

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ LUỒNG TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG - NIỆU QUẢN NGUYÊN PHÁT BẰNG KỸ THUẬT COHEN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lại Minh Hoàn^{1,3}, Nguyễn Duy Việt², Vũ Hồng Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị luồng trào ngược bàng quang - niệu quản nguyên phát bằng kỹ thuật Cohen tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh gồm 46 bệnh nhân (BN) chẩn đoán trào ngược bàng quang - niệu quản (TNBQNG) nguyên phát được phẫu thuật điều trị bằng kỹ thuật Cohen tại khoa Ngoại tiết niệu, bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 39 tháng (9 - 140 tháng). Tỷ lệ trẻ nữ là 26,1%. Biểu hiện đa số là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) với 80,4%. Cây nước tiểu dương tính 34,8%, trong đó E.coli chiếm tỷ lệ cao nhất 37,5%. Tất cả các trường hợp là TNBQNG 2 bên. Trào ngược mức độ trung bình (độ III) và nặng (độ IV-V) chiếm 97,8%. Siêu âm: thận nhỏ 37%, giãn hệ tiết niệu trên 56,5%. Xạ hình thận: tổn thương thận là 66,7%. Thời gian mổ trung bình: 97,8 ± 21,7 phút (60 - 160 phút). Thời gian nằm viện sau mổ: 6,5 ± 1,6 ngày (5 - 13 ngày), thời gian rút ống thông JJ sau mổ là 36,8 ± 9,8 ngày (21- 62 ngày). Biến chứng sớm: 4 trường hợp NKĐTN, 1 trường hợp tụt ống thông JJ kèm nhiễm nấm Candida tropicalis. Theo dõi xa: không ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng NKĐTN, 3 trường hợp còn bạch cầu niệu dương tính, siêu âm đường tiết niệu còn giãn sau mổ còn 7/46 BN (15,2%), có 18/46 BN (39,1%) được chụp lại niệu đạo - bàng quang kiểm tra, tỷ lệ hết trào ngược chiếm 94,4%. **Kết luận:** Kỹ thuật tạo đường hầm dưới niêm mạc trong bàng quang của Cohen điều trị luồng trào ngược bàng quang - niệu quản nguyên phát là phương pháp an toàn, hiệu quả.

Từ khóa: nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), trào ngược bàng quang - niệu quản (TNBQNG), kỹ thuật Cohen

SUMMARY

RESULTS OF THE COHEN TECHNIQUE IN THE TREATMENT OF PRIMARY VESICoureTERAL REFLUX AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: The study was aimed to evaluate the results of Cohen technique in the treatment of primary vesicoureteral reflux at the National Children's

Hospital. **Material and methods:** A retrospective case series, 46 patients diagnosed with primary vesicoureteral reflux who underwent surgical treatment with the Cohen procedure at the Department of Urology, National Children's Hospital, from January 2020 to June 2024. **Results:** The mean age was 39 months (range 9 -140 months). The proportion of female patients was 26.1%. The majority had recurrent urinary tract infections (UTIs) at 80.4%. Positive urine cultures were found in 34.8%, among which Escherichia coli was the most prevalent pathogen at 37.5%. All cases involved bilateral vesicoureteral reflux (VUR). Moderate (grade III) and severe (grades IV-V) VUR accounted for the majority (97.8%). The rate of small kidneys detected by ultrasound was 37%, and the rate of upper urinary tract dilation was 56.5%. Among patients who underwent renal scintigraphy, the rate of renal damage was 66.7%. The average operation time was 97.8 ± 21.7 minutes (range 60-160 minutes). The average postoperative hospital stay was 6.5 ± 1.6 days (range 5-13 days), and the average time to remove the double-J stent was 36.8 ± 9.8 days (range 21-62 days). Early complications included 4 cases of febrile urinary tract infection and 1 case of double-J stent displacement complicated by Candida tropicalis infection. Long-distance monitoring: no cases of febrile urinary tract infection were recorded; 3 cases still had positive urine leukocytes but without clinical signs of infection. Postoperative urinary tract dilation decreased, with 7/46 cases (15.2%) remaining. Postoperative cystography after surgery was 18/46 cases (39.1%), showing a reflux resolution rate of 94.4%. **Conclusion:** The Cohen ureteric reimplantation under a common submucosal tunnel was safely and effectively in the treatment of primary vesicoureteral reflux.

Keywords: urinary tract infections (UTIs), vesicoureteral reflux (VUR), Cohen technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Luồng trào ngược bàng quang - niệu quản hay trào ngược bàng quang - niệu quản là hiện tượng trào ngược nước tiểu từ bàng quang vào niệu quản, có thể lên đến đài bể thận và cả trong thận. Bệnh chiếm tỷ lệ gần 1% ở trẻ khỏe mạnh nhưng lên đến từ 20% - 40% ở trẻ có nhiễm khuẩn đường tiết niệu¹. Ở trẻ em đa số các trường hợp trào ngược bàng quang - niệu quản là nguyên phát. TNBQNG có thể gây nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn mà hậu quả cuối cùng là sẹo thận và suy giảm chức năng thận. Nhiễm khuẩn tái diễn càng nhiều lần thì càng làm nguy cơ sẹo thận². Hiện nay có hai phương pháp điều trị TNBQNG là điều trị nội khoa bảo tồn và điều

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

³Bệnh viện Đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Lại Minh Hoàn

Email: drminhhoan.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025

trị phẫu thuật bao gồm mổ mở, mổ nội soi, soi bàng quang tiêm thuốc chống trào ngược và phẫu thuật nội soi với hỗ trợ của robot. Phương pháp điều trị phẫu thuật đem lại lợi ích rõ ràng trong việc giảm tình trạng nhiễm trùng đường tiết niệu. Tỷ lệ thành công của phẫu thuật mổ mở điều trị trào ngược bàng quang – niệu quản nguyên phát được báo cáo là tương đối cao (95 - 99%) với bất kỳ độ trào ngược³. Trong các kỹ thuật mổ mở đã được công bố, kỹ thuật Cohen tạo hình chống trào ngược đã được chấp nhận rộng rãi ở châu Âu và Bắc Mỹ với nhiều ưu điểm⁴. Tại bệnh viện Nhi Trung Ương, chúng tôi đã và đang áp dụng kỹ thuật Cohen trong điều trị bệnh TNBQNN bước đầu mang lại hiệu quả tốt cho bệnh nhi, việc đánh giá kết quả của kỹ thuật này là cần thiết vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân TNBQNN sử dụng kỹ thuật Cohen.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 46 bệnh nhân được chẩn đoán TNBQNN nguyên phát được phẫu thuật theo kỹ thuật Cohen tại khoa Ngoại tiết niệu, bệnh viện Nhi Trung Ương từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2024

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán luồng trào ngược bàng quang – niệu quản nguyên phát và được phẫu thuật theo kỹ thuật Cohen; có đầy đủ thông tin sau: Phiếu kết quả chụp niệu đạo – bàng quang ngược dòng, có kết quả siêu âm hệ tiết niệu, phẫu thuật theo kỹ thuật Cohen.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán trào ngược thứ phát do các bệnh lý bàng quang thần kinh, van niệu đạo sau, hẹp niệu đạo bẩm sinh hoặc các dị tật tiết niệu khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh

- **Chỉ số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới, số lần NKĐTN, triệu chứng lâm sàng.

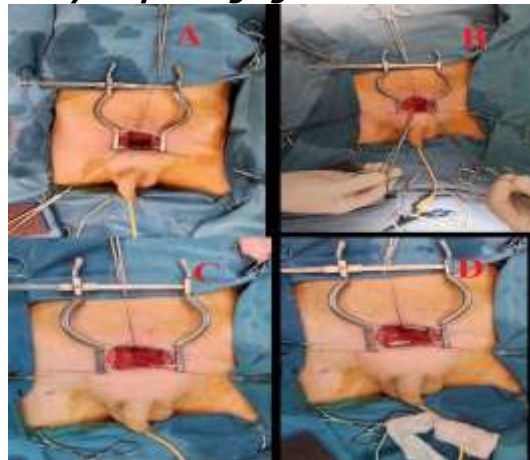
+ Đặc điểm cận lâm sàng: xét nghiệm nước tiểu, siêu âm, chụp niệu đạo –bàng quang, xạ hình thận.

+ Diễn biến trong và sau phẫu thuật: thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện, thời gian rút ống thông bàng quang, thời gian rút ống thông JJ; tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật.

+ Kết quả theo dõi xa: triệu chứng NKĐTN, tổng phân tích nước tiểu, siêu âm, đánh giá kết quả chụp niệu đạo – bàng quang ở những BN

được chỉ định chụp phim.

- **Kỹ thuật trong nghiên cứu:**



Hình 1. Kỹ thuật mổ

(A: Mở bàng quang theo chiều dọc; B: Tách rời tổ chức xung quanh; C: Tạo đường hầm; D: Đặt ống thông JJ)

- Rạch da đường ngang dưới nếp gấp bụng cách 2cm trên xương mu.

- Mở bàng quang theo chiều dọc. Dùng van mở rộng bàng quang. Tìm lỗ niệu quản hai bên. Đặt một ống thông nhỏ (thường là 4 Fr) vào mỗi bên.

- Rạch niêm mạc vòng quanh lỗ niệu quản trồng lại. Tách rời phần cuối niệu quản khỏi lớp cơ bàng quang. Phẫu tích tiếp niệu quản ra phía ngoài bàng quang cho đến khi chiều dài khoảng gấp 5 lần đường kính niệu quản. Ở bé trai, tránh làm tổn thương ống dẫn tinh khi phẫu tích.

- Từ vị trí lỗ niệu quản cũ, tạo một đường hầm dưới niêm mạc sang phía đối diện phía trên dài gấp ít nhất 5 lần đường kính niệu quản (quy tắc Paquin). Đường hầm nằm ngang mặt sau, ngay trên tam giác bàng quang và phải đủ rộng để niệu quản được dễ dàng.

- Kéo niệu quản qua đường hầm này sang phía đối diện. Xé dọc 2cm đoạn cuối niệu quản, khâu một mũi cố định giữa thành niệu quản với cơ bàng quang bằng chỉ Vicryl 5/0, sau đó khâu niêm mạc lỗ niệu quản với niêm mạc bàng quang bằng chỉ 6/0 mũi rời.

- Đặt ống thông JJ niệu quản và đóng lại bàng quang. Kỹ thuật làm tương tự với bên đối diện nếu cần trồng cả hai niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 46 BN được chẩn đoán TNBQNN nguyên phát, được phẫu thuật bằng kỹ thuật Cohen. Tuổi trung vị của bệnh nhi khi can thiệp là 39 tháng (từ 9 – 140 tháng). Tỷ lệ trẻ trên 1 tuổi chiếm 82,6%, trẻ

nam chiếm 73,9%, trẻ nữ chiếm 26,1%. Đa số bệnh nhân bị NKĐTN tái diễn chiếm 80,4%. Không có mối liên quan giữa giới và số lần NKĐTN.



Biểu đồ 1. Triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là sốt và tiểu buốt với tỷ lệ lần lượt là 78,3% và 56,5%. Tỷ lệ xét nghiệm bạch cầu niệu dương tính là 58,7%.

Có 16 BN cấy nước tiểu có vi khuẩn gây NKĐTN hay gặp nhất là E.Coli chiếm 37,5%, tiếp theo đó là Enterococcus faecalis chiếm 18,7% và Proteus mirabilis chiếm 12,5%. Các tác nhân khác là Staphylococcus, Enterobacter, Citrobacter, Klebsiella và Pseudomonas 6,3%. Tỷ lệ dùng kháng sinh dự phòng là 30,4%.

Tất cả các BN đều được siêu âm hệ tiết niệu và chụp bàng quang niệu quản ngược dòng. 18/46 trường hợp được chụp xạ hình thận trước mổ chiếm tỷ lệ 39,1%. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu là trào ngược bàng quang – niệu quản 2 bên.

Bảng 1. Đặc điểm cận lâm sàng

Các đặc điểm cận lâm sàng			n	Tỷ lệ (%)
Chụp bàng quang-niệu quản	Mức độ nhẹ		1	2,2
	Mức độ trung bình		19	41,3
	Mức độ nặng		26	56,5
Siêu âm hệ tiết niệu	Nhu mô thận	Bình thường	38	82,6
		Tăng âm	8	17,4
	Kích thước thận	Bình thường	29	63
		Thận nhỏ	17	37
	Hệ tiết niệu	Bình thường	20	43,5
		Giãn hệ tiết	26	56,5

Bảng 2. Kết quả siêu âm hệ tiết niệu tại thời điểm theo dõi

	Nhu mô thận		Kích thước thận		Hệ tiết niệu trên	
	Bình thường	Tăng âm	Bình thường	Thận nhỏ	Bình thường	Giãn
Trước mổ	38(82,6%)	8(17,4%)	29(63%)	17(37%)	20(43,5%)	26(56,5%)
Sau mổ	38(82,6%)	8(17,4%)	29(63%)	17(37%)	39(84,8%)	7(15,2%)

Nhận xét: Tình trạng giãn của hệ tiết niệu trên sau mổ (15,2%) giảm đi so với trước mổ (56,5%). Tất cả trường hợp còn giãn hệ tiết niệu trên sau mổ gặp ở nhóm TNBQNNQ mức độ trung bình và nặng, các trường hợp đều là giãn nhẹ.

		niệu trên		
Xạ hình thận	Bình thường		6	33,3
	Tổn thương thận	Thiếu sản thận	10	55,6
		Sẹo thận	2	11,1

Nhận xét: Đa số các trường hợp là TNBQNNQ mức độ trung bình và nặng chiếm 97,8% (45/46 trường hợp). Tổn thương thận trên xạ hình chiếm khoảng 2/3 trường hợp (66,7%) trong đó 10 (55,6%) trường hợp là thiếu sản thận và 2 (11,1%) trường hợp là sẹo thận. Không có mối liên quan giữa mức độ trào ngược và kích thước thận nhỏ theo tuổi trên siêu âm ($p>0,05$).

Thời gian mổ trung bình là $97,8 \pm 21,7$ phút (từ 60 – 160 phút). Thời gian nằm viện sau mổ: $6,5 \pm 1,6$ ngày (từ 5 – 13 ngày). Thời gian rút ống thông bàng quang: $6,2 \pm 1$ ngày (từ 5 – 10 ngày). Thời gian rút ống thông JJ sau mổ: $36,8 \pm 9,8$ ngày (từ 21- 62 ngày).

Biến chứng sớm sau mổ: có 4/46 (8,7%) bệnh nhân có biểu hiện của NKĐTN khi chưa rút ống thông JJ, nuôi cấy nước tiểu dương tính bao gồm: E.Coli (2 trường hợp), Klebsiella pneumoniae (1 trường hợp), Enterococcus faecium (1 trường hợp). Các BN được điều trị tình trạng NKĐTN theo kháng sinh đồ, xét nghiệm nước tiểu bạch cầu niệu và nitrit niệu âm tính. Bệnh nhân được tái khám theo hẹn rút ống thông JJ. Không có trường hợp nào tiểu máu dai dẳng trong thời gian đặt ống thông JJ. Một trường hợp (2,2%) tụt ống thông JJ 1 bên sau mổ kèm theo nhiễm nấm Candida tropicalis, bệnh nhân được điều trị thuốc Amphotericin B theo kháng nấm đồ. Bệnh nhân được theo dõi và rút ống thông JJ sau mổ 34 ngày.

Thời gian theo dõi trong nghiên cứu dao động từ 3 – 37 tháng, giá trị trung vị là 8 tháng. Tại thời điểm theo dõi sau mổ, tất cả các trường hợp sau phẫu thuật đều không có các triệu chứng của NKĐTN. Chỉ có 3/46 BN xét nghiệm có bạch cầu niệu dương tính, nitrit âm tính chiếm tỷ lệ 6,5% nhưng không có biểu hiện của NKĐTN trên lâm sàng.

Kết quả chụp niệu đạo - bàng quang sau can thiệp: Tại thời điểm theo dõi, có 18/46 trường hợp được chụp lại phim niệu đạo – bàng quang ngược dòng chiếm tỷ lệ 39,1%. Có 16/18 BN (34/36 đơn vị niệu quản) hết trào ngược

bàng quang – niệu quản chiếm tỷ lệ 94,4%; có 2 BN còn trào ngược 1 bên mức độ I, trước phẫu thuật 2 bệnh nhân này có TTNBQNQ 2 bên độ III và IV. Các BN này đều không có triệu chứng của NKĐTN trên lâm sàng.



Hình 2. Phim chụp bàng quang – niệu quản
(Nguồn: Nông Minh K, nam – 58 tháng, mã số 220524361)

(A: trước mổ; B: sau mổ 9 tháng)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi, tuổi trung vị của BN tại thời điểm can thiệp là 39 tháng (từ 9 tháng đến 140 tháng). Tuổi trung vị này không có sự khác biệt với các NC của các tác giả khác trên thế giới. Số trẻ trên 1 tuổi trong NC này chiếm đa số với 82,6%. Có 8 trường hợp ≤ 1 tuổi chiếm 17,4% đều TNBQNQ mức độ trung bình đến nặng. Các trường hợp này NKĐTN tái diễn nhiều đợt dù đã dùng kháng sinh dự phòng liên tục. Về tỷ lệ giới, số trẻ nữ trong NC của chúng tôi (26,1%) tương tự của tác giả Mohd Sualeh Ansari (2023)⁵ với tỷ lệ trẻ nữ là 16,2% nhưng thấp hơn các NC khác trên thế giới. Các NC trước đây phần lớn đều cho thấy TNBQNQ thường gặp ở trẻ gái nhiều hơn so với trẻ trai.

Về tiền sử nhiễm khuẩn đường tiết niệu, trong NC này đều có tiền sử NKĐTN 93,5%, phần lớn bệnh nhân có biểu hiện tái đi tái lại nhiều lần (trên 2 lần chiếm 80,4%). Bệnh cảnh chủ yếu khi nhập viện của BN là sốt chiếm 78,3%, tiểu buốt chiếm 56,5%, tiểu đục chiếm 41,3%. Các triệu chứng khác có thể gặp với triệu chứng thấp hơn là đau bụng và táo bón cùng là 21,7%. Ở các bệnh nhi nhỏ tuổi, đặc biệt là nhóm bệnh nhi dưới 1 tuổi, do không thể than phiền về các triệu chứng của rối loạn tiểu tiện mà phần lớn là do người giám hộ hoặc bố/ mẹ phát hiện ra nên triệu chứng sốt chiếm phần lớn. Cùng với sự thay đổi thói quen đi vệ sinh, các bệnh nhi lớn hơn đã được tập thói quen bỏ tã/bỉm, ngồi bô nên chúng thấy buốt, rát khi đi tiểu và bố/mẹ có thể phát hiện bất thường của nước tiểu như tiểu đục, nước tiểu có mùi.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bạch cầu niệu dương tính là 58,7%, nitrit niệu dương tính là 41,3%, cấy nước tiểu dương tính chiếm 34,8%. Kết quả này tương tự của Đặng Quỳnh Trang tại Bệnh viện Nhi Trung Ương (39,8%)⁶ nhưng thấp hơn so với báo cáo của Nguyễn Thị Ngọc là 66,1%⁷. Thông thường, tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính phụ thuộc vào kỹ thuật lấy mẫu nước tiểu cũng như BN đã được điều trị kháng sinh trước đó hay chưa. Tác nhân hay gặp nhất gây NKĐTN ở nghiên cứu của chúng tôi là E.Coli với tỷ lệ 37,5%, tiếp theo đó là Enterococcus faecalis chiếm 18,7% và Proteus mirabilis chiếm 12,5%, các vi khuẩn khác Staphylococcus, Enterobacter, Citrobacter, Klebsiella và Pseudomonas cùng chiếm 6,3%. Tác giả Wu và cộng sự thấy rằng E.coli là căn nguyên gây NKTN thường gặp nhất ở trẻ TNBQNQ, với tỷ lệ 53,3%; còn K.pneumoniae là căn nguyên đứng thứ hai với 15,6%. Tại Việt Nam, theo báo cáo của Bộ Y tế và GARP năm 2010 thì tỷ lệ NKĐTN do E.coli sinh ESBL tại Bệnh viện Nhi Trung ương là 37,6%, Bệnh viện Nhi Đồng 1 là 38,1%, còn theo Đặng Quỳnh Trang (2017) tỷ lệ này là 45,71%⁶. Xét nghiệm công thức máu, CRP và xét nghiệm nước tiểu lại trước ngày phẫu thuật. Tất cả các BN chỉ được tiến hành can thiệp khi đã hết nhiễm trùng, đánh giá dựa trên lâm sàng và xét nghiệm nước tiểu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN bị tổn thương trào ngược bàng quang – niệu quản cả hai bên. Theo hướng dẫn điều trị TNBQNQ của Hiệp hội Tiết niệu Nhật Bản, phẫu thuật Cohen được coi là tiêu chuẩn được khuyến cáo trong trường hợp TNBQNQ 2 bên³. NC của chúng tôi có phân độ trào ngược tương tự như của tác giả Sumit Dave (2008)⁸. Về mức độ trào ngược trong NC đa số các trường hợp là TNBQNQ mức độ trung bình và nặng (97,8%), kết quả này cũng phù hợp với chỉ định ngoại khoa.

Chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán luồng trào ngược bàng quang - niệu quản. Tuy nhiên đây là một phương pháp xâm lấn nên luôn đi kèm nguy cơ NKĐTN sau chụp bàng quang. Siêu âm hệ tiết niệu là xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh đầu tay để thăm dò tất cả những trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu lần đầu hoặc tái diễn. Tác giả Eric Z. Massanyi (2013)⁹ tại trường Đại học Y khoa Johns Hopkins báo cáo độ nhạy của siêu âm hệ tiết niệu trong việc phát hiện TNBQNQ là rất thấp, chỉ 17%; giá trị tiên lượng âm tính là 24%. Với TNBQNQ nặng có tỷ lệ phát hiện cao hơn trên siêu âm với độ nhạy là

36%, giá trị tiên lượng âm tính là 83%. Điều này có thể lý giải là do luồng trào ngược độ IV-V bao giờ cũng gây ra giãn niệu quản, thậm chí niệu quản có thể giãn ngoằn ngoèo tới tận tiểu khung và có thể dễ dàng phát hiện được trên siêu âm. Chụp xạ hình thận là phương pháp nhạy hơn và đặc hiệu hơn để phát hiện sẹo thận so với chụp niệu đồ tĩnh mạch vì đường viền quanh thận được thể hiện rõ hơn, kết quả không bị ảnh hưởng bởi lớp mỡ quanh thận, bởi hơi hoặc phân trong đại tràng. Nghiên cứu của chúng tôi có 18/46 (39,1%) BN được chụp xạ hình thận, tất cả trường hợp tổn thương thận gặp ở nhóm TNBQNNQ mức độ trung bình và mức độ nặng. Trào ngược mức độ nặng và trung bình ghi nhận là yếu tố nguy cơ tổn thương thận dẫn tới thiếu sản thận, sẹo thận. Gonzalez và cs (2005)¹⁰ cho thấy trào ngược độ nặng ảnh hưởng đến kích thước của thận, tổn thương sẹo thận nhiều hơn ở nhóm này so với nhóm trào ngược mức độ nhẹ với $p < 0.001$.

Thời gian mổ, thời gian nằm viện trong NC cũng tương tự với NC của Androulakakis (2003)¹¹ trên 102 trẻ với thời gian phẫu thuật dao động từ 80-110 phút, thời gian nằm viện là 5,6 ngày. Sau phẫu thuật có 4 trường hợp bị NKĐTN khi chưa rút ống thông JJ, 1 trường hợp tụt ống thông JJ, sau mổ kèm theo nhiễm nấm Candida. Các BN này đều được điều trị tình trạng nhiễm khuẩn theo kháng sinh đồ và đến thời điểm theo dõi đều ổn định. Sau phẫu thuật chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có các triệu chứng của NKĐTN (sốt, đau bụng, đái buốt, đái máu). Tuy nhiên khi làm xét nghiệm nước tiểu có 3 BN (6,5%) có bạch cầu niệu dương tính đều được tiếp tục theo dõi và dùng kháng sinh dự phòng. Theo dõi xa có 18/46 BN (39,1%) được chụp lại niệu đạo bàng quang ngược dòng, tỷ lệ thành công hết hoàn toàn trào ngược là 94,4%, còn lại trào ngược độ I (5,6%) nhưng không có NKĐTN trên lâm sàng. Kết quả này cũng tương tự với của P.A. Androulakakis (2003) với kết quả thành công 97%. Tỷ lệ thành công của các phương pháp mổ mở là từ 95 -99% với bất kỳ mức độ trào ngược theo số liệu của Hiệp hội tiết niệu Nhật Bản³. Hội đồng chuyên môn của Hiệp hội tiết niệu Hoa Kỳ xem xét quyết định chụp lại bàng quang sau mổ thường quy là không đủ cơ sở và phụ thuộc vào diễn biến lâm sàng sau mổ cũng như mong muốn của gia đình. Ưu điểm nổi bật nhất của kỹ thuật Cohen là có thể tạo ra một đường hầm dưới niêm mạc với chiều dài và chiều rộng đủ để chứa cả hai niệu quản mà không cần

phải thực hiện bóc tách rộng rãi hay gây tổn thương đến tam giác bàng quang. Nhờ đó, bàng quang có thể được phục hồi nhanh chóng sau phẫu thuật và duy trì chức năng tiểu tiện bình thường lâu dài. Chúng tôi hy vọng sẽ có những NC tiếp theo để đánh giá chức năng thận ở những BN này.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật tạo đường hầm dưới niêm mạc trong bàng quang của Cohen điều trị luồng trào ngược bàng quang – niệu quản nguyên phát là phương pháp an toàn, hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peters C., H. G. Rushton.** Vesicoureteral reflux associated renal damage: congenital reflux nephropathy and acquired renal scarring. *J Urol.* 2010;184(1):265-273.
2. **Jakobsson B., U. Berg, L. Svensson.** Renal scarring after acute pyelonephritis. *Arch Dis Child.* 1994;70(2):111-115.
3. **Miyakita H., Y. Hayashi, T. Mitsui, M. Okawada, Y. Kinoshita, T. Kimata, Y. Koikawa, K. Sakai, H. Satoh, M. Tokunaga, Y. Naitoh, F. Niimura, H. Matsuoka, K. Mizuno, K. Kaneko, M. Kubota.** Guidelines for the medical management of pediatric vesicoureteral reflux. *International Journal of Urology.* 2020(1442-2042).
4. **Kelalis-King-Belman The.** Textbook of Clinical pediatric urology. In: Docimo SG, ed. 6th edition ed.2018:656.
5. **Ansari MS Banthia R, Jain S, Kaushik VN, Danish N, Yadav P.** Long term outcomes of Cohen's cross trigonal reimplantation for primary vesicoureteral reflux in poorly functioning kidney. *World J Clin Cases.* 2023;11(16):3750-3755.
6. **Đặng Quỳnh Trang.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em. Luận văn Thạc sỹ Y học. 2017.
7. **Nguyễn Thị Ngọc.** Căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ trào ngược bàng quang niệu quản tại bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2022;519(2022):47-53.
8. **Dave S., A. J. Lorenzo, A. E. Khoury, L. H. Braga, S. J. Skeldon, M. Suoub, W. Farhat, J. L. Pippi Salle, D. J. Bagli.** Learning from the learning curve: factors associated with successful endoscopic correction of vesicoureteral reflux using dextranomer/hyaluronic acid copolymer. *J Urol.* 2008;180(4 Suppl):1594-1599; discussion 1599-1600.
9. **Inouye BM Massanyi EZ, Di Carlo H, Shah BB, Gearhart JP.** Modern management of bladder exstrophy repair. *Curr Urol Rep.* 2013;14(4):359-365.
10. **Gonzalez E Papazyan JP, Girardin E.** Impact of vesicoureteral reflux on the size of renal lesions after an episode of acute pyelonephritis. *J Urol.* 2005;173(2):571-574; discussion 574-575.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH HỌNG MÀN HẦU LƯỖI GÀ CỦA BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ KHI NGỦ DO TẮC NGHẼN VÙNG HỌNG MIỆNG

Nguyễn Việt Hưng^{1,2}, Nguyễn Quang Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà của bệnh nhân ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn vùng họng miệng. **Đối tượng và phương pháp:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng, được phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Phương pháp nghiên cứu tiền cứu mô tả từng trường hợp có can thiệp. **Kết quả:** nam>nữ =9, tuổi trung bình 41,37±10,16, chủ yếu độ tuổi 40-50, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy (100%) và buồn ngủ ban ngày (73,3%), số bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm 60%, Mallampati độ III-IV chiếm 56,7%, Amidan quá phát độ III-IV chiếm 66,7%, kết quả đo đa ký: AHI trung bình 57,61±21,17, ODI trung bình 55,7±20,95, không có sự khác biệt giữa nam và nữ. Kết quả phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) các chỉ số ESS, AHI, ODI sau phẫu thuật giảm rõ rệt, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn thành công dựa trên chỉ số AHI là 53,3% và ODI là 50%. **Kết luận:** Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn thường gặp ở nam, trong độ tuổi trung niên, chủ yếu có thể trạng thừa cân béo phì, triệu chứng thường gặp là ngủ ngáy, buồn ngủ ban ngày, Mallampati độ III-IV, amidan quá phát độ III-IV, kết quả đo đa ký hô hấp tắc nghẽn mức độ trung bình và nặng. Phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng ở các bệnh nhân tắc nghẽn vùng họng miệng, chỉ số AHI sau phẫu thuật giảm từ mức độ nặng về mức độ trung bình.

Từ khóa: hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn, đa ký hô hấp, phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF UVULOPALATOPHARYNGOPLASTY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA DUE TO OROPHARYNGEAL OBSTRUCTION

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics and to preliminarily evaluate the outcomes of uvulopalatopharyngoplasty (UPPP) in patients with obstructive sleep apnea syndrome (OSA) at the oropharyngeal level. **Subjects and methods:** A descriptive with intervention study was conducted on 30 patients with moderate to

severe OSA were treated by UPPP at Military Central Hospital 108. **Results:** male/female ratio = 9/1, mean age 41,37±10,16, most common symptom snoring (100%) and daytime sleepiness (73,3%), overweight/obese 60%, Mallampati class III-IV 56,7%, tonsillar hypertrophy grade III-IV 66,7%, polysomnography results: mean AHI 57,61±21,17, mean ODI 55,7±20,95, no significant difference between males and females. Postoperative results after UPPP: significant reduction in ESS, AHI, ODI, all changes statistically significant. Success rate: based on AHI 53,3%, based on ODI 50%. **Conclusion:** Obstructive sleep apnea syndrome is commonly observed in middle-aged men, predominantly with overweight or obese body habitus. The typical symptoms include snoring, excessive daytime sleepiness, Mallampati grade III-IV, and tonsillar hypertrophy grade III-IV. Polysomnography usually reveals obstructive events of moderate to severe severity. Uvulopalatopharyngoplasty helps improve clinical symptoms in patients with oropharyngeal obstruction, with the apnea-hypopnea index (AHI) decreasing from severe to moderate after surgery.

Keywords: uvulopalatopharyngoplasty, UPPP, obstructive sleep apnea syndrome, polysomnography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (OSA) là hiện tượng co xẹp đường hô hấp trên với sự giảm hay mất những hiệu quả gắng sức của cơ hô hấp, đặc trưng bởi các cơn ngừng thở hoặc giảm thở lặp đi lặp lại trong khi ngủ. Hội chứng này biểu hiện bằng các triệu chứng ban đêm và triệu chứng ban ngày trong đó buồn ngủ ban ngày là triệu chứng chính được chú ý [1]. Trên lâm sàng, bảng câu hỏi Epworth được thiết kế để đánh giá mức độ nặng của triệu chứng này. Hiện nay OSA được chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn về lâm sàng, đa ký giấc ngủ hoặc đa ký hô hấp, và phân loại mức độ nặng bằng chỉ số ngừng thở - giảm thở (AHI). Có hai nhóm phương pháp điều trị chính là điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Các phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích làm rộng đường hô hấp trên và có thể phải kết hợp nhiều phẫu thuật trên một bệnh nhân, trong đó phẫu thuật chỉnh hình họng màn hầu lưỡi gà (UPPP) là phương pháp được áp dụng nhiều nhất.

Phẫu thuật UPPP được chỉ định trong trường hợp hẹp ở vị trí họng miệng do màn hầu, lưỡi gà dài, amidan quá phát. Đây là phẫu thuật tạo hình họng màn hầu lưỡi gà giúp mở rộng đường thở, thường được thực hiện trên bệnh nhân bị OSA điều trị nội khoa hoặc các phương pháp

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: nguyenvietthung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 17.11.2025