

vấn đề, khả năng hiểu biết chưa đầy đủ nên vẫn còn tỉ lệ mắc các thương tật thứ cấp trên.

V. KẾT LUẬN

Tập phục hồi chức năng sớm với chương trình tập luyện chuẩn giúp cải thiện về mặt lâm sàng và chức năng của bệnh nhân thông qua thang điểm NIHSS, Barthel, mRS. Bệnh nhân giảm các thương tật thứ cấp trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baldwin K, Orr S, Briand M, Piazza C, Veydt A, McCoy S.** Acute Ischemic Stroke Update. *Pharmacother J Hum Pharmacol Drug Ther.* 2010;30(5): 493-514. doi:10.1592/phco.30.5.493
2. **Gresham GE, Fitzpatrick TE, Wolf PA, McNamara PM, Kannel WB, Dawber TR.** Residual disability in survivors of stroke—the Framingham study. *N Engl J Med.* 1975;293(19):954-956. doi:10.1056/NEJM197511062931903
3. **BỘ Y TẾ,** 2018. Hướng Dẫn Chẩn Đoán, Điều Trị Phục Hồi Chức Năng Cho Người Bệnh Đột Quỵ.
4. **Liu N, Cadilhac DA, Andrew NE, et al.** Randomized controlled trial of early rehabilitation after intracerebral hemorrhage stroke: difference

in outcomes within 6 months of stroke. *Stroke.* 2014;45(12):3502-3507.

doi:10.1161/STROKEAHA.114.005661

5. **Carmichael ST.** Cellular and molecular mechanisms of neural repair after stroke: making waves. *Ann Neurol.* 2006;59(5):735-742. doi:10.1002/ana.20845
6. **Wu WX, Zhou CY, Wang ZW, et al.** Effect of Early and Intensive Rehabilitation after Ischemic Stroke on Functional Recovery of the Lower Limbs: A Pilot, Randomized Trial. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* 2020; 29(5):104649. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.104649
7. **Momosaki R, Yasunaga H, Kakuda W, Matsui H, Fushimi K, Abo M.** Very Early versus Delayed Rehabilitation for Acute Ischemic Stroke Patients with Intravenous Recombinant Tissue Plasminogen Activator: A Nationwide Retrospective Cohort Study. *Cerebrovasc Dis Basel Switz.* 2016;42(1-2):41-48. doi:10.1159/000444720
8. **Morreale M, Marchione P, Pili A, et al.** Early versus delayed rehabilitation treatment in hemiplegic patients with ischemic stroke: proprioceptive or cognitive approach? *Eur J Phys Rehabil Med.* 2016;52(1):81-89.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH BỂ THẬN - NIỆU QUẢN THEO CHỈ SỐ PI - APD ĐIỀU TRỊ THẬN Ú NƯỚC BẨM SINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Duy Việt¹, Lê Anh Dũng¹

TÓM TẮT

Mục đích: mô tả kết quả phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản điều trị thận ú nước bẩm sinh ở trẻ em dựa vào chỉ số PI - APD. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu bệnh nhân được chẩn đoán thận ú nước bẩm sinh và được phẫu thuật mổ mở theo phương pháp Anderson - Hynes, có đặt ống thông JJ trong mổ và được rút 1 tháng sau, gian đoạn từ 1.2016 đến 12.2018, tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Chỉ định mổ khi xạ hình thận DRF \leq 40%, T/2 > 20 phút bên thận tổn thương. Bệnh nhân được siêu âm đo đường kính trước sau bể thận và được lặp lại tại các thời điểm theo dõi. PI - APD \geq 38% được định nghĩa thành công. Tỷ lệ thành công, cải thiện đường kính trước sau bể thận được xác định tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng sau mổ. Số liệu xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, với $p < 0.05$ có nghĩa thống kê. **Kết quả:** có 145 bệnh nhân thận ú nước 1 bên được phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu - quản, trong đó có 126 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn

nghiên cứu. Trong số đó gồm 97 nam (77,0%) và 29 nữ (23,0%), thận ú nước bên trái 90 chiếm 71,4% và bên phải 36 trường hợp chiếm 28,6%. Đường kính trước sau bể thận cải thiện có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm đánh giá kết quả lần lượt là $16,6 \pm 10,7$ mm, $13,7 \pm 8,9$ mm, $11,4 \pm 7,2$ mm. Tương tự với tỷ lệ thành công lần lượt tăng lên ở các thời điểm theo dõi là 73,8%, 86,5%, 89,7%, với $p < 0,001$. Tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật và đường kính trước sau bể thận, có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật và không liên quan đến mức độ giãn của đường kính trước sau bể thận. Bệnh nhân sau mổ tạo hình bể thận - niệu quản cần được tiếp tục theo dõi đến ít nhất 24 tháng và đạt tỷ lệ thành công cao nhất là 89,7%.

Từ khóa: thận ú nước bẩm sinh do hẹp phần nối bể thận - niệu quản, tạo hình bể thận niệu quản

SUMMARY

RESULTS OF PYELOPLASTY IN TREATMENT CONGENITAL HYDRONEPHROSIS IN CHILDREN

Aim: describe the results of pyeloplasty in the treatment congenital of hydronephrosis in children. **Subject:** a retrospective study in patients with hydronephrosis who underwent pyeloplasty by Anderson - Hynes approach, A double J stent was placed perioperatively and extracted approximately

¹Bệnh viện Nhi Trường ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Việt

Email: bsnguyenduyviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa: 22.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

one month later, from 1.2016 to 12.2018 in the National Hospital of Pediatrics. A surgical indication was differential renal function less than 40% or T/2 > 20 min on the affected kidney. Patients were done kidney ultrasound to measure renal-pelvis anterior-posterior diameter before surgery and repeated ultrasound at follow-up. Percent improvement in renal pelvis anterior-posterior diameter was more than 38% which is defined as pyeloplasty successfully. The rate of success and percent improvement in renal pelvis anterior-posterior diameter were evaluated at 6 months, 12 months, and 24 months after surgery. The data were analyzed by the medical statistical software SPSS 20.0, with $p < 0.05$ statistical significance. **Results:** there were 145 one-sided hydronephrosis patients who underwent pyeloplasty, 126 of them were included. Among the included children, 77.0% were male and 23.0% were female; left hydronephrosis was 71.4%, and 28.6% hydronephrosis on the right. Percent improvement in renal pelvis anterior-posterior diameter improved statistically significantly at the time of follow-up and the results were 16.6 ± 10.7 mm, 13.7 ± 8.9 mm, and 11.4 ± 7.2 mm, respectively. Similarly, the success rate increased at the time of follow-up was 73.8%, 86.5%, and 89.7%, respectively, with $p < 0.001$. The success rate was not related to surgical age and anterior-posterior diameter, which was statistically significant. **Conclusion:** the success rate was not related to the age of surgery and not to the degree of dilatation of the anterior-posterior diameter of the renal pelvis. Patients with a post-pyeloplasty need to be followed up for at least 24 months and achieved the highest success rate of 89.7%.

Keywords: congenital hydronephrosis, pyeloplasty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

phẫu thuật mở mở theo phương pháp Anderson – Hynes là tiêu chuẩn vàng điều trị bệnh lý thận ứ nước bẩm sinh do hẹp phần nối bể thận – niệu quản, với tỷ lệ thành công khoảng từ 90 – 95% [1],[2]. Mặc dù chụp xạ hình thận sau mổ có giá trị cao khi đánh giá kết quả sau mổ, nhưng nhiều nghiên cứu cho thấy phương tiện này ít được chỉ định khi theo dõi kết quả sau mổ, chỉ định ở những trường hợp thất bại sau mổ và việc chụp xạ hình thận thường quy sau mổ là không cần thiết [3],[4]. Siêu âm theo dõi đánh giá kết quả phẫu thuật là phương tiện chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn thường xuyên ở đa số các số trung tâm [5]. Tỷ lệ cải thiện đường kính trước sau bể thận sau mổ (percent improvement in renal pelvis anterior - posterior diameter, PI-APD) $\geq 38\%$ được định nghĩa là thành công, PI-APD là tỷ lệ % cải thiện đường kính trước - sau bể thận = (đường kính trước sau bể thận trước mổ trừ đường kính trước - sau bể thận sau mổ) / đường kính trước - sau bể thận trước mổ $\times 100 \geq 38\%$ được định nghĩa là kết quả phẫu thuật thành công, ngược lại được

gọi là thất bại [6]. Bên cạnh đó, thời gian cải thiện sau mổ tình trạng giãn bể thận – niệu quản chậm, tỷ lệ cải thiện cao với thời gian theo dõi ít nhất là 24 tháng sau mổ [7]. Trên cơ sở đó, đề tài nghiên cứu kết quả tạo hình bể thận niệu quản điều trị thận ứ nước bẩm sinh dựa vào chỉ số PI – APD với thời gian theo dõi ít nhất 24 tháng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán thận ứ nước bẩm sinh. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật mở theo phương pháp Anderson – Hynes [8], có đặt ống thông JJ và được soi bàng quang rút sau 1 tháng sau mổ, từ 1.2016 đến 12.2018, tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Bệnh nhân được chỉ định mổ khi xạ hình thận chức năng bên thận tổn thương (Different renal function, DFR) dưới 40% hoặc T/2 > 20 min. Siêu âm đo đường kính trước - sau bể thận trước mổ và các thời điểm đánh giá sau mổ 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Tỷ lệ cải thiện đường kính trước - sau bể thận = (đường kính trước sau bể thận trước mổ trừ đường kính trước - sau bể thận sau mổ) / đường kính trước - sau bể thận trước mổ $\times 100 \geq 38\%$ định nghĩa là kết quả phẫu thuật thành công, ngược lại được gọi là thất bại [6]. Tỷ lệ thành công, cải thiện đường kính trước - sau bể thận được xác định tại các thời điểm 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng sau mổ. Số liệu xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, test thống kê khi bình phương so sánh tỷ lệ thành công giữa 6 tháng và 12 tháng; giữa 6 tháng và 24 tháng với $p < 0.05$ có nghĩa thống kê. Loại trừ nhóm bệnh nhân có thận ứ nước 2 bên, thận ứ nước do nguyên nhân khác và bệnh nhân không đủ thời gian theo dõi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1.2016 đến 12.2018, nghiên cứu có 145 bệnh nhân thận ứ nước một bên được phẫu thuật tạo hình bể thận – niệu quản trong đó có 126 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu bao gồm 97 nam (77,0%) chiếm đa số và 29 nữ (23%), tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Với 126 thận ứ nước, thận ứ nước bên trái 90 trường hợp chiếm đa số với tỷ lệ là 71,4% và bên phải 36 trường hợp chiếm 28,6%. Tuổi mổ trung vị 12 tháng tuổi, khoảng tứ phân vị từ 3 – 39 tháng. Chức năng thận từ dưới 40% trên xạ hình thận chiếm 40,5% và bệnh nhân được chỉ định khi có T/2 > 20 min. Đường kính trước - sau bể thận trung bình trước mổ là $36,8 \pm 16,2$ mm (16 – 122 mm). Đường kính trước - sau bể thận trước mổ của nhóm thành công và thất bại tại thời điểm đánh giá sau mổ 6 tháng không

khác biệt với kích thước lần lượt là $38,0 \pm 16,0$ mm và $33,4 \pm 16,1$ mm với $p = 0,162$. Đường kính trước - sau bể thận trước mổ ở nhóm bệnh nhân thành công tại thời điểm 12 tháng $37,8 \pm 16,7$ mm lớn hơn đường kính trước - sau bể thận của nhóm thất bại có đường kính là $30,2 \pm 9,2$ mm không ý nghĩa thống kê với $p = 0,069$. Và đường kính trước - sau bể thận bể thận trước mổ ở nhóm bệnh nhân thành công tại thời điểm sau mổ 24 tháng là $37,8 \pm 16,5$ mm lớn hơn đường kính trước - sau bể thận của nhóm thất bại có đường kính là $27,5 \pm 7,3$ mm có ý nghĩa thống kê với $p = 0,028$. Nhận xét: tỷ lệ thành công không liên quan đến mức độ giãn của đường kính trước sau bể thận trước mổ.

Bảng 1. Tỷ lệ nhóm tuổi phẫu thuật

Nhóm tuổi (tháng)	n	Tỷ lệ (%)
≤ 12	61	48,4
> 12 - ≤ 36	34	27,0
> 36	31	24,6
Tổng	126	100,0

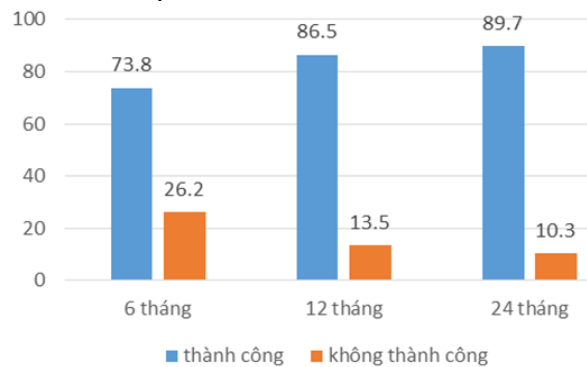
Nhận xét: tuổi mổ sớm từ sơ sinh đến 12 tháng tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 48,4%.

Bảng 2. Thay đổi đường kính trước - sau bể thận sau mổ

Sau mổ (tháng)	ĐKTS BT (mm)	Thay đổi giảm (mm)	P
6	$16,6 \pm 10,7$	$20,5 \pm 16,2$	< 0,001
12	$13,7 \pm 8,9$	$23,3 \pm 14,4$	< 0,001
24	$11,4 \pm 7,2$	$25,5 \pm 15,9$	< 0,001

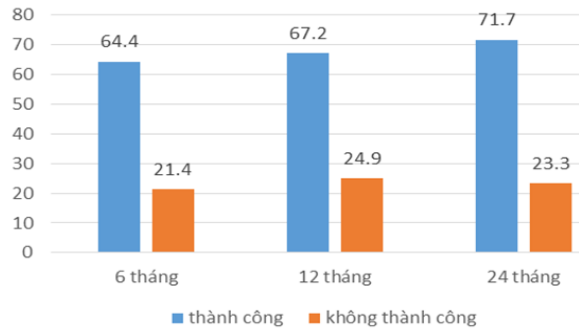
ĐKTS BT: đường kính trước - sau bể thận

Nhận xét: thay đổi giảm đường kính trước sau bể thận có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm khám lại sau mổ.



Hình 1. Tỷ lệ thành công sau mổ tại các thời điểm theo dõi

Nhận xét: tỷ lệ thành công sau 6 tháng là 73,8%, tỷ lệ thành công tiếp tục tăng lên khi theo dõi 12 tháng là 86,5%, và khi thời gian theo dõi 24 tháng có tỷ lệ thành công cao nhất với tỷ lệ 89,7% với $p = 0,001$.



Hình 2. Tỷ lệ cải thiện chỉ số PI-APD ở nhóm thành công và thất bại

Nhận xét: tỷ lệ đường kính trước sau bể thận sau mổ / đường kính trước sau bể thận trước mổ ở nhóm bệnh nhân thành công cao hơn so với nhóm bệnh nhân thất bại ở mỗi thời điểm đánh giá có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Tỷ lệ thành công sau 6 tháng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Sau 6 tháng	Thành công	Thất bại	Tổng
≤12	48(38,1%)	13(10,3%)	61(48,4%)	
12-≤ 36	24(19,0%)	10(7,9%)	34(27,0%)	
>36	21(16,7%)	10(7,9%)	31(24,6%)	
Tổng	93(73,8%)	33(22,6%)	126(100,0%)	

$P = 0,467$

Nhận xét: Tỷ lệ thành công sau 6 tháng phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản không liên quan đến tuổi mổ của bệnh nhân.

Bảng 4. Tỷ lệ thành công sau 12 tháng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Sau 12 tháng	Thành công	Thất bại	Tổng
≤ 12	53(41,2%)	8(6,3%)	61(48,4%)	
12 - ≤ 36	28(22,2%)	6(4,8%)	34(27,0%)	
> 36	28(22,2%)	3(2,4%)	31(24,6%)	
Tổng	109(86,5%)	17(13,5%)	126(100,0%)	

$P = 0,639$

Nhận xét: tỷ lệ thành công sau 12 tháng phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản không liên quan đến nhóm tuổi phẫu thuật của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của một số tác giả chỉ ra là không cần thiết phải tiến hành chụp xạ hình thận sau phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản để đánh giá kết quả phẫu thuật [9],[4]. Thêm nữa, khi tác giả Hsi và cộng sự khi tiến hành hồi cứu một số lượng lớn bệnh nhân được theo dõi sau mổ tạo hình bể thận - niệu quản thì có tới khoảng 90% trường hợp chỉ cần tiến hành

siêu âm để đánh giá kết quả sau mổ [5]. Nghiên cứu có 126 bệnh nhân thận ứ nước được phẫu thuật và theo dõi sau mổ bằng siêu âm tại thời điểm 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Kết quả của chúng tôi thấy tỷ lệ thành công tăng lên khi thời gian theo dõi lâu hơn có ý nghĩa thống kê ở các thời điểm theo dõi và tỷ lệ thành công cao nhất sau 24 tháng là 89,7% (hình 1). Kết quả này tương đương với kết quả đã được chỉ ra trong y văn 90 – 95% [1],[2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật, cũng như không liên quan đến đường kính trước sau bể thận trước mổ khi đánh giá ở thời điểm theo dõi sau mổ (bảng 3 và bảng 4). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Varela và cộng sự tuổi phẫu thuật và sự cải thiện mức độ giãn của bể thận không liên quan đến tuổi và mức độ giãn của bể thận trước mổ [7].

Có một số định nghĩa về sự cải thiện mức độ giãn bể thận – niệu quản hay mức độ thận ứ nước khác nhau khi tìm hiểu y văn trên Thế giới. Định nghĩa có thể dựa vào phân độ mức độ thận ứ nước sau mổ, hoặc đường kính trước sau bể thận hoặc dựa vào sự cải thiện tỷ lệ đường kính trước sau bể thận. Carpenter và cộng sự định nghĩa thành công sau phẫu thuật tạo hình bể thận niệu quản khi đường kính trước sau bể thận = 0 mm, nghiên cứu kết luận cải thiện hoàn toàn mức độ giãn bể thận là rất hiếm [10]. Rickard và cộng sự định nghĩa thành công khi đường kính trước sau bể thận ≤ 15 mm [11]. Ngược lại, Varelá và cộng sự định nghĩa thành công khi tỷ lệ cải thiện đường kính trước sau bể thận ít nhất đạt 50% [7].

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật được thảo luận ở nhiều nghiên cứu, mục đích nhằm phát hiện yếu tố nguy cơ tiềm tàng để giảm việc chỉ định làm các thăm dò xạ hình thận hay chụp cắt lớp vị tính ở bệnh nhân sau phẫu thuật tạo hình bể thận -niệu quản [3]. Rickard và cộng sự cho rằng với tỷ lệ cải thiện đường kính trước sau bể thận 40% ở lần siêu âm thứ nhất sau mổ là yếu tố tiên lượng thành công. Tương tự nghiên cứu khác của tác giả Romao và cộng sự kết luận với tỷ lệ đường kính trước sau bể thận 38% ở lần siêu âm thứ nhất sau mổ là giá trị tiên lượng tỷ lệ thành công và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân có thể là hẹp tái phát [6]. Hơn nữa, khi nghiên cứu y văn cho thấy tồn tại tình trạng giãn bể thận – niệu quản trên siêu âm tiếp tục đến 12 tháng sau mổ và bệnh nhân cần được tiếp tục theo dõi ít nhất 24 tháng sau mổ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục đánh giá xem sự cải thiện tỷ lệ

đường kính trước sau bể thận sau mổ sau 6 tháng, 12 tháng và 24 tháng. Kết quả (hình 1) chỉ ra rằng tỷ lệ thành công ở lần siêu âm thứ nhất 6 tháng sau mổ là 73,8% và thời gian theo dõi tiếp tục tới 12 tháng sau mổ cho kết quả thành công cao hơn chiếm 86,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Và khi tiếp tục theo dõi sau 24 tháng tỷ lệ thành công là 89,7%. Tương tự tỷ lệ đường kính trước sau bể thận sau mổ/đường kính trước sau bể thận sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi tăng lên có ý nghĩa thống kê ở mỗi thời điểm theo dõi và sau 24 tháng có 10,3% bệnh nhân còn tồn tại giãn bể thận – niệu quản với tỷ lệ đường kính trước sau bể thận sau mổ/đường kính trước sau bể thận trước mổ là 23,3% <38%, đối với nhóm bệnh nhân này chúng tôi đề xuất chỉ định chụp xạ hình thận. Như nghiên cứu y văn và kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy siêu âm có thể là công cụ đánh giá sự cải thiện mức độ giãn của bể thận sau mổ, tuy nhiên thời gian phục cải thiện mức độ giãn bể thận thường chậm cho nên bệnh nhân cần được tiếp tục theo dõi đến khoảng ít nhất 24 tháng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công không liên quan đến tuổi phẫu thuật và không liên quan đến mức độ giãn của đường kính trước sau bể thận. Bệnh nhân sau mổ tạo hình bể thận – niệu quản cần được tiếp tục theo dõi đến ít nhất 24 tháng và đạt tỷ lệ thành công cao nhất là 89,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Autorino R, Eden C, El-Ghoneimi A et al** (2014). Robot-assisted and laparoscopic repair of ureteropelvic junction obstruction: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*, 65(2): 430-52.
2. **O'reilly P.H, Brooman P.J.C, Makp S et al** (2001). The long-term results of Anderson–Hynes pyeloplasty. *BJU International*, 87, 287–289.
3. **Fernández-Ibieta M, Nortes-Cano L, José Guirao-Piñera M et al** (2016). Radiation-free monitoring in the long-term follow-up of pyeloplasty: Are ultrasound new parameters good enough to evaluate a successful procedure? *Journal of Pediatric Urology*, 12(4): 230.e1-230.e7.
4. **Almodhen F, Jednak R, Capolicchio J.P, et al** (2010) Is routine renography required after pyeloplasty? *J Urol*, 184(3): 1128-33.
5. **Hsi R.S, Holt S.K, Gore J.L et al** (2015). National Trends in Followup Imaging after Pyeloplasty in Children in the United States. *J Urol*, 194(3): 777-82.
6. **Romao R.L.P, Farhat W.A, Salle J.L.P et al** (2012). Early postoperative ultrasound after open pyeloplasty in children with prenatal hydronephrosis helps identify low risk of recurrent obstruction. *J Urol*, 188(6): 2347-53.

7. Värelä S, Omling E, Börjesson A, **et al** (2021). Resolution of hydronephrosis after pyeloplasty in children. *J Pediatr Urol*, 17(1): 102 e1-102 e7.
8. **Anderson J.C, and Hynes W** (1949). Retrocaval Ureter: A Case diagnosed pre-operatively and treated successfully by a Plastic Operation. *British Journal Of Urology*, 209 - 214.
9. **Van den Hoek J, de Jong A, Scheepe J et al** (2007). Prolonged follow-up after paediatric pyeloplasty: are repeat scans necessary? *BJU Int*, 100(5): 1150-2.
10. **Carpenter C.P, Tolley E, Tourville E et al** (2018). Hydronephrosis After Pyeloplasty: "Will It Go Away?". *Urology*, 121 158-163.

LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG THIỂU MÁU TAN MÁU TỰ MIỄN Ở TRẺ EM TẠI KHOA HUYẾT HỌC LÂM SÀNG BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Hương¹, Nguyễn Hồng Sơn², Nguyễn Thị Hương Mai²

TÓM TẮT

Thiếu máu tan máu tự miễn là tình trạng hồng cầu bị phá hủy sớm do sự xuất hiện của tự kháng thể trên bề mặt hồng cầu.¹ **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của trẻ em mắc thiếu máu tan máu tự miễn tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu khảo sát ở 46 trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn tại khoa Huyết học lâm sàng – Bệnh viện Nhi Trung ương, sử dụng bệnh án nghiên cứu được xây dựng sẵn. **Kết quả:** 46 trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn độ tuổi chủ yếu dưới 5 tuổi (80,4%) với tỷ lệ nam:nữ xấp xỉ 1:1. Các trẻ nhập viện trong tình trạng thiếu máu với đặc điểm niêm mạc nhợt 95,7%, da xanh 71,7% và tan máu trong lòng mạch với đặc điểm tiểu sẫm 87% và vàng da 69,9%. Đặc điểm thiếu máu của trẻ mắc thiếu máu tan máu tự miễn là thiếu máu hồng cầu bình thường mức độ trung bình và nặng chiếm 91,4% với nồng độ huyết sắc tố là 62,0 g/l. **Kết luận:** Thiếu máu tan máu tự miễn gặp cao nhất ở dưới 5 tuổi với đặc điểm giống với các bệnh thiếu máu do tan máu, tuy là bệnh hiếm gặp nhưng không nên bỏ sót, cần thăm khám lâm sàng cẩn thận, tỉ mỉ và xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ nhằm tránh bỏ sót.

Từ khóa: Trẻ em, thiếu máu tan máu tự miễn, lâm sàng, cận lâm sàng

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL OF AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA IN CHILDREN IN CLINICAL HEMATOLOGY DEPARTMENT, NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is a rare immune disorder. It happens when your body mistakes red blood cells as foreign substances and attacks them. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of children with autoimmune hemolytic anemia at the National Hospital of Pediatric.

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Hương

Email: huong.ntmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2023

Ngày duyệt bài: 7.9.2023

Methods: A survey study in 46 children with autoimmune hemolytic anemia at the Department of Clinical Hematology - National Hospital of Pediatric, using pre-built research medical records. **Results:** 46 children with autoimmune hemolytic anemia are mainly under 5 years old (80,4%) with a male:female ratio of approximately 1:1. The children admitted to the hospital were anemic with pallor 95,7%, pale skin 71,7% and hemolysis in the blood vessels with dark urine 87% and jaundice 69,9%. Anemia characteristics of children with autoimmune hemolytic anemia are moderate and severe normal red blood cell anemia accounting for 91,4% with hemoglobin concentration of 62,0 g/l. **Conclusion:** Autoimmune hemolytic anemia is most common in children under 5 years of age with characteristics similar to other hemolytic anemias, although it is a rare disease, it should not be missed, it requires careful clinical examination, the rate meticulous and complete laboratory testing to avoid omission.

Keywords: children, autoimmune hemolytic anemia, clinical, paraclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu tan máu tự miễn là tình trạng hồng cầu bị phá hủy sớm do sự xuất hiện của tự kháng thể trên bề mặt hồng cầu.¹ Bệnh thiếu máu tan máu tự miễn là một rối loạn tương đối hiếm gặp.² Bệnh thiếu máu tan máu tự miễn liên quan đến rất nhiều chuyên khoa khác nhau như huyết học, miễn dịch và cả di truyền. Biểu hiện lâm sàng của thiếu máu tan máu tự miễn rất phong phú và đa dạng.³ Các kỹ thuật xét nghiệm cận lâm sàng như công thức máu, sinh hoá máu, test Coombs, xét nghiệm tự kháng thể miễn dịch liên tục được cập nhật, giúp việc chẩn đoán xác định bệnh dễ dàng hơn. Tuy nhiên, bệnh tan máu tự miễn rất dễ bị chẩn đoán nhầm với các bệnh tan máu miễn dịch khác, đồng thời bệnh cũng có thể diễn biến nhanh chóng và cấp tính, gây thiếu máu nặng dẫn đến sốc, suy thận và tử vong vì vậy việc tiếp cận chẩn đoán sớm và chính xác là yêu cầu rất cần thiết. Trên thế giới đã có rất nhiều các nghiên cứu về bệnh thiếu máu tan máu tự miễn. Tuy nhiên các nghiên cứu