cỡ mẫu nhỏ và nhóm đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân phức tạp hơn (100% có vết mổ cũ).

Bảng 7: So sánh một số nghiên cứu

Tác giả/năm	Thời gian phẫu thuật	Mất máu (ml)	Thời gian nằm viện (ngày)	Biến chứng (Độ nặng) (%)	Thời gian theo dõi (tháng)	Thành công (%)	Tỷ lệ thành công vết mổ cũ
Palese (2005)	225,6±59,3	77,3±55,3	2,9	Không có	12,2	94,7	Không báo cáo
Vipul Patel (2005)	122	40	1,1	11,7%	12	96	Không báo cáo
Wang (2019)	124,5	100	-	9,1%	30	85,7	85,7 (Hẹp tái phát)
Mario (2014)	117,4±33,5 (nhóm không phức tạp)	-	5,2±1,7	6,8%	12	93,0	88,2 (Nhóm phức tạp)
Chúng tôi (2024)	142,5±37,7	73,3±28,4	5,0±1,0	16,7%	35,2±25,3	91,7	91,7 (vết mổ cũ)

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi ổ bụng có hỗ trợ của robot là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản ở bệnh nhân có vết mổ cũ. Tỷ lệ thành công đạt 83,3%, tương đương với các nghiên cứu quốc tế trên nhóm bệnh nhân phức tạp, đặc biệt là các trường hợp tái hẹp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung GT, Gill IS. (1999), "Robotic-assisted laparoscopic pyeloplasty: a pilot study." Urology; 53(6):1099-1103.
2. Patel V. (2005), "Robotic-assisted laparoscopic dismembered pyeloplasty." Urology;66(1):45-49.
3. Palese MA, Munver R, Phillips CK, Dinlenc C, Stifelman MD, DelPizzo JJ. (2005), "Robot-

assisted laparoscopic dismembered pyeloplasty." JSL; 9(3):252-257.

4. Wang Q, Lu Y, Hu H, et al. (2019) "Management of recurrent ureteral stricture: a retrospectively comparative study with robot-assisted laparoscopic surgery versus open approach." PeerJ;7:e8166.
5. Mario F, Mitre AI, Hubert N, et al. (2014), "Robotic laparoscopic pyeloplasty." JSL;18(1): 110-115.
6. Uberoi J, Disick GI, Munver R. (2009), "Minimally invasive surgical management of pelvic-ureteric junction obstruction: update on the current status of robotic-assisted pyeloplasty." BJU Int;104(11):1722-1729.
7. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Vĩnh Hưng, Đỗ Vũ Phương, Đỗ Anh Toàn, et al. (2017), "Kết quả bước đầu qua 7 trường hợp được phẫu thuật nội soi ổ bụng với robot hỗ trợ tạo hình đường niệu trên tại bệnh viện Bình Dân." Tạp Chí Y Học TP. Hồ Chí Minh;21(6):51-57.