

dụng gân tự thân có điểm Lysholm trung bình sau phẫu thuật 6 tháng là 88,4. Theo Octav Russu và các cộng sự (2017), báo cáo kết quả tái tạo DCCT một bó bằng gân bán gân gấp bốn lần có điểm Lysholm sau phẫu thuật 6 tháng là  $72,6 \pm 9,8$  [6]. So sánh qua các thống kê với các tác giả trên, kết quả của nghiên cứu của chúng tôi về sự cải thiện chức năng khớp gối theo thang điểm Lysholm có sự tương đồng.

Độ vững chắc khớp gối theo IKDC sau phẫu thuật 6 tháng, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 32 trường hợp loại A chiếm 71,1%, và 13 trường hợp loại B chiếm 28,9%, không có trường hợp nào loại C và D. Trần Hoàng Tùng (2018) khi đánh giá thời điểm sau mổ 6 tháng có 63,89% loại A, 30,56% loại B, và 5,5% loại C trong 36 bệnh nhân nghiên cứu [4]. So sánh với các nghiên cứu của tác giả trên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tương đồng về tỷ lệ bệnh nhân đánh giá khớp gối sau 6 tháng trong nhóm rất tốt và tốt.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng mảnh ghép gân đồng loại theo kỹ thuật tất cả bên trong tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên bước đầu cho thấy hiệu quả an toàn và phục hồi chức năng khớp gối tốt. Mảnh ghép gân đồng loại là một sự lựa chọn cho phẫu thuật viên trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Khánh (2015), "Kết quả bước đầu nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối với kỹ thuật "tất cả bên trong" (all- Inside technique)", Y học Việt Nam(2), tr. 136-140.
2. Trần Quốc Lâm (2018), Nghiên cứu giải phẫu và đối chiếu trong phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật một bó tất cả bên trong, Luận văn tiến sĩ y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Phạm Ngọc Trường (2020), Nghiên cứu kích thước gân cơ thon gân cơ bán gân dựa trên chẩn đoán hình ảnh và kết quả tái tạo dây chằng chéo trước khớp gối bằng kỹ thuật hai bó, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội.
4. Trần Hoàng Tùng (2018), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi tái tạo hai bó dây chằng chéo trước sử dụng gân bánh chè đồng loại, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. M. Bi và các cộng sự. (2021), "All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using an Anterior Half of the Peroneus Longus Tendon Autograft", Orthop J Sports Med. 9(6), tr. 2325967121991226.
6. Octav Russu và các cộng sự. (2017), "Anatomic All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction Using the TransLateral Technique", Journal of Interdisciplinary Medicine. 2(S3), tr. 17-21.
7. M. Schurz và các cộng sự. (2016), "Clinical and Functional Outcome of All-Inside Anterior Cruciate Ligament Reconstruction at a Minimum of 2 Years' Follow-up", Arthroscopy. 32(2), tr. 332-7.
8. S. K. Yasen và các cộng sự. (2017), "Clinical outcomes of anatomic, all-inside, anterior cruciate ligament (ACL) reconstruction", Knee. 24(1), tr. 55-62.

## KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ HẸP KHÚC NỐI BỀ THẬN-NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Năng Bách<sup>1</sup>, Trần Đức Quý<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Sơn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2020 đến năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu và tiến cứu trên 67 bệnh nhân được mổ nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản từ năm 2020 đến năm 2023. Người bệnh được đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chẩn

đoán hình ảnh trước và sau phẫu thuật 6 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $27,5 \pm 13,7$  tuổi. Nam giới chiếm tỷ lệ 68,7%. Có 49 bệnh nhân (73,1%) phẫu thuật theo phương pháp cắt rời tạo hình, 18 bệnh nhân (26,9%) phẫu thuật theo các phương pháp không tạo hình. Thời gian mổ trung bình  $102,2 \pm 19,1$  phút. Thời gian điều trị sau mổ trung bình  $4,4 \pm 1,0$  ngày. Sau 6 tháng: Đường kính trung bình trước - sau bể thận trên phim chụp CLVT đã giảm  $33,6\text{mm}$  trước phẫu thuật xuống  $13,4\text{mm}$ . Bệnh nhân có mức độ ứ nước ở mức độ 3 và 4 giảm từ  $32,8\%$  xuống còn  $1,5\%$ . Kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung là 94%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản có tỷ lệ thành công 94%, rút ngắn được thời gian nằm viện. **Từ khóa:** Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Năng Bách

Email: nangbach67@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 9.11.2023

### SUMMARY

## RESULTS OF TREATMENT FOR URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION BY RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the results of retroperitoneal laparoscopic surgery for treating ureteropelvic junction obstruction (UPJO) at Viet Duc Hospital from 2020 to 2023. **Subject and method:** A descriptive study on 67 patients who was operated on retroperitoneal laparoscopic surgery to treat UPJO. Patients were evaluated clinical, subclinical characteristics and image diagnosis at 6 months before and after surgery. **Result:** Average age was  $27,5 \pm 13,7$  years. Males (68,7%). 49 patients (73,1%) underwent surgery to cut plastic surgery, 18 patients (26,9%) underwent non-plastic surgery. Mean operation time was  $102,2 \pm 19,1$  minutes. Duration of treatment after surgery was  $4,4 \pm 1,0$  days. After 6 months: The mean before-posterior diameter of the renal pelvis on CT scan was significantly reduced 33,6mm before surgery to 13,4mm. The percentage of patients with a degree of fluid retention at 3rd and 4th levels decreased from 32,8% to 1,5%. The rate of patients with good treatment results according to the general standard was 94%. **Conclusion:** Retroperitoneal laparoscopic surgery to treat UPJO has a high success rate (94%), giving the same result as open surgery, shortening the hospital stay.

**Keywords:** Ureteropelvic junction obstruction, retroperitoneal laparoscopic surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận - niệu quản (KNBT-NQ) là một trong những bệnh lý thường gặp trong tiết niệu. Khúc nối hẹp làm lưu thông của nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản bị tắc nghẽn, gây ứ nước ở thận dẫn đến suy giảm dần chức năng thận. Tiêu chuẩn vàng của điều trị phẫu thuật hẹp KNBT-NQ là phương pháp tạo hình cắt bỏ khúc nối hẹp và bể thận giãn, tạo hình lại bể thận - niệu quản (BT - NQ) theo phương pháp Anderson - Hynes [2]. Tuy nhiên, bệnh nhân (BN) có thể chịu vết mổ lớn gây ảnh hưởng về thẩm mỹ, bên cạnh đó là những sang chấn lớn do phẫu thuật và thời gian hậu phẫu kéo dài. Phương pháp mổ nội soi tạo hình BT - NQ ra đời và phát triển nhằm khắc phục nhược điểm của phương pháp phẫu thuật mở. Tuy nhiên, thao tác trong phúc mạc có nguy cơ gây tổn thương các tạng trong ổ bụng đặc biệt là ruột, khó khăn hơn khi bộc lộ bể thận do đi vào từ phía trước có động - tĩnh mạch thận. Hơn nữa, khi xảy ra biến chứng rò nước tiểu sau mổ thì hậu quả và cách xử trí sẽ khó khăn hơn nhiều. Nội soi sau phúc mạc được áp dụng sau đó từ năm 1996 đã khắc phục các nhược điểm này. Ưu điểm của nội soi sau phúc mạc (NSSPM) là thời gian nằm viện ngắn, người bệnh ít đau đớn hơn, đồng thời khắc

phục được vấn đề về thẩm mỹ, cho tỷ lệ thành công theo nhiều báo cáo là tương tự phẫu thuật mở. Việc đánh giá kết quả phẫu NSSPM trên BN hẹp KNBT-NQ trong giai đoạn hiện nay góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc (NSSPM) điều trị hẹp KNBT-NQ tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2020 đến năm 2023.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 67 BN được chẩn đoán xác định hẹp KNBT - NQ và được điều trị phẫu thuật tạo hình qua đường NSSPM tại khoa phẫu thuật Tiết niệu - bệnh viện Việt Đức, đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 03 năm 2023.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán hẹp KNBT - NQ có chỉ định phẫu thuật NSSPM tạo hình khúc nối bể thận niệu quản, hội đủ 3 yếu tố sau:

+ Không có tiền căn phẫu thuật bên thận bệnh lý.

+ Có triệu chứng, biến chứng của thận ứ nước.

+ Cận lâm sàng (siêu âm, X quang đường tiết niệu, CT Scanner) ghi nhận có tắc nghẽn của khúc nối bể thận-niệu quản.

- Gia đình và BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

- BN có hồ sơ lưu trữ tại BV Việt Đức có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hẹp KNBT - NQ sau phẫu thuật.

- Hẹp KNBT - NQ kết hợp với hẹp niệu quản lưng hoặc chậu.

- Hẹp KNBT - NQ được điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật khác.

- Hẹp KNBT - NQ đã được chẩn đoán và điều trị ở tuyến trước, bệnh nhân chuyển đến bệnh viện Việt Đức do nguyên nhân khác.

- Những hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ thông tin.

#### 2.1.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị hẹp KNBT-NQ bằng phẫu thuật NSSPM [4]

Kết quả chung	Lâm sàng	Siêu âm
Tốt	Không còn triệu chứng lâm sàng	Nhu mô thận tăng, bể thận thu nhỏ so với trước mổ
Trung bình	Thỉnh thoảng còn triệu chứng lâm sàng	Nhu mô thận không thay đổi, bể thận thu nhỏ hoặc không đổi
Xấu	Còn triệu chứng lâm sàng	Nhu mô thận không tăng, tăng độ ứ nước

		thận
--	--	------

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu mô tả

- Thu thập số liệu nghiên cứu:
- + Hồi cứu từ 01/2020 – 10/2022
- + Tiến cứu từ 11/2022 – 03/2023.

**2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu**

- Cỡ mẫu toàn bộ: 67 BN đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn, được chẩn đoán xác định hẹp KNBT - NQ và được điều trị phẫu thuật tạo hình KNBT - NQ qua đường NSSPM tại khoa phẫu thuật tiết niệu - bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2023.

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

**2.4. Xử lý số liệu**

\*Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 26.

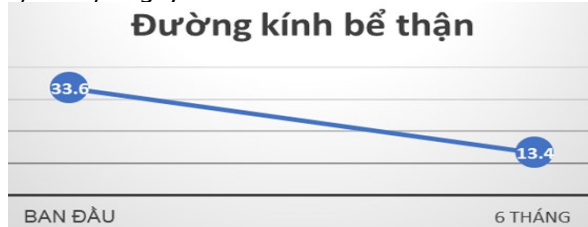
\*Các biến định tính được tính toán theo tỉ lệ phần trăm (%). Các biến định lượng được mô tả dưới dạng giá trị trung bình.

\*So sánh sự khác biệt giữa các nhóm: test thống kê tham số, phi tham số (T-test, Man-Whitney test) được sử dụng để tìm sự khác biệt giữa các nhóm đối với số liệu định lượng và Chi-square test được sử dụng để tìm sự khác biệt giữa các nhóm đối với số liệu định tính. (có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ ).

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là  $27,5 \pm 13,7$  tuổi. Nam chiếm tỷ lệ 68,7%. Có 49 BN (73,1%) phẫu thuật theo phương pháp cắt rời tạo hình, 18 BN (26,9%) phẫu thuật theo các phương pháp không tạo hình. Trong phẫu thuật không tạo hình có: Phương pháp phẫu thuật cắt mạch máu bất thường 16,4% (11 BN), chuyển vị niệu quản 9% (06 BN), gỡ dính 1,5% (01 BN).

Thời gian mổ trung bình là  $102,2 \pm 19,1$  phút, thời gian điều trị sau mổ trung bình là  $4,4 \pm 1,0$  ngày.



**Biểu đồ 1. Đường kính trước sau bể thận trên siêu âm trước và sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** Trung bình đường kính trước sau bể thận trên siêu âm trước và sau phẫu thuật đã giảm từ 33,6 mm xuống 13,4mm tại thời điểm sau 6 tháng.



**Biểu đồ 2. Độ dày nhu mô thận trên siêu âm trước và sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** Trung bình độ dày nhu mô thận trên siêu âm trước và sau phẫu thuật đã tăng từ 13,6 mm lên 17,7 mm sau 6 tháng.



**Biểu đồ 3. Tỷ lệ giãn thận mức độ 3 và 4 trên siêu âm trước và sau phẫu thuật**

**Nhận xét:** BN có mức độ giãn thận ở mức 3 và 4 đã giảm đáng kể tại thời điểm trước phẫu thuật (32,8%) so với sau 6 tháng 01 BN (1,5%).

**Bảng 1. Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn chung tại thời điểm trên 6 tháng sau phẫu thuật**

Tiêu chuẩn chung	SL	%
Tốt	63	94
Trung bình	03	4,5
Kém	01	1,5
<b>Tổng</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** BN có kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung 94%, trung bình 4,5% và kém 1,5%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của người bệnh là 27,5 tuổi. Trong đó, phần lớn ở độ tuổi trẻ và trung niên từ 18 đến < 30 tuổi và từ độ tuổi từ 30 đến < 40 tuổi. Nghiên cứu của tác giả Ngô Đại Hải tại Thành phố Hồ Chí Minh cũng cho kết quả tương tự khi tuổi trung bình của 96 BN trong nghiên cứu là 29,34 tuổi [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả điều trị được đánh giá qua 2 tiêu chí về lâm sàng, siêu âm. Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung là 94%. Các tiêu chuẩn để đánh giá kết quả phẫu

thuật tạo hình KNNQ-BT vẫn chưa được xác định và thống nhất giữa các nghiên cứu tại nước ta. Tác giả Phạm Ngọc Thạch và cộng sự, trong một nghiên cứu hồi cứu mổ mở tạo hình khúc nối có dùng thông JJ trên 105 bệnh nhân là trẻ em, đã đánh giá kết quả phẫu thuật (tốt, không tốt) qua tiêu chuẩn có cải thiện về triệu chứng lâm sàng và độ ứ nước trên siêu âm. Trong nghiên cứu này, nhóm tác giả chỉ thực hiện đánh giá xạ hình thận với furosemide khi siêu âm có nghi ngờ độ ứ nước tang sau mổ hoặc có dấu hiệu nghi ngờ tắc nghẽn như đau bụng, nôn ói hoặc nhiễm khuẩn niệu [5]. Trên quốc tế, đa số tác giả theo dõi bệnh nhân sau mổ vào thời điểm 3 tháng để ghi nhận triệu chứng lâm sàng và chụp UIV, 6 tháng để làm xạ hình thận, sau đó là mỗi năm để siêu âm kiểm tra. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả phẫu thuật là thành công/thất bại dựa trên dấu hiệu chủ quan là triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu khách quan là độ cải thiện trên UIV hoặc xạ hình thận.

Thời gian mổ trung bình là  $102,2 \pm 19,1$  phút trên 67 bệnh nhân trong nghiên cứu. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa về thời gian mổ mở kinh điển theo đường dưới sườn là  $75,3 \pm 17,55$  phút. Tác giả nghiên cứu trên 140 bệnh nhân được mổ thận ứ nước do hẹp khúc nối bể thận - niệu quản, có 128 bệnh nhân được mổ mở và 12 bệnh nhân được mổ nội soi. Thời gian mổ trung bình sử dụng nội soi qua phúc mạc trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa là  $176,84 \pm 63,22$  phút, nhanh nhất là 150 phút và lâu nhất là 210 phút [3]. Có lẽ đây là thời gian đầu phẫu thuật nội soi được sử dụng để tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản ở trẻ em nên thời gian mổ còn kéo dài. Gần đây, thời gian mổ đã rút ngắn hơn theo báo cáo của tác giả Ngô Đại Hải về phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận - niệu quản trên người lớn tại Bệnh viện Bình dân thì thời gian mổ trung bình là 130 phút (55 – 210 phút). Trong khi đó trên đối tượng người lớn, thời gian mổ trung bình cũng không có sự khác biệt đáng kể. Tác giả Lê Học Đăng và cộng sự đã thực hiện nội soi sau phúc mạc cho 60 bệnh nhân hẹp KNBT-NQ, thời gian mổ trung bình là  $92,11 \pm 28,06$  phút [1]. Nghiên cứu của Singh và cộng sự tiến hành tạo hình qua nội soi trong phúc mạc trên 142 bệnh nhân có bể thận giãn rộng, kết quả cho thấy thời gian mổ trung bình là 145 phút [8]. Tác giả Martina và cộng sự cũng thực hiện nội soi qua đường sau phúc mạc tạo hình kiểu cắt rời tạo hình cho 86 bệnh nhân tại Ý, trong đó, thời gian mổ trung bình là 79,3 phút [7]. Đánh giá

kết quả trên siêu âm, sự thay đổi các chỉ số sau 6 tháng điều trị đều rất khả quan. Trung bình đường kính trước bể thận trên siêu âm đã giảm đáng kể từ 33,6mm trước phẫu thuật xuống 13,4mm 6 tháng sau phẫu thuật. Trong khi đó, trung bình độ dày nhu mô thận trên siêu âm đã tăng đáng kể từ 13,6mm trước phẫu thuật lên 17,7mm tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ ứ nước ở mức 3 và 4 cũng đã giảm đáng kể tại thời điểm trước phẫu thuật so với 6 tháng sau phẫu thuật, cụ thể tỷ lệ trước phẫu thuật là 32,8% và sau phẫu thuật đã giảm xuống 1,5%. Tỷ lệ thành công chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,5% (bao gồm kết quả điều trị tốt và trung bình). Kết quả này cho thấy sự tương đồng với hầu hết các nghiên cứu phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trên bệnh nhân hẹp bể thận - niệu quản đã được thực hiện tại Việt Nam và trên thế giới. Trên thế giới, phẫu thuật thành công trong các nghiên cứu của Singh, Martina đều cho thấy kết quả cao với tỉ lệ từ 96,6% tới 98% [7],[8]. Tác giả Chiancone F. đã theo dõi các BN HKNBT-NQ được phẫu thuật bằng phương pháp nội soi trong phúc mạc từ tháng 2 năm 2007 đến tháng 2 năm 2015 đã báo cáo tỷ lệ thành công cao lên đến 92,1% [6]. Trong khi đó, tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Minh trên 62 trường hợp điều trị hẹp KNBT-NQ bằng phẫu thuật NSSPM cho kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung sau 3 tháng 96,77% (bao gồm kết quả điều trị tốt và trung bình) [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa đánh giá kết quả theo dõi xa tạo hình bể thận - niệu quản theo phương pháp Anderson - Hynes bằng kỹ thuật mổ mở và mổ nội soi gồm 140 bệnh nhân trong 3 năm (từ ngày 01/1/2005 đến ngày 31/8/2008) tại Khoa ngoại, Bệnh viện Nhi Trung ương và Khoa Nhi, Bệnh viện Việt Đức cho kết quả: Tốt 82,02%, trung bình 7,55%, xấu 9,43% [3]. Nghiên cứu của tác giả Ngô Đại Hải báo cáo kết quả điều trị cho 100 trường hợp hẹp khúc nối bể thận- niệu quản bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cho kết quả tốt tương đương như phẫu thuật mở (kết quả tốt chiếm tỷ lệ 87%), nhưng rút ngắn được thời gian nằm viện và có tính thẩm mỹ cao [2].

## V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ thành công là 98,5%, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình hẹp khúc nối BT - NQ cho thấy kết quả tích cực, tương đương với điều trị mổ mở, tuy nhiên, vẫn giữ được đầy đủ các ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc là phương pháp lựa

chọn nên được chỉ định đầu tiên để điều trị HKNBT - NQ và có thể áp dụng được rộng rãi trong điều kiện hiện nay.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Học Đăng** (2020), Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp khúc nối bể thận- niệu quản qua nội soi sau phúc mạc, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II Đại học y Hà Nội Hà Nội
2. **Ngô Đại Hải** (2014), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối niệu quản - bể thận kiểu cắt rời Luận án tiến sĩ y học Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh Thành phố Hồ Chí Minh
3. **Nguyễn Việt Hoa** (2010), Đánh giá kết quả theo dõi xa tạo hình bể thận niệu quản theo phương pháp Anderson - Hynes, Luận văn Tiến sĩ Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Đức Minh** (2020), Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hội chứng hẹp khúc nối bể thận- niệu quản Luân án tiến sĩ, Học Viên Quân Y Hà Nội.
5. **Phạm Ngọc Thạch** (2012), "Tạo hình khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ em có dùng thông JJ", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh tr. tr. 211-215.
6. **Chiancone F, Fedelini M và Pucci L** (2017), "Laparoscopic management of recurrent ureteropelvic junction obstruction following pyeloplasty: a single surgical team experience with 38 cases", Int Braz J Urol.
7. **Martina GR** (2011), "A single institute's experience in retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: Results with 86 consecutive patient", J Endourol
8. **Singh O** (2010), "Laparoscopic dismembered pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction: experience with 142 cases in a high-volume center", J Endourol.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRƯỚC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Quốc Hoà<sup>1,2</sup>, Trần Trung Thành<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là một trong những bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn phổ biến nhất mắc phải trong cộng đồng và trong bệnh viện. Khoa Ngoại Tiết niệu của bệnh viện Đại học Y Hà Nội hàng năm ước tính điều trị từ 200 đến 300 bệnh nhân NKTN cấy dương tính với vi khuẩn. Trong số đó chủ yếu là điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cho các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật. Tuy nhiên hiện chưa có báo cáo cụ thể về nhóm bệnh nhân này. Mục đích của nghiên cứu là mô tả các đặc điểm và kết quả điều trị của các bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ. Chúng tôi tiến hành hồi cứu mô tả 101 bệnh nhân nhập viện điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trước phẫu thuật có kết quả cấy nước tiểu dương tính tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong thời gian từ tháng 1/2023 đến hết tháng 6/2023. Lấy mẫu thuận tiện không xác suất các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $57,87 \pm 11,5$  tuổi. Nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ là 1,3. Tuổi nam giới và nữ giới không có sự khác biệt. NKTN ở bệnh nhân trước phẫu thuật chủ yếu do *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* gây ra và có xu hướng kháng kháng sinh đáng báo động đặc biệt ở nhóm betalactam. Nhóm aminoglycosid hiện có tỷ lệ nhạy cảm cao với cả hai chủng gây bệnh này. Số ngày điều trị nội trú trung

bình  $19,14 \pm 13,64$  ngày. Số ngày điều trị trung bình đến âm tính (bao gồm cả thời gian điều trị ngoại trú) là  $22,38 \pm 20,56$  ngày. Thời gian điều trị nội trú kéo dài ở những bệnh nhân đa kháng hoặc toàn kháng làm tăng chi phí điều trị và tiềm ẩn nguy cơ lây nhiễm chéo. Cấy nước tiểu là xét nghiệm cần phải làm trước tất cả các phẫu thuật nội soi qua đường tiết niệu và điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu cần phải tuân thủ theo kháng sinh đồ. Dẫn lưu thận là thủ thuật an toàn hiệu quả trong điều trị ứ mủ thận. **Từ khóa:** nhiễm khuẩn tiết niệu, trước phẫu thuật

### SUMMARY

#### RESULTS OF PRE-SURGICAL URINARY INFECTION TREATMENT AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Urinary tract infections (UTIs) are one of the most common bacterial infections acquired in the community and in hospitals. The Department of Urology of Hanoi Medical University Hospital annually estimates that it treats 200 to 300 UTI patients with positive bacterial cultures. Among them, the main treatment is urinary infections for patients requiring surgery. However, there are currently no specific reports on this group of patients. The purpose of the study is to describe the characteristics and treatment results of patients with UTIs before surgery. We retrospectively described 101 patients hospitalized for preoperative treatment of urinary tract infections with positive urine culture results at Hanoi Medical University Hospital during the period from January 2023 to the end of June 2023. Non-probability convenience sampling of patients eligible for the study. The average age of the study group is  $57.87 \pm 11.5$  years old. Females outnumber males with a ratio

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hoà

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.9.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.10.2023

Ngày duyệt bài: 7.11.2023