

PHẪU THUẬT ROBOT CẮM LẠI NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG: BÁO CÁO LOẠT CA VÀ KẾT QUẢ LÂM SÀNG

Lê Phúc Liên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắm lại niệu quản là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho các bệnh lý hẹp niệu quản đoạn chậu. Tuy nhiên, phẫu thuật mở đi kèm với nhiều biến chứng và thời gian hồi phục kéo dài. Phẫu thuật nội soi robot đã nổi lên như một giải pháp ít xâm lấn với khả năng thao tác chính xác cao.

Mục tiêu: Đánh giá tính khả thi, an toàn và kết quả ngắn hạn của phẫu thuật robot cắm lại niệu quản vào bàng quang.

Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu loạt ca bệnh nhân được phẫu thuật robot tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh TpHCM từ tháng 7/2025 đến tháng 3/2026. Các biến số được thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, chỉ định, kỹ thuật phẫu thuật, kết quả chu phẫu và theo dõi sau mổ.

Kết quả: Có $n = 13$ bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình $172,31 \pm 45,88$ phút, lượng máu mất $62,69 \pm 113,44$ mL, thời gian nằm viện $3,57 \pm 1,74$ ngày. Có 1 trường hợp biến chứng độ 2 trong mổ. Sau 3 tháng, tỷ lệ thành công đạt 92,31%.

Kết luận: Phẫu thuật robot cắm lại niệu quản vào bàng quang là phương pháp an toàn và hiệu quả với kết quả ngắn hạn khả quan trong tái tạo niệu quản đoạn chậu.

Từ khoá: phẫu thuật robot cắm lại niệu quản vào bàng quang, hẹp niệu quản đoạn chậu

SUMMARY

ROBOTIC URETERAL REIMPLANTATION INTO THE BLADDER: A CASE SERIES AND CLINICAL OUTCOMES

Background: Ureteral reimplantation is the standard treatment for distal ureteral stricture. However, open surgery is associated with multiple complications and prolonged recovery time. Robotic-assisted laparoscopic surgery has emerged as a minimally invasive alternative with enhanced precision.

Objective: To evaluate the feasibility, safety, and short-term outcomes of robotic ureteral reimplantation into the bladder.

Methods: A retrospective case series of patients who underwent robotic surgery at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City, from July 2025 to March 2026. Variables collected included patient characteristics, indications, surgical techniques, perioperative outcomes, and postoperative follow-up.

Results: A total of $n = 13$ patients were included. The mean operative time was $172,31 \pm 45,88$ minutes, estimated blood loss was $62,69 \pm 113,44$ mL, and the mean hospital stay was $3,57 \pm 1,74$ days. There was one intraoperative complication classified as Grade II. At 3-month follow-up, the success rate was 92,31%.

Conclusion: Robotic ureteral reimplantation into the bladder is a safe and effective technique with promising short-term outcomes for distal ureteral reconstruction.

Keywords: robotic ureteral reimplantation, distal ureteral stricture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn niệu quản lâu dài là mối quan tâm hàng đầu của các nhà niệu khoa do có thể gây ra tổn thương chức năng thận không hồi phục. So với các vị trí khác, niệu quản đoạn chậu chỗ đổ vào bàng quang, vừa là đoạn hẹp sinh lý vừa có cấu trúc phức tạp do có chức năng chống trào ngược nước tiểu lên thận. Những tổn thương gây hẹp niệu quản đoạn dưới như u, bẩm sinh, viêm hay chấn thương,... Phẫu thuật cắm lại niệu quản vào bàng quang ở các bệnh lý lành tính không chỉ để tái lưu thông dòng tiểu mà còn chống trào ngược nước tiểu từ bàng quang lên thận, do đó đòi hỏi rất nhiều về kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Phẫu thuật mổ mở cắm lại niệu quản vào bàng quang là phương pháp phẫu thuật được chọn lựa và khuyến cáo ở nhiều nước do tỉ lệ thành công cao và dễ tiếp cận [1]. Tuy nhiên phương pháp này có tỷ lệ đau sau mổ cao, mất máu nhiều và thời gian hồi phục kéo dài. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi đã cải thiện một phần các hạn chế này, tuy nhiên kỹ thuật khâu nối nội soi đòi hỏi trình độ cao và đường cong học tập dài.

¹Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Tp HCM

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Lê Phúc Liên

Email: lplien1909@gmail.com

Mã bài: TNN-1

Ngày nhận bài: 17/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 16/4/2026

Ngày duyệt bài: 25/5/2026

Với những phát triển trong dụng cụ phẫu thuật, hệ thống robot Da Vinci đã trở nên được ưa thích do có nhiều ưu điểm vượt trội như hình ảnh 3D phóng đại, khả năng thao tác linh hoạt, loại bỏ rung tay[2]. Những yếu tố này đặc biệt quan trọng trong phẫu thuật tạo hình, là những phẫu thuật yêu cầu chỗ khâu nối kín, không căng và bảo tồn tưới máu.

Hệ thống robot Da Vinci đã triển khai ở Việt Nam khoảng 10 năm trở lại đây, tuy nhiên việc ứng dụng phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ trong phẫu thuật cầm lại niệu quản vào bàng quang còn hạn chế. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm báo cáo kinh nghiệm ban đầu và đánh giá kết quả của phẫu thuật robot trong cầm lại niệu quản vào bàng quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca, được thực hiện tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TpHCM từ 7/2025 đến 3/2026.

2.2. Đặc điểm bệnh nhân

Tiêu chuẩn chọn: các bệnh nhân có hẹp niệu quản đoạn chậu cho viêm, do tái hẹp sau phẫu thuật niệu quản trước đó như sỏi, như tạo hình niệu quản, tổn thương niệu quản sau phẫu thuật lấy thai hoặc do bẩm sinh được phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cầm lại niệu quản vào bàng quang. Hẹp niệu quản đoạn chậu được chẩn đoán bằng một trong các phương pháp sau

Chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu có cản quang phát hiện thận ứ nước, niệu quản dẫn đến 1/3 dưới của niệu quản

Nội soi niệu quản chẩn đoán có hẹp niệu quản đoạn chậu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh lý niệu quản đoạn trên
- Nhiễm trùng cấp chưa kiểm soát
- Tình trạng toàn thân không cho phép gây mê
- Bệnh nhân không tái khám sau mổ

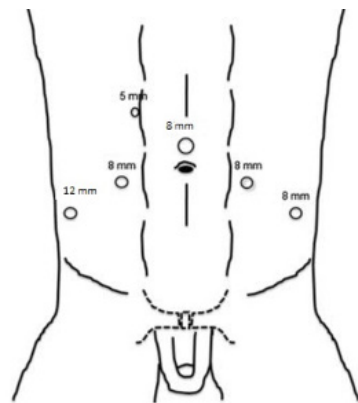
2.3. Đánh giá trước mổ

Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm để loại trừ nhiễm khuẩn tiết niệu đang tiến triển, chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu có cản quang để xác định vị trí tổn thương, chiều dài tổn thương, tình trạng bàng quang, bệnh nhân cũng

được xét nghiệm Creatinin máu để đánh giá chức năng thận. Tất cả trường hợp đều được sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ 30 phút bằng Cefazolin 2g truyền tĩnh mạch.

2.4. Kỹ thuật phẫu thuật

Bệnh nhân được đặt ở tư thế trendelenburg 10-15°, nghiêng nhẹ đối bên so với bên niệu quản bị tổn thương. Đặt 4 trocar robot 8mm và 1-2 trocar phụ bằng excell 12mm và 5mm với trocar camera ở rốn, và các trocar khác ngang rốn sang hai bên như hình. Sử dụng 1 prograsp, 1 maryland, 1 kéo đơn cực, 1 kẹp mang kim, camera 0 độ được ưu tiên. (Hình 1)



Hình 1: Hình đặt các trocar trong phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cầm lại niệu quản vào bàng quang

Các bước phẫu thuật chính bao gồm bóc lộ niệu quản và vùng tổn thương, bóc tách bảo tồn mạch nuôi, cắt bỏ đoạn bệnh lý, mở rộng đầu dưới niệu quản khoảng 1–2 cm, tạo đường hầm dưới cơ bàng quang, cầm lại niệu quản vào bàng quang theo kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên, có đặt 1 thông JJ 6 hoặc 7Fr tùy đường kính niệu quản. JJ sử dụng là loại JJ Percuflex của hãng Boston. Kiểm tra các chỗ nối kín, không xì nước tiểu bằng cách bơm nước vào bàng quang khoảng 150-200ml, đặt dẫn lưu cạnh niệu quản.

Chăm sóc sau mổ

Bệnh nhân được theo dõi sau mổ, chăm sóc vết mổ thường quy, rút dẫn lưu sau mổ 1-2 ngày khi siêu âm không tụ dịch và dịch dẫn lưu < 20ml/ngày, rút thông tiểu và cắt chỉ thường quy sau 1 tuần, tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 4 tháng. Thông JJ lưu từ 2-3 tháng tùy phẫu thuật viên.

Các tiêu chí đánh giá được thu thập bao gồm:

thời gian mổ (từ lúc rạch da đến lúc đóng da, tính cả thời gian docking), lượng máu mất, thời gian nằm viện, các biến chứng chu phẫu, thời gian rút dẫn lưu, tỉ lệ thành công của phẫu thuật được đánh giá bằng không rò nước tiểu sau mổ, không hẹp tái phát sau khi rút JJ, không can thiệp lại. Hẹp tái phát được đánh giá bằng tình trạng thận ứ nước tăng sau khi rút JJ (đánh giá bằng siêu âm hoặc chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu).

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 7/2025 đến 3/2026, có tổng số 13 bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cầm lại niệu quản vào bàng quang. Tuổi trung bình là $50,54 \pm 17,09$, 9 bệnh nhân nữ (69,23%), 4 bệnh nhân nam (30,77%). Hẹp niệu quản phải chiếm 8 TH (61,53%) và bên trái chiếm 5 TH (38,46%) (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm về tuổi, giới, nguyên nhân gây hẹp niệu quản trong mẫu nghiên cứu

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình / tỉ lệ
Tuổi	20	73	$50,54 \pm 17,09$
Giới			
Nam			4/13 (30,77%)
Nữ			9/13 (69,23%)
Hẹp niệu quản			
Phải			8/13 (61,53%)
Trái			5/13 (38,46%)
Nguyên nhân hẹp			
Tán sỏi niệu quản trước đó			5/13 (38,46%)
Mổ tạo hình niệu quản			2/13 (15,38%)
Sinh mổ			1/13 (7,69%)
Lạc nội mạc tử cung			1/13 (7,69%)
Di chứng lao			1/13 (7,69%)
Không rõ nguyên nhân			3/13 (23,07%)
Thận ứ nước			
Độ 1			1/13 (7,69%)
Độ 2			2/13 (15,38%)
Độ 3			10/13 (76,92%)

Nguyên nhân hẹp niệu quản được ghi nhận là 5 TH có tiền căn tán sỏi niệu quản trước đó (38,46%), 2 TH tái phát sau mổ tạo hình niệu quản đoạn chậu (15,38%), 1 TH thận ứ nước sau sinh mổ (7,69%), 1 TH lạc nội mạc tử cung (7,69%), 1 TH di chứng lao (7,69%) và 3 TH không rõ nguyên nhân (23,07%).

Đa số bệnh nhân đến khám có thận ứ nước độ 3 (10/13 BN, 76,92%), 2 TH có thận ứ nước độ 2, 1 TH (7,69%) có thận ứ nước độ 1, bệnh nhân này đi khám sau khi khám sức khỏe định kỳ phát hiện thận ứ nước độ 1, niệu quản dẫn lớn 18mm.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $172,31 \pm 45,88$ phút, trong đó tối thiểu là 125 phút, tối đa là 265 phút. Đa số các trường hợp có thời gian phẫu thuật dao động từ 120-140 phút kể cả thời gian

docking, các trường hợp có thời gian phẫu thuật > 180 phút do dính của lần mổ tạo hình trước đó. Kể cả TH lạc nội mạc tử cung, mặc dù vùng chậu khá dính, nhưng việc bóc tách bọc lộ niệu quản trên chỗ hẹp cũng khá dễ dàng (Bảng 2).

Bảng 2: Kết quả của phẫu thuật

	Trung bình	Khoảng
Thời gian mổ (phút)	$172,31 \pm 45,88$	125-265
Lượng máu mất (ml)	$62,69 \pm 113,4$	5-400
Mức độ đau sau mổ (/10)	$3,38 \pm 1,12$	2-5
Thời gian nằm viện (ngày)	$3,57 \pm 1,7$	1,07-7.17

Lượng máu mất trung bình là $62,69 \pm 113,44$ ml tuy nhiên hầu hết các trường hợp có lượng máu mất rất ít 5-20ml, ngoại trừ hai trường hợp mổ lại sau phẫu thuật nội soi trước đó có lượng máu mất lần lượt là 200ml và 400ml. Trường hợp mất máu 400ml cần truyền máu trong mổ do HATT của bệnh nhân tụt còn 70mmHg.

Mức độ đau hậu phẫu ngày thứ 1 sau mổ trung bình là $3,38 \pm 1,12 / 10$, thấp nhất là 2/10, cao nhất là 5/10, không có trường hợp nào đau mức độ nặng và rất nặng. Có 2 TH bệnh nhân gần như không đau và xuất viện trong vòng 24h sau mổ.

Tất cả các trường hợp đều lưu thông niệu đạo 1 tuần, thời gian lưu ống dẫn lưu trung bình là $1,73 \pm 0,47$, ngắn nhất là 12h sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là $4,57 \pm 1,74$ ngày, tuy nhiên tất cả bệnh nhân đều nhập viện 1 ngày trước mổ nên thời gian nằm viện trong và sau mổ trung bình là $3,57 \pm 1,74$ ngày, tối thiểu là 1,07 ngày và tối đa 7,07 ngày. Có 2 trường hợp BN xuất viện 1 ngày sau mổ.

Biến chứng chu phẫu theo phân loại Clavien-Dindo được ghi nhận đa số là mức độ I (đau vết mổ), 1 TH mức độ II phải truyền máu do mất 400ml máu gây tụt huyết áp, không ghi nhận biến chứng mức độ 3 trở lên trong tất cả các trường hợp. Không có trường hợp nhiễm trùng vết mổ được ghi nhận và không có trường hợp nào bệnh nhân cần tái khám sớm trước 1 tháng do nhiễm khuẩn tiết niệu.

Kết quả phẫu thuật có 10/13 (76,92%) trường hợp mức độ ứ nước ở thận giảm sau mổ và sau khi rút thông JJ so với trước điều trị, 2 trường hợp mức độ ứ nước của thận không thay đổi nhưng bệnh nhân không có triệu chứng tắc nghẽn sau khi rút thông JJ. Chỉ có 1/13 (7,69%) trường hợp được đánh giá thất bại vì sau khi rút thông, BN đau hông lưng nhiều, phải đặt lại JJ và khi nội soi đặt JJ ghi nhận lòng niệu quản hẹp gần bít.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cầm lại niệu quản trong điều trị hẹp niệu quản đoạn dưới với tỷ lệ thành công cao và độ an toàn chấp nhận được. Khi đối chiếu với các

bằng chứng hiện có từ các tổng quan hệ thống và phân tích gộp gần đây, kết quả của chúng tôi cho thấy sự tương đồng rõ rệt về hiệu quả và kết quả chu phẫu của phương pháp này [7,8].

Đặc điểm bệnh nhân và nguyên nhân bệnh

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $50,54 \pm 17,09$, với tỷ lệ nữ chiếm ưu thế (69,23%). Điều này phù hợp với thực hành lâm sàng, khi các bệnh lý phụ khoa và can thiệp vùng chậu ở nữ (như mổ lấy thai, lạc nội mạc tử cung) có thể góp phần gây tổn thương niệu quản.

Nguyên nhân hẹp niệu quản trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khá đa dạng, trong đó tiền căn tán sỏi niệu quản chiếm tỷ lệ cao nhất (38,46%). Điều này phản ánh thực tế rằng can thiệp nội soi niệu quản ngày càng phổ biến và có thể dẫn đến biến chứng hẹp niệu quản. Theo một thống kê của tác giả Hao Dong (2017), tỉ lệ hẹp niệu quản sau tán sỏi nội soi chiếm từ 0,30% đến 23,81% [3]. Các yếu tố nguy cơ gây hẹp niệu quản sau tán sỏi được ghi nhận bao gồm sỏi khảm, tán sỏi bằng LASER, sử dụng ống soi đường kính lớn, sử dụng ống dẫn niệu quản (sheath), ngoài ra còn có kinh nghiệm phẫu thuật viên và kích thước sỏi [3].

Ngoài ra, các trường hợp tái phát sau phẫu thuật trước đó và nguyên nhân không rõ cũng chiếm tỷ lệ đáng kể, cho thấy đây là nhóm bệnh nhân phức tạp, thường có mô xơ hóa và dính nhiều, ảnh hưởng đến độ khó của phẫu thuật.

Đa số bệnh nhân đến khám ở giai đoạn muộn với thận ứ nước độ 3 (76,92%), cho thấy bệnh thường được phát hiện khi đã có biến chứng rõ rệt, điều này cũng làm tăng yêu cầu về kỹ thuật tái tạo chính xác và hiệu quả.

Kết quả phẫu thuật và yếu tố kỹ thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $172,31 \pm 45,88$ phút, tương đương với các báo cáo trong y văn [4,5,6]. Khi so sánh với các nghiên cứu về mổ mở cầm lại niệu quản vào bàng quang, thời gian mổ của phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với thời gian mổ mở. Theo nghiên cứu của tác giả Umberto, thời gian phẫu thuật nội soi cầm lại niệu quản vào bàng quang dài hơn so với phẫu thuật mổ mở [4]. Điều đó chứng tỏ, phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cải thiện rất nhiều về thời

gian mổ so với phẫu thuật nội soi thông thường do những ưu điểm của hệ thống robot kể trên.

Các trường hợp có thời gian mổ kéo dài (>180 phút) chủ yếu liên quan đến tiền căn phẫu thuật trước đó, gây dính và biến dạng giải phẫu. Những trường hợp này trước đây chúng tôi chỉ có thể phẫu thuật mổ mở, không thể phẫu thuật được bằng nội soi. Điều này nhấn mạnh vai trò của robot trong các trường hợp phức tạp, khi cần bóc tách tinh tế và khâu nối chính xác.

Lượng máu mất trung bình thấp (62,69 ml), và phần lớn bệnh nhân chỉ mất từ 5–20 ml, cho thấy ưu điểm ít xâm lấn của phương pháp. Các nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ (RUR) và mổ mở cầm lại niệu quản vào bàng quang (OUR) đều ghi nhận lượng máu mất thấp hơn trong RUR nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên tỉ lệ truyền máu của RUR thấp hơn hẳn so với OUR [6].

Hai trường hợp đã phẫu thuật nội soi tạo hình niệu quản trước đó có lượng máu mất cao hơn đáng kể (200–400 ml) là do phẫu trường rất dính khi bóc tách bọc lộ niệu quản, mạch máu tăng sinh, mô viêm dính rất dễ chảy máu trong đó một trường hợp cần truyền máu, phản ánh mức độ khó tăng lên trong phẫu thuật mổ lại, cho thấy tính ưu việt của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ ở những trường hợp trước đây không thể áp dụng các phẫu thuật ít xâm lấn.

Mức độ đau sau mổ thấp (VAS trung bình 3,38), không có trường hợp đau nặng, và một số bệnh nhân có thể xuất viện sớm trong vòng 24 giờ. Điều này phù hợp với ưu điểm của phẫu thuật robot trong việc giảm sang chấn mô và cải thiện hồi phục sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 3,57 ngày (không tính ngày nhập viện trước mổ), tương đương với các tác giả khác [4,5,6], thời gian này là tương đối ngắn và phù hợp với xu hướng điều trị ít xâm lấn hiện nay.

Khi so sánh giữa RUR và OUR, nhiều nghiên cứu cho thấy thời gian nằm viện của RUR ngắn hơn rất nhiều so với OUR, có ý nghĩa thống kê cho thấy ưu điểm vượt trội của RUR trong việc phục hồi sớm [5,6].

Biến chứng

Biến chứng chu phẫu chủ yếu ở mức độ nhẹ

(Clavien–Dindo độ I), chủ yếu là đau vết mổ. Chỉ ghi nhận một trường hợp độ II cần truyền máu do HATT tụt. Trường hợp này do phẫu trường rất dính do lần mổ trước, mô viêm dính dễ chảy máu, cấu trúc giải phẫu thay đổi nên khi bóc tách có tổn thương động mạch tử cung bên trái gây chảy máu nhiều. Không có biến chứng nặng (độ III–V), không có nhiễm trùng vết mổ hoặc nhiễm trùng tiết niệu. Kết quả này cho thấy phẫu thuật robot có độ an toàn cao, đặc biệt trong tay phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Kết quả này phù hợp với tổng quan hệ thống của Carbonara, trong đó không có sự khác biệt có ý nghĩa về biến chứng giữa phẫu thuật robot và mổ mở [5]. Tuy nhiên, một nghiên cứu meta-analysis năm 2025 ghi nhận phẫu thuật robot có thể làm giảm tỷ lệ biến chứng tổng thể so với mổ mở [6] chứng tỏ ưu điểm của RUR giúp bệnh nhân phục hồi nhanh, ít biến chứng.

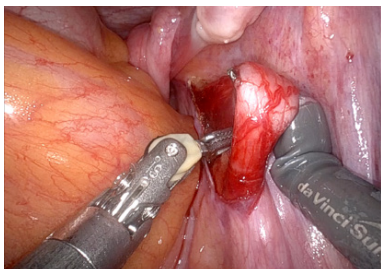
Hiệu quả điều trị

Tỷ lệ cải thiện tình trạng ứ nước đạt 76,92%, trong khi 2 trường hợp không cải thiện về hình ảnh nhưng không còn triệu chứng lâm sàng. Điều này cho thấy cần đánh giá kết quả không chỉ dựa vào hình ảnh mà còn dựa vào triệu chứng và chức năng.

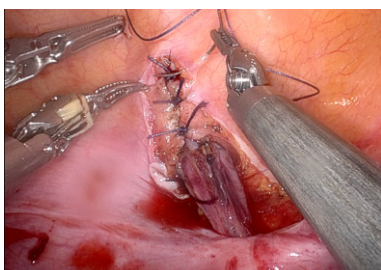
Tỷ lệ thất bại là 7,69% (1/13 trường hợp), do hẹp tái phát sau rút JJ. Trường hợp thất bại có thể liên quan đến tình trạng xơ hóa nặng hoặc thiếu máu nuôi tại vị trí nối là những yếu tố nguy cơ đã được ghi nhận trong y văn.

Tỷ lệ thành công đạt 92,31% trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo trong y văn. Các phân tích tổng hợp cho thấy tỷ lệ thành công của phẫu thuật robot dao động khoảng 90–96% và không khác biệt có ý nghĩa so với mổ mở [5,6].

Trong các phân tích trước đó, tỷ lệ thành công của mổ mở, nội soi và robot lần lượt khoảng 97,7%, 94,7% và 95,8% [6]. Tỉ lệ này cho thấy hiệu quả của phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ tương đương với OUR trong khi đó cải thiện mức độ độ, thời gian nằm viện và khả năng hồi phục sớm sau mổ.



Hình 2: Niệu quản trái được bộc lộ và nâng lên bằng đầu kéo để tránh làm tổn thương niệu quản (Hình ảnh phẫu thuật của BN L.T.L-20 tuổi bị thận ứ nước do hẹp niệu quản đoạn chậu nghĩ do di chứng lao).



Hình 3: Niệu quản trái được cắm vào bàng quang theo kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên (có đặt 1 thông JJ) (Hình ảnh phẫu thuật của BN L.T.L-20 tuổi)

Hạn chế

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn một số hạn chế do cỡ mẫu nhỏ (13 bệnh nhân), thiết kế hồi cứu, thời gian theo dõi ngắn nên chưa đánh giá được chức năng thận dài hạn. Điều này là do trung tâm chúng tôi chỉ mới triển khai hệ thống robot Da Vinci chỉ từ tháng 7/2025. Hy vọng trong thời gian tới chúng tôi có thể nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi robot hỗ trợ cầm lại niệu quản vào bàng quang cho thấy tính khả thi và kết quả ngắn hạn khả quan trong điều trị hẹp niệu quản đoạn chậu tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh TpHCM. Đây là phương pháp ít xâm lấn và đặc biệt phù hợp với các trường hợp phức tạp. Kết quả bước đầu cho thấy tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp và hồi phục nhanh. Tuy nhiên, cần các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định hiệu quả lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Radmayr C, Bogaert G, Dogan HS et al (2018) EAU Guidelines on Paediatric Urology 2018. European Association of Urology Guidelines 2018 Edition, Vol. presented at the EAU Annual Congress Copenhagen 2018. Arnhem, The Netherlands European Association of Urology Guidelines Office
2. Gerber JA, Koh CJ (2020) Robot-assisted laparoscopic ureteral reimplantation in children: a valuable alternative to open surgery. World J Urol 38:1849–1854
3. Hao Dong (2017). "Prevention strategies for ureteral stricture following ureteroscopic lithotripsy" Asian J Urol. Sep 22;5(2):94–100.
4. Umberto C. (2021) "Robot-Assisted Ureteral Reimplantation: A Single-Center Comparative Study" ; J Endourol Oct;35(10):1504-1511
5. Guangrui F. (2022). "Efficacy and safety of robot-assisted laparoscopic, laparoscopic and open surgery in ureteral reimplantation: a network meta-analysis and systematic review". Surgery (74): 1491-1499
6. Atef A.Hassan (2025). "Robotic assisted vs open ureteral reimplantation in adults: a systematic review and meta-analysis"; Journal of Robotic Surgery. 19 (373)