

khuẩn đa kháng kháng sinh, có các thủ thuật xâm lấn, nhiều bệnh nền, hệ miễn dịch suy yếu, và sử dụng kháng sinh kéo dài... Chính vì nguồn bệnh của khoa đến từ nhiều nơi hầu hết là bệnh nặng cho thấy sự phức tạp và tình hình kháng thuốc của vi khuẩn ngày càng nghiêm trọng hơn. Thực tế rất nhiều người bệnh mua thuốc kháng sinh, tự điều trị không qua chẩn đoán và theo phác đồ của bác sĩ. Việc lạm dụng và sử dụng kháng sinh với liều lượng và thời gian không hợp lý, không đúng cách dẫn đến tình trạng kháng thuốc ngày càng tăng. Người bệnh nhập viện, nằm viện lâu từ tuyến dưới chuyển lên các tuyến trên làm gia tăng gánh nặng kháng thuốc và tạo điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn biến đổi thành các chủng đa kháng và lây lan nhanh chóng.

V. KẾT LUẬN

Klebsiella pneumoniae phân lập từ các bệnh nhân Khoa Hồi sức cấp cứu có tỷ lệ đề kháng cao với đa số kháng sinh kể cả nhóm carbapenem và tỷ lệ nhạy cảm là 41,3% với ceftazidime/avibactam cho thấy tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn ngày càng tăng báo động. Do vậy, trong quá trình điều trị, xác định độ nhạy cảm của vi khuẩn đối với các loại kháng sinh, đặc biệt là những vi khuẩn đa kháng với các loại kháng sinh mới như ceftazidime/avibactam là điều hết sức quan trọng. Điều này sẽ giúp lựa chọn kháng sinh phù hợp và hạn chế tình trạng kháng thuốc phát triển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mancuso G, Midiri A, Gerace E and Biondo C.** Bacterial Antibiotic Resistance: The Most Critical Pathogens. *Pathogens*. 2021; 10(10). 10.3390/pathogens10101310.
- Bassetti M, Magnè F, Giacobbe DR, Bini L and Vena A.** New antibiotics for Gram-negative pneumonia. *Eur Respir Rev*. 2022; 31(166). 10.1183/16000617.0119-2022.
- Nguyễn Quang Huy, Lê Thị Thu Ngân, Võ Thị Hà và cộng sự.** Tình hình đề kháng kháng sinh của *Klebsiella pneumoniae* tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương giai đoạn 2019 - 2022. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023; 527(2). 10.51298/vmj.v527i2.5871.
- Seifi K, Kazemian H, Heidari H, et al.** Evaluation of Biofilm Formation Among *Klebsiella pneumoniae* Isolates and Molecular Characterization by ERIC-PCR. *Jundishapur J Microbiol*. 2016; 9(1):e30682. 10.5812/jjm.30682.
- Bùi Thị Hương Giang và cộng sự.** Đặc điểm kháng kháng sinh và các yếu tố nguy cơ tử vong của nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí y học Việt Nam*. 2022; 515, 10.51298/vmj.v515i1.2666.
- Santevecchi BA, Smith TT and Macvane SH.** Clinical experience with ceftazidime/avibactam for treatment of antibiotic-resistant organisms other than *Klebsiella pneumoniae*. *Int J Antimicrob Agents*. 2018; 51(4):629-635. 10.1016/j.ijantimicag.2018.01.016.
- Gaibani P, Giani T, Bovo F, et al.** Resistance to Ceftazidime/Avibactam, Meropenem/Vaborbactam and Imipenem/Relebactam in Gram-Negative MDR Bacilli: Molecular Mechanisms and Susceptibility Testing. *Antibiotics (Basel)*. 2022; 11(5). 10.3390/antibiotics11050628.

BIẾN ĐỔI GIẢI PHẪU NIỆU QUẢN SAU TÍNH MẠCH CHỦ DƯỚI VÀ HỆ QUẢ

Nguyễn Ngọc Ánh¹, Trần Quốc Hòa^{1,2}, Đậu Xuân Yên¹, Phan Văn Hậu¹, Hoàng Văn Sơn¹, Trần Xuân Quang²

TÓM TẮT

Mục đích của nghiên cứu: Đánh giá sự biến đổi giải phẫu niệu quản sau tính mạch chủ dưới và kết quả phẫu thuật nội soi tạo hình niệu quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 46,45 ± 12,44 tuổi, nhóm tuổi 20 - 50 là cao nhất (55,0%); Nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là 2.1/1; Độ ứ

nước thận chủ yếu là độ II chiếm 67,5%; Đặc điểm type tổn thương giải phẫu niệu quản là type I với 97,5%; Phẫu thuật nội soi tạo hình niệu quản chiếm 95% với thời gian trung bình phẫu thuật là 97,2 ± 27,4 phút; Thời gian trung bình nằm viện sau mổ là 5,7 ± 1,2 ngày.

Từ khóa: niệu quản sau tính mạch chủ, phẫu thuật nội soi, dị tật bẩm sinh

SUMMARY

ANATOMICAL CHANGES OF THE RETROCAVAL URETER AND THE CONSEQUENCES

Purpose: Evaluate the anatomical changes of the retrocaval ureter and the results of laparoscopic ureteroplasty at Hanoi Medical University Hospital. **Research results:** The average age of the study

¹Trường Đại Học Y Hà Nội
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Hòa
Email: bshoadhy@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.11.2023
Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023
Ngày duyệt bài: 5.01.2024

patient group was 46.45 ± 12.44 years old, the age group 20 - 50 was the highest (55.0%); Men predominate with a male/female ratio of 2.1/1; The degree of hydronephrosis is mainly grade II, accounting for 67.5%; Characteristics of type of ureteral anatomical damage are type I with 97,5%; Laparoscopic ureteroplasty accounts for 95% with an average surgical time of 97.2 ± 27.4 minutes; The average hospital stay after surgery was 5.7 ± 1.2 days

Keywords: retrocaval ureter, laparoscopic surgery, congenital malformations

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp với tỷ lệ khoảng 1/1000 người¹. Các nghiên cứu về phôi thai học cho thấy đây thực chất là một bất thường trong quá trình hình thành tĩnh mạch chủ dưới vào tuần thứ 6 đến thứ 8 của phôi thai. Trước đây phẫu thuật mở tạo hình niệu quản là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Ngày nay với xu hướng phát triển kỹ thuật nội soi điều trị bệnh lý tiết niệu. Năm 1994, Baba đã giới thiệu ca kỹ thuật phẫu thuật nội soi qua ổ bụng tạo hình niệu quản sau tĩnh mạch chủ, đến năm 1999, Salomon lần đầu tiên ứng dụng nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới². Nghiên cứu của Mao và cộng sự (2017) so sánh phẫu thuật nội soi sau phúc mạc và mổ mở cho thấy nhiều ưu điểm: thời gian phẫu thuật ngắn hơn, lượng máu mất trong mổ ít, giảm thời gian nằm viện và hồi phục sau mổ cho bệnh nhân. Về mặt giải phẫu học, bệnh lý niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới có nhiều biến thể, trong đó ở người dị tật này được chia làm 5 biến thể³ và phổ biến nhất thường được chia thành 2 type. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Biến đổi giải phẫu niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới và hệ quả".

II. ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU NIỆU QUẢN ĐI SAU TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI

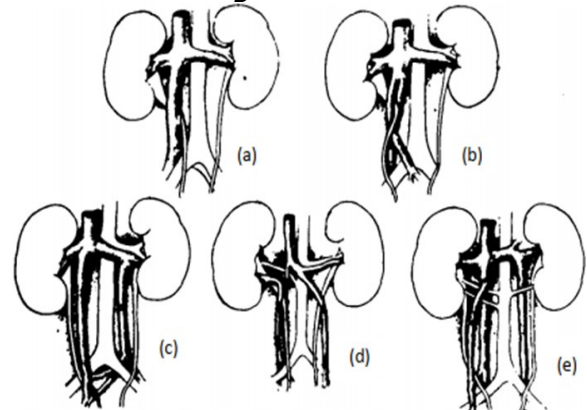
Kể từ mô tả đầu tiên của Hochstetter vào năm 1893⁴, khoảng 250 trường hợp niệu quản sau tĩnh mạch chủ đã được báo cáo trên toàn thế giới. Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là một dị tật bẩm sinh rất hiếm gặp; tỷ lệ mắc bệnh là 1 trên 1000 dân số đã được báo cáo¹, với tỷ lệ hiện mắc khoảng 0,06%. Bệnh phổ biến hơn ở nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ = 3:1) và phổ biến hơn ở niệu quản phải. Nhưng có thể xuất hiện ở bên trái trong những trường hợp đảo ngược phủ tạng hoặc sự nhân đôi của tĩnh mạch chủ dưới (IVC).

Theo Huntington và McClure⁵, về mặt lý thuyết có khả năng xảy ra 15 dạng IVC tiền niệu khác nhau, chỉ có 5 biến thể được mô tả ở người

(Hình 1 và 2), và 12 dạng còn lại được quan sát thấy ở động vật.

	Possible mechanism
Group I Figure 1(a)	Unilateral right-sided single preureteric vena cava. Persistence of the right postcardinal vein, disappearance or failure of development of the right supracardinal vein.
Group II Figure 1(b)	Unilateral right-sided double Inferior Vena Cava. Ureter between the two veins. Persistence of the right supracardinal vein and of the right postcardinal vein.
Group III Figure 1(c)	Bilateral, single Inferior Vena Cava, the right being preureteric and the left postureteric. Persistence of the right postcardinal vein and the left supracardinal vein.
Group IV Figure 1(d)	Bilateral single preureteric Inferior Vena Cava. Persistence of the right and left postcardinal veins.
Group V Figure 1(e)	Double right vena cava, ureter between the two veins, single postureteric left vena cava. Persistence of the right supracardinal and postcardinal veins as well as of the left supracardinal vein.

Hình 1. Các biến thể của tĩnh mạch chủ dưới trước niệu quản ở người theo Huntington và McClure³

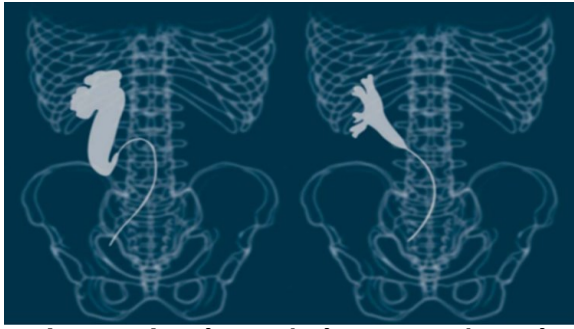


Hình 2. Hình minh họa 5 loại niệu quản sau tĩnh mạch chủ ở người³

Đến năm 1969, dựa vào hình ảnh trên phim chụp niệu đồ tĩnh mạch, Bateson và Atkinson chia niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới thành 2 loại và cách phân loại này vẫn còn được áp dụng đến ngày nay:

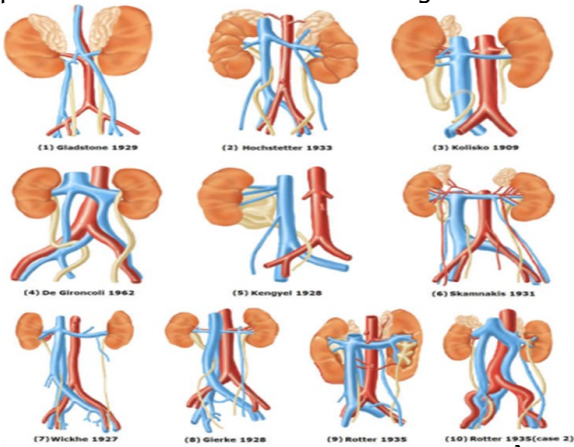
Type I, gọi là loại "vòng thấp" (Low Loop): có hình ảnh chữ S, chữ J hay hình móc câu của niệu quản khi tắc nghẽn. Một số tác giả gọi hình ảnh này hình "đuôi cá". Loại này hay gặp và chiếm tỷ lệ 90%. Trong loại này thường gây ứ nước thận mức độ vừa đến nặng, tỷ lệ thận giãn ứ nước chiếm 50%⁶.

Type II thường ít gặp hơn, gọi là loại "vòng cao" (High Loop): với vị trí bị tắc nghẽn ở mức cao và hình ảnh đặc trưng là niệu quản cong hình lưỡi liềm. Đa phần trường hợp gặp ở nam, vào thập kỷ thứ hai, thứ ba và thứ tư của cuộc đời.



Hình 3. Hình ảnh mô tả 2 type niệu quản sau TMCD của Bateson và Atkinson⁶

Salonia (2006) đã mô phỏng lại 10 thể lâm sàng phổ biến từ các báo cáo ca lâm sàng trước đó:



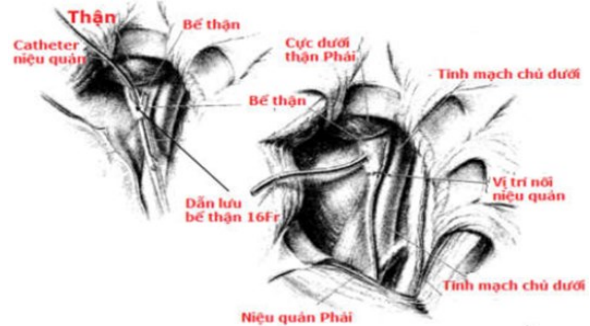
Hình 4. Hình ảnh mô phỏng lại 10 thể lâm sàng niệu quản sau TMCD của Salonia⁷

Nguyên nhân của niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới vẫn chưa rõ ràng, nhưng một số tác giả đã báo cáo rằng việc mẹ tiếp xúc với các hoá chất như monomethyl ether có thể liên quan đến sự phát triển của dị tật này. Các dị tật bẩm sinh đồng thời đôi khi có liên quan, chẳng hạn như thận móng ngựa, tĩnh mạch chủ kép, thiếu ống dẫn tinh bẩm sinh, lỗ tiểu thấp, bất sản thận, dính khớp ở cả hai bàn chân, và hội chứng Goldenhar⁸. Bệnh nhân thường không có triệu chứng cho đến tuổi ba mươi, khi bệnh thường biểu hiện bằng các cơn đau thắt lưng phải, tiểu máu và/hoặc nhiễm trùng đường tiết niệu tái phát (UTI)¹. Về mặt cổ điển, tiếp theo là chụp niệu đồ tĩnh mạch (IVP), Chụp cắt lớp vi tính (CT) bụng có tiêm thuốc hoặc Chụp cộng hưởng từ (MRI). Tất cả sẽ xác định hình ảnh "lưỡi câu cá", niệu quản hình chữ "J" hoặc "S" đảo ngược⁸.

III. PHẪU THUẬT TẠO HÌNH NIỆU QUẢN ĐIỀU TRỊ NIỆU QUẢN SAU TĨNH MẠCH CHỦ

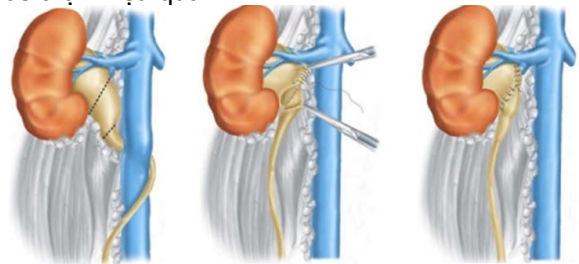
Phẫu thuật mở tạo hình niệu quản được coi là tiêu chuẩn vàng trước những năm 1990. Kỹ thuật

phẫu thuật mở đầu tiên được công bố bởi Harrill năm 1940, sau này được gọi là phương pháp Harrill⁹. Đặc điểm của phương pháp này là giữ lại được nguồn cung cấp mạch máu cho niệu quản vùng làm giảm nguy cơ hẹp sau phẫu thuật.



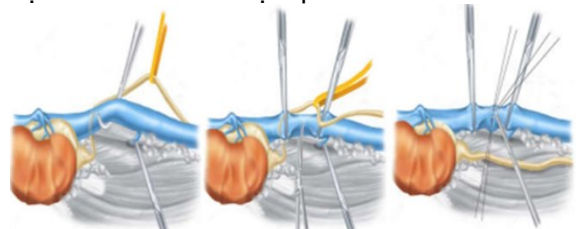
Hình 5. Phẫu thuật mở tạo hình niệu quản của Harrill⁹

Đến năm 1994, Puigert xây dựng một kỹ thuật phẫu thuật mới cắt rời niệu quản ở ngang mức mào chậu và ngay trên ngã ba, loại bỏ đoạn niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới, chỉ giữ lại đoạn niệu quản bình thường sau đó tạo hình lại bể thận niệu quản¹⁰.



Hình 6. Phẫu thuật mở tạo hình niệu quản của Puigert

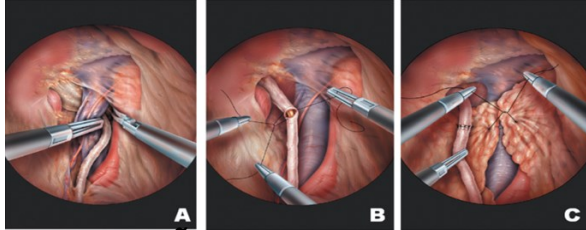
Ngoài ra, một phương pháp khác trước đó đã được Goodwin và cộng sự (1957) đề xuất với các tiếp cận tĩnh mạch chủ dưới, thực hiện thắt và cắt rời tĩnh mạch chủ dưới đoạn xa rốn thận, di động niệu quản sau đó tái lập lưu thông tĩnh mạch chủ dưới sau niệu quản.



Hình 7. Phẫu thuật mở tạo hình niệu quản của Goodwin và cộng sự

Tuy nhiên, trong 10 năm qua, những đột phá về công nghệ cùng với sự phát triển mạnh mẽ của các phẫu thuật nội soi xâm lấn tối thiểu đã gần như thay thế phẫu thuật mở. Sau đó,

phẫu thuật nội soi cắt bỏ bể thận để điều trị hẹp chỗ nối bể thận niệu quản đã được Schuessler và cộng sự báo cáo vào năm 1993, chuyển vị qua nội soi và nối lại niệu quản bao quanh cũng được thực hiện. Wickham (1979) là người tiên phong thực hiện phẫu thuật nội soi sau phúc mạc để cắt niệu quản.



Hình 8. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản của Rodrigo Vieirales

Theo thống kê, phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cho thời gian phẫu thuật ngắn hơn, với thời gian ngắn nhất là 60 phút, trung bình 82 phút của Li và cộng sự (2010), dài nhất là 160 phút, trung bình 131 phút của Ricciardulli và cộng sự (2016).

Tại Việt Nam, báo cáo đầu tiên ứng dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới được Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2007) thực hiện trên 2 bệnh nhân. Trong đó, trường hợp một là bệnh nhân nam, 31 tuổi, niệu quản dính chặt vào tĩnh mạch chủ dưới cho nên tác giả quyết định để lại đoạn niệu quản hẹp sau tĩnh mạch chủ dưới, cắt niệu quản tại 2 vị trí và tạo hình bể thận - niệu quản. Trường hợp hai là một bệnh nhân nữ, 48 tuổi, có sỏi bể thận đi kèm, phẫu tích niệu quản khỏi tĩnh mạch chủ dưới dễ dàng, do đó, tác giả chọn vị trí cắt là đoạn niệu quản giãn, tiến hành tạo hình bể thận- niệu quản.

Năm 2016, Đỗ Trường Thành và cộng sự đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc trên 12 bệnh nhân niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới. Kết quả phẫu thuật tốt là 91,67%, tương đương với phẫu thuật mở, nhưng rút ngắn được thời gian nằm viện và mang tính thẩm mỹ cao hơn.



Hình 9. Hình ảnh giải phẫu niệu quản trên giải phẫu tử thi

IV. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

4.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới có chỉ định điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật tạo hình chuyển vị niệu quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được hẹp niệu quản do niệu quản biến đổi đi sau tĩnh mạch chủ dưới.
- Không có nhiễm khuẩn tiết niệu.
- Đầy đủ hồ sơ bệnh án và đáp ứng được yêu cầu của nghiên cứu.
- Bệnh nhân, gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có chống chỉ định của gây mê nội soi như các bệnh lý về hô hấp, bệnh lý tim mạch...
- Rối loạn đông máu.

4.2. Phương pháp nghiên cứu

• **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu các bệnh nhân được chẩn đoán niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới và phẫu thuật tạo hình chuyển vị niệu quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

• **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn cỡ mẫu thuận tiện.

• **Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập trong quá trình điều trị từ bệnh án thường hoặc bệnh án điện tử của bệnh nhân lưu trữ tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Quản lý số liệu bằng phần mềm Excel 2011; Các số liệu được xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 20.0; Tính tỷ lệ theo %; So sánh 2 tỷ lệ dùng test χ^2 , có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

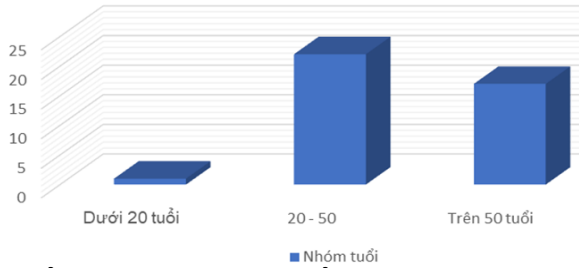
• **Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài nghiên cứu theo phương pháp mô tả nên không ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân hoàn toàn được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích khoa học. Quy trình phẫu thuật đã được thông qua tại hội đồng đạo đức và hội đồng chuyên môn bệnh viện.

V. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 40 bệnh nhân được chẩn đoán niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới có chỉ định điều trị ngoại khoa bằng phẫu thuật tạo hình chuyển vị niệu quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi thu được kết quả như sau:

5.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

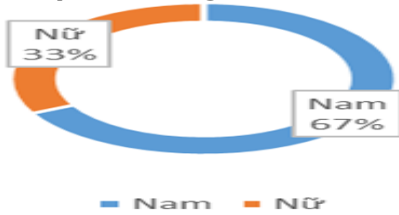
5.1.1. Đặc điểm về tuổi



Biểu đồ 1. Phân loại tuổi bệnh nhân

Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 46,45 ± 12,44 tuổi. Tuổi lớn nhất là 68 tuổi, nhỏ nhất là 15 tuổi. Lứa tuổi phổ biến nhất là từ 20 – 50 tuổi có 22 bệnh nhân, chiếm 55,0%.

5.1.2. Đặc điểm về giới



Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới

Tỷ lệ phân bố giới tính gặp ở nam là chủ yếu với 27 bệnh nhân chiếm 67,5% và nữ có 13 bệnh nhân chiếm 32,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 2.1/1.

5.1.3. Tiền sử phẫu thuật

Bảng 1. Tiền sử phẫu thuật

Tiền sử	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Khoẻ mạnh	33	82,5
Tán sỏi tiết niệu	5	12,5
Phẫu thuật vùng chậu hông	2	5,0
Tổng	40	100

Bệnh nhân có tiền sử khoẻ mạnh có 33 bệnh nhân, chiếm 82,5%. Có 5 bệnh nhân đã từng tán sỏi tiết niệu chiếm 12,5%.

5.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Đau thắt lưng	34	85,0
Triệu chứng đường tiểu dưới	5	12,5
Tình cờ khám sức khoẻ	1	2,5

Bệnh nhân có triệu chứng đau thắt lưng hông âm ỉ chiếm tỉ lệ cao nhất 85,0%. Các biểu hiện lâm sàng triệu chứng đường tiểu dưới bao gồm đái buốt, đái rắt, đái đục chiếm tỉ lệ 12,5%.

Bảng 3. Phân độ ứ nước thận

Phân độ	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
I	10	25,0
II	27	67,5
III	3	7,5
IV	0	0,0

Tất cả bệnh nhân đều có giãn đài bể thận. Độ ứ nước thận độ II chiếm chủ yếu với 27 bệnh nhân, chiếm 67,5%. Không có bệnh nhân nào có ứ nước thận độ IV.

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm nước tiểu

Chỉ số	n	%
Bạch cầu	Có	16 (40,0)
	Không	24 (60,0)
Hồng cầu	Có	8 (20,0)
	Không	32 (80,0)
Nitrit niệu	Dương tính	3 (7,5)
	Âm tính	37 (92,5)
Tổng	40	100,0

Có 16 bệnh nhân có bạch cầu niệu 100 - 500/ml, 2 bệnh nhân có nitrit niệu dương tính và 8 bệnh nhân có hồng cầu niệu.

Bảng 5. Phân loại type tổn thương của Bateson và Atkinson

Type	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
I	39	97,5
II	1	2,5

5.3. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 6. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Phẫu thuật nội soi	38	95,0
Phẫu thuật mở	2	5,0

Bảng 7. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
60 – 120 phút	34	85,0
120 – 180 phút	4	10,0
> 180 phút	2	5,0
Thời gian phẫu thuật trung bình	97,2 ± 27,4 phút	

Thời gian phẫu thuật trung bình là 97,2 ± 27,4 phút, trong đó thời gian mổ 60 - 120 phút chiếm chủ yếu với 34 bệnh nhân, chiếm 85%.

Bảng 8. Tai biến trong mổ

Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rách phúc mạc	3	7,5
Tràn khí dưới da	2	5,0
Tổn thương tĩnh mạch chủ	0	0
Chuyển mổ mở	2	5,0

Có 7 bệnh nhân xảy ra tai biến trong mổ gồm 3 bệnh nhân rách phúc mạc, 2 bệnh nhân tràn khí dưới da vùng mổ và 2 trường hợp phải chuyển mổ mở.

5.4. Đặc điểm sau mổ và biến chứng sau mổ.

Bảng 9. Các đặc điểm sau mổ

Đặc điểm	Trung bình
Thời gian nằm viện sau mổ	5,7 ± 1,2 ngày
Thời gian rút dẫn lưu	3,8 ± 0.7 ngày

Bệnh nhân có thời gian nằm viện trung bình sau mổ là 5,7 ± 1,2 ngày và được rút dẫn lưu sau 3,8 ± 0.7 ngày.

Bảng 10. Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ phần trăm (%)
Rò nước tiểu	2	5,0
Chảy máu	1	2,5
Nhiễm trùng vết mổ	0	0,0
Đau thần kinh cơ	0	0,0

Chúng tôi gặp 3 trường hợp biến chứng sau mổ gồm 2 trường hợp rò nước tiểu và 1 trường hợp chảy máu ở bệnh nhân dùng chống đông sớm sau mổ và sau đó tự cầm.

VI. BÀN LUẬN

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ dưới là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp xảy ra với tỷ lệ mắc khoảng 1 trên 1500 người với tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế gấp 3-4 lần trong các nghiên cứu khám nghiệm tử thi. Trường hợp quan sát đầu tiên về niệu quản sau tĩnh mạch chủ được Hochstetter mô tả vào năm 1893⁹. Mặc dù ban đầu được coi là một bất thường trong quá trình phát triển của niệu quản, tuy nhiên các nghiên cứu về phôi thai học đã cho thấy sự bất thường liên quan đến sự phát triển của tĩnh mạch chủ dưới.

Niệu quản sau tĩnh mạch chủ được phân thành hai loại lâm sàng. Loại I là phổ biến nhất và có thận ứ nước từ trung bình đến nặng trong khoảng 50% trường hợp có đoạn niệu quản giữa và niệu quản lệch hẳn về phía trong với biến dạng hình chữ S hoặc 'lưỡi câu'. Loại II có độ lệch vào trong niệu quản ít hơn với thận ứ nước nhẹ hoặc không kèm theo và chiếm khoảng 10% các trường hợp. Do đó, niệu quản sau tĩnh mạch chủ được xác định là một dị tật bẩm sinh hiếm gặp cần phải phẫu thuật chỉnh sửa ở bệnh nhân có triệu chứng⁷.

Siêu âm ổ bụng thấy thận ứ nước. UIV thường không thể hiện được niệu quản giữa và đoạn xa nên cần chụp niệu quản ngược dòng để xác định niệu quản và từ đó khẳng định chẩn đoán. Chụp CLVT có thể xác định các bất thường niệu quản và tĩnh mạch chủ dưới nên không cần chụp niệu quản ngược dòng và được coi là phương pháp được lựa chọn.

Điều trị bằng phẫu thuật và bao gồm việc cắt niệu quản và đặt lại vị trí phía trước tĩnh mạch chủ dưới. Phẫu thuật thường đi kèm với đặt sonde JJ bể thận – niệu quản – bàng quang. Đoạn phía sau tĩnh mạch chủ dưới có thể có nhu động sẽ được cắt bỏ hoặc để lại tại chỗ. Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc và sau phúc mạc của niệu quản sau tĩnh mạch chủ đã được mô tả mang lại lợi ích là thời gian nằm viện ngắn hơn và hồi phục sớm.

VII. KẾT LUẬN

Niệu quản sau tĩnh mạch là một dị tật bẩm sinh biểu hiện lâm sàng vào cuối thập kỷ thứ ba và thứ tư của cuộc đời. Có nhiều trường hợp có triệu chứng lâm sàng được báo cáo trên toàn thế giới và 40 trường hợp này cùng nhiều trường hợp khác đã được báo cáo tại Việt Nam. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình niệu quản đang là phương pháp phổ biến để điều trị bệnh lý này và mang lại hiệu quả cao cần được phổ cập ở các tuyến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gosavi H, Pd D, Nb M, Ss B.** Retrocaval ureter: an innocent bystander. Journal of clinical and diagnostic research: JCDR. 2014;8(5):ND05-06.
2. **Abdessater M, El Khoury R, Elias S, Bart S, Coloby P, Sleiman W.** Diagnosis and laparoscopic management of retrocaval ureter: A review of the literature and our case series. Int J Surg Case Rep. 2019;59:165-175.
3. **Elrashidy A, Ibrahim E, Mattar R, Eleiba M, Elshazly A, Elsharkawy S.** Retrocaval Ureter: A Case Series of Three Cases Managed with Uretroretrostomy. Open Journal of Urology. 2023;13(2):73-81.
4. **Hochstetter, F.** Beitrage zur entwicklungsgeschichte des venen-systems der Amnioten: III. Sauger Morph Jahrb. 1889.
5. **Huntington, S.S. and McClure, C.F.** The Development of the Veins in the Domestic Cat. The Anatomical Record. 1920:20.
6. **Bateson E.M., Atkinson D.** Circumcaval ureter: a new classification. Clin Radiol. 173-177.
7. **Salonia A, Maccagnano C, Lesma A, et al.** Diagnosis and Treatment of the Circumcaval Ureter. European Urology Supplements. 2006;5(5):449-462.
8. **Vásquez, C., Cisneros, M.B., Contreras, E.A., Lomelín, J.P., Figueroa, G.R. and Castro, G.A.** Uréterretrocavo. Anales Médicos de la Asociación Médica del Centro Médico ABC. 2005:50.
9. **Olson R.O., Austen G.** Postcaval ureter; report and discussion of a case with successful surgical repair. N Engl J Med. 963-968.
10. **Puigvert A., Idoipe J., Solis W.** Ureter retrocavo. A proposito de seis observaciones. Annales del la Fundacion Puigvert. 41-46.