

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN - NIỆU QUẢN

Trần Quốc Hòa<sup>1,2,✉</sup>, Phạm Văn Mạnh<sup>3</sup>, Vũ Đức Tuấn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Nghiên cứu được thực hiện trên 41 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) sau phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (BT - NQ) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2018 - 2023. Kết quả tại thời điểm 1 tháng sau mổ đạt tốt là chiếm 83%, trung bình chiếm 14,6%, xấu có chiếm 2,4%. Kết quả theo dõi xa sau mổ 29/41 bệnh nhân (chiếm 70,73%), đạt kết quả tốt là 82,8%, trung bình là 10,3%, xấu là 6,9%. Không có trường hợp nào có tai biến trong quá trình phẫu thuật. Biến chứng sau mổ: có 1/41 trường hợp có nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ, tuy nhiên chỉ cần điều trị nội khoa, diễn biến bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 6 sau mổ. Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo điều trị hẹp khúc nối BT - NQ đã đạt kết quả điều trị tốt, đồng thời vẫn giữ được đầy đủ các ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn.

**Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, hẹp khúc nối bể thận - niệu quản.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận niệu quản (BT - NQ) là dị tật bẩm sinh mà nguyên nhân do giải phẫu hoặc chức năng gây chít hẹp khúc nối làm cản trở lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản gây nên hiện tượng ứ nước thận.<sup>1</sup>

Bệnh lý khúc nối thực trạng là khúc nối bị hẹp (Ureteropelvic Junction Stricture) với các mức độ khác nhau dẫn đến tắc nghẽn lưu thông nước tiểu qua khúc nối với danh pháp quốc tế Ureteropelvic Junction Obstruction (UPJO), chúng tôi dùng cụm từ hẹp khúc nối bể thận - niệu quản nhằm bao hàm cả ngữ và nghĩa trên.<sup>2</sup>

Bệnh được mô tả lần đầu tiên trong Y văn thế giới bởi Jonston J. vào năm 1816.<sup>3</sup> Đến năm 1841, Rayer M.P mới mô tả đầy đủ đặc tính của bệnh, gọi là ứ nước thận bẩm sinh (Congenital

Hydronephrosis) và được công nhận rộng rãi.

Ở nước ta theo số liệu của Viện Nhi quốc gia, bệnh lý này đứng hàng thứ 2 trong số các dị tật tiết niệu - sinh dục chiếm tỷ lệ 11% nhưng là dị tật đứng hàng đầu của thận - tiết niệu, chiếm tỷ lệ 21% và trung bình hàng năm có khoảng 30 - 40 trẻ được điều trị phẫu thuật tạo hình.<sup>4</sup>

Phương pháp tạo hình cắt bỏ khúc nối hẹp và bể thận giãn, tạo hình lại bể thận niệu quản được Anderson và Hynes đưa ra lần đầu tiên năm 1949, đã được công nhận và sử dụng rộng rãi đến ngày nay.<sup>5</sup> Tuy sau này có một số cải biến vạt bể thận nhưng về cơ bản vẫn dựa trên nguyên tắc lấy bỏ đi phần bệnh lý và tạo hình khúc nối mới. Điều trị hẹp BT - NQ bằng phẫu thuật mở đã được nhiều tác giả trong nước đề cập đến.<sup>6</sup> Tuy nhiên, bệnh nhân chịu vết mổ lớn gây ảnh hưởng về thẩm mỹ, những sang chấn lớn về tâm lý 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 đó. Nội soi ổ bụng tạo hình bể thận niệu quản được mô tả lần đầu tiên vào năm

Tác giả liên hệ: Trần Quốc Hòa

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Email: bshoadhy@gmail.com

Ngày nhận: 21/09/2023

Ngày được chấp nhận: 10/10/2023

1993 bởi Schuessler.<sup>7</sup> Năm 1996, Jactschek G đã báo cáo sử dụng nội soi sau phúc mạc tạo hình BT-NQ.<sup>8</sup> Tác giả Tan HL là người đầu tiên thực hiện kỹ thuật mổ nội soi tạo hình BTNQ ở trẻ em bằng đường qua phúc mạc vào năm 1999.<sup>9</sup> Sau đó, chính tác giả đã báo cáo phẫu thuật nội soi bằng đường sau phúc mạc. Các báo cáo sau này chứng minh nội soi sau phúc mạc là một lựa chọn tốt thay thế phương pháp mổ mở truyền thống.

Tại Việt Nam, Vũ Nguyễn Khải Ca cũng đã mô tả tiến cứu trên 62 bệnh nhân được mổ nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản từ năm 2012 đến năm 2017 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt theo tiêu chuẩn chung là 88,71%.

Năm 2021, Hoàng Dũng Tô khi đánh giá kết quả sớm mổ nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp bể thận niệu quản trên 59 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ thành công là 96,6%.

Đánh giá được hiệu quả của các phương pháp điều trị này là rất quan trọng để cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất cho bệnh nhân. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục đích đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi

sau phúc mạc trong điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán là hẹp khúc nối bể thận niệu quản. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân bao gồm các bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận niệu quản bằng phương pháp nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 01/01/2018 đến 31/05/2023. Các bệnh nhân có đầy đủ dữ liệu về lâm sàng và cận lâm sàng.

Nghiên cứu hồi cứu mô tả thời gian khám lại sau mổ ở các mốc 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, không xác suất, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

Số liệu được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm Excel sau đó phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

Nghiên cứu đảm bảo đạo đức trong nghiên cứu y học, các thông tin của bệnh nhân được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ

### 1. Đặc điểm của nhóm đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi của đối tượng nghiên cứu (n = 41)**

	Đặc điểm về tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<i>Nhóm tuổi</i>	< 20	05	12,2
	20 - 29	15	36,6
	30 - 39	04	9,8
	40 - 59	11	26,8
	≥ 60	06	14,6
	Tuổi TB ± SD (Min - max)	37,46 ± 16,1 (12 - 70)	

## 2. Phương pháp phẫu thuật

**Bảng 2. Phương pháp xử lý đoạn hẹp trong mổ**

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Phẫu thuật cắt nối, tạo hình niệu quản	32	78
Phẫu thuật gỡ dính giải phóng chỗ hẹp	9	22
Tổng số	41	100

Có 78% BN được phẫu thuật cắt nối tạo hình niệu quản; 22% bệnh nhân được thực hiện gỡ

dính và giải phóng niệu quản.

## 3. Đặc điểm phương pháp phẫu thuật

**Bảng 3. Đặc điểm của phẫu thuật**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	TB ± SD (Min - Max): 99,88 ± 29,88 (30 - 200)	
Dẫn lưu sau phẫu thuật	41	100
Tai biến phẫu thuật	0	0
Sỏi thận cùng bên	5	12,2

Thời gian phẫu thuật trung bình của đối tượng nghiên cứu là 99,88 ± 29,88 phút, trong đó thời gian ngắn nhất là 30 phút và thời gian kéo dài nhất là 200 phút. Tất cả 41 bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu hố thận sau mổ (100%).

Không có trường hợp nào có tai biến trong quá trình phẫu thuật (0%).

## 4. Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc ngay sau mổ

**Bảng 4. Theo dõi hậu phẫu**

Đặc điểm	TB ± SD
Thời gian rút ống dẫn lưu (ngày)	4,15 ± 1,01 (2 - 6)
Thời gian rút Sonde tiểu (ngày)	3,5 ± 1 (2 - 6)
Thời gian dùng thuốc giảm đau (ngày)	3,5 ± 1 (2 - 6)
Thời gian điều trị sau mổ (ngày)	4,4 ± 1 (3 - 7)

Các đặc điểm đánh giá được sau khi phẫu thuật gồm:

- Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là 4,15 ± 1,01 ngày.

- Thời gian rút sonde tiểu trung bình là 3,5 ± 1 ngày.

- Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là 3,5 ± 1 ngày.

- Thời gian điều trị sau mổ trung bình là 4,4 ± 1 ngày.

## 5. Các biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu chúng tôi gặp 1/41 TH có NKTN sau mổ, tuy nhiên chỉ cần điều trị nội khoa, diễn biến bệnh nhân ổn định ra viện ngày thứ 6 sau mổ.

## 6. Đánh giá kết quả sau 1 và 3 tháng

Bảng 5. So sánh kích thước bể thận trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng

Thời điểm	TB ± SD	p
Trước phẫu thuật	32,02 ± 11,87	
Sau phẫu thuật 1 tháng (n = 41)	9,93 ± 8,78	< 0,05
Hiệu chênh lệch	22,1 ± 12,0	
Sau phẫu thuật 1 tháng (n = 29)	10,66 ± 9,03	< 0,05
Hiệu chênh lệch	22,69 ± 14,4	

Có sự khác biệt về kích thước bể thận trung bình trước phẫu thuật và sau khi phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng. Sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng thì kích thước bể thận trung bình giảm so

với trước phẫu thuật, có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Kết quả sau phẫu thuật được đánh giá theo tiêu chuẩn của Ngõ Đại Hải như sau

Bảng 6. Đánh giá kết quả sau mổ tạo hình khúc nối bể thận niệu quản

Đặc điểm	Tốt - Không chít hẹp khúc nối bể thận - niệu quản tạo hình	Trung bình - Đoạn nối tạo hình hẹp không hoàn toàn	Xấu
Lâm sàng	Không có triệu chứng. Khám không sờ thấy thận to.	Thỉnh thoảng còn triệu chứng: - NKTN hoặc đau bụng hạ sườn. - Khám có thể sờ thấy thận to.	Nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn. Khám sờ thấy thận to.
Siêu âm	Cải thiện so với trước phẫu thuật: Độ dày nhu mô thận tăng. Kích thước đài bể thận nhỏ lại so với trước mổ. Độ giãn của thận giảm so với trước mổ	Độ dày nhu mô thận không tăng hoặc tăng không đáng kể. Đài, bể thận giãn. Kích thước bể thận giảm không đáng kể.	Nhu mô thận mỏng. Đài bể thận giãn, không cải thiện so với trước mổ. Độ giãn thận không giảm hoặc tăng.
Chụp CLVT đa dãy (được chỉ định trong các trường hợp siêu âm nghi ngờ hẹp tài phát)	Chức năng thận phục hồi. Đài, bể thận nhỏ lại so với trước mổ. Giảm độ giãn của thận.	Ngấm thuốc và đào thải thuốc không cải thiện hoặc cải thiện ít so với trước mổ. Đài và hoặc bể thận giãn không giảm. Độ giãn thận không giảm.	Đài bể thận giãn không cải thiện so với trước mổ. Nhu mô thận mỏng. Lưu thông thuốc qua khúc nối kém không cải thiện. Thận không ngấm thuốc.

**Bảng 7. Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn chung tại thời điểm hiện tại (n = 29)**

Tiêu chuẩn chung		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Tại thời điểm sau 1 tháng (n = 41)	Tốt	34	83
	Trung bình	6	14,6
	Xấu	1	2,4
Tại thời điểm hiện tại (n = 29)	Tốt	24	82,8
	Trung bình	03	10,3
	Xấu	02	6,9

Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn chung tại thời điểm gọi khám lại (hiện tại), ta thấy:

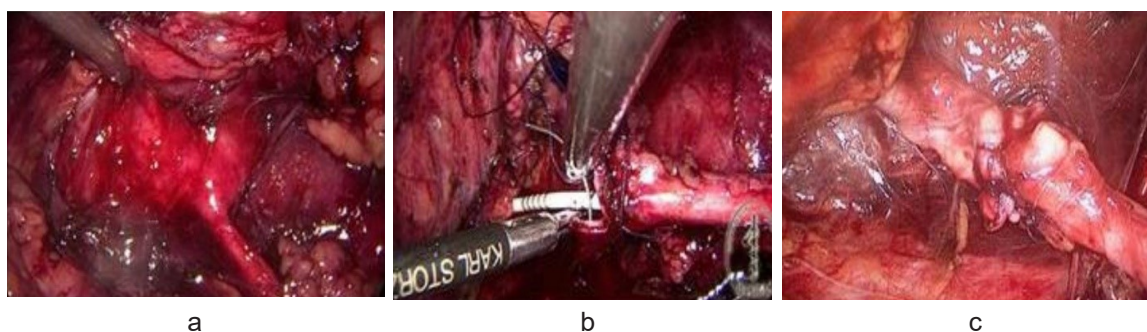
- 82,8% bệnh nhân có kết quả tốt, Các trường hợp này cải thiện tốt về lâm sàng, siêu âm. Có 1 bệnh nhân chụp lại CLVT cho kết quả tốt.

- 10,3% có kết quả trung bình, các trường hợp này kết quả siêu âm lại chưa cải thiện so với trước mổ nhưng không có biểu hiện lâm sàng.

- 6,9% có kết quả xấu. Trong đó, có 1 Bệnh nhân mổ chuyển vị niệu quản ra trước được mổ lại sau 6 tháng, 1 bệnh nhân vẫn hẹp niệu quản chỗ khâu nối thay sonde JJ lần 2 nhưng dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng không cải thiện.

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối có tỷ lệ thành công tương đương với phẫu thuật mở thậm trí cao hơn và có nhiều ưu điểm như: Hậu phẫu đỡ nặng nề hơn, tính thẩm mỹ cao, tỷ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện và thời gian hồi phục ngắn, giảm chi phí điều trị. Phẫu thuật nội soi tạo hình khúc nối không chỉ khắc phục được hạn chế của phương pháp cắt xẻ khúc nối nội soi trong các trường hợp như hẹp khúc nối với thận ứ nước lớn, đoạn hẹp dài, do mạch máu bất thường chèn ép mà còn được áp dụng hiệu quả trong một số trường hợp không can thiệp được bằng các phương pháp khác.<sup>10</sup>



**Hình 1. Khâu nối trong mổ (BN Nguyễn Đình M. MHS 2106110841)**

a. Khúc nối bị hẹp; b. Khâu tạo hình khúc nối bề thận niệu quản trên sonde JJ;  
c. Kết quả sau khâu nối

## 1. Các kỹ thuật tạo hình trong phẫu thuật nội soi

### *Các kỹ thuật tạo hình không cắt rời*

- Foley Y-V: kỹ thuật này thường được sử dụng trong trường hợp niệu quản cắm cao vào bể thận mà bể thận không giãn to hoặc khi khúc nối hẹp ngắn. Foley Y-V ít có giá trị trong trường hợp bể thận giãn to cần phải xén nhỏ. Tsivian đề xuất kỹ thuật Y-V cải biên nhằm thu gọn bể thận giãn, ông thực hiện kỹ thuật này trên 3 bệnh nhân với thời gian mổ từ 150 - 240 phút, theo dõi hậu phẫu ổn định, tỷ lệ thành công 100%.<sup>11</sup>

- Fenger: kỹ thuật này thường được áp dụng trong trường hợp khúc nối hẹp đoạn ngắn, không có mạch máu bất thường và niệu quan không cắm cao vào bể thận. Ưu điểm là thời gian mổ ngắn do ít phải khâu nối. Nhược điểm là làm xoắn vặn khúc nối, có thể gây hẹp tái phát.

- Davis: kỹ thuật này thường được áp dụng cho trường hợp hẹp khúc nối mà bể thận nhỏ hoặc bể thận nội xoang. Kỹ thuật này hiện nay ít được sử dụng.

- Vạt xoay của bể thận (Culp. Scardino): kỹ thuật này thường được áp dụng trong trường hợp hẹp khúc nối mà bể thận giãn to. Kỹ thuật này cũng ít được sử dụng.

### *Kỹ thuật tạo hình cắt rời*

Ưu điểm của các kỹ thuật này là cắt bỏ được khúc nối bệnh lý, cắt nhỏ bể thận tạo hình phễu nhằm giúp sự thoát nước tiểu thuận lợi hơn. Anderson và Hynes (1949) trong khi điều trị bệnh lý niệu quản nằm sau tĩnh mạch chủ dưới bẩm sinh, đã trình bày một phương pháp cắt bỏ hẳn khúc nối, xén bớt phần bể thận giãn, nối lại niệu quản vào bể thận phía trước tĩnh mạch chủ dưới. Trong báo cáo này 2 tác giả cũng ghi chú là từng làm như vậy với bệnh lý khúc nối. Tuy sau này không có báo cáo, nhưng lịch sử đặt tên cho phương pháp này là Anderson -

Hynes.<sup>5</sup> Ưu điểm của phương pháp này là lấy bỏ toàn bộ phần BT - NQ bệnh lý, tạo hình khúc nối mới là tổ chức lành đảm bảo chức năng đào thải nước tiểu từ BT xuống NQ. BT cắt theo hình chữ L, theo tác giả với đường cắt này thì mẫu BT ở dưới hướng về phía rốn thận giống như "lòng máng" hứng nước tiểu từ rốn thận. NQ lành đưa lên ở vị trí thẳng đứng song song với rốn thận.

Một điểm khó khăn khi áp dụng kỹ thuật cắt rời là vấn đề khâu nối trong cơ thể nhất là khoang sau phúc mạc, đặc biệt trên các bệnh nhân thể trạng béo, BT viêm dính nhiều, BT giãn lớn phải tiến hành cắt đoạn khúc nối hẹp, cắt bớt BT giãn làm kéo dài thời gian mổ so với các kỹ thuật không cắt rời. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3/41 TH có thời gian phẫu thuật trên 120 phút.

## 2. Tai biến trong mổ và biến chứng hậu phẫu

Các tác giả thực hiện PTNS sau phúc mạc với số lượng lớn bệnh nhân đều ghi nhận không có biến chứng trong mổ, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào xảy ra các tai biến trong phẫu thuật.

Các biến chứng hậu phẫu gồm chảy máu sau mổ, NKTN, rò nước tiểu.

Chảy máu sau mổ trong các nghiên cứu về phẫu thuật mổ mở theo Vũ Lê Chuyên là 2/47 chiếm 4,25%, theo Nguyễn Khắc Lợi là 3/68 chiếm 4,41%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào.

NKTN theo Vũ Lê Chuyên là 4/47 trường hợp chiếm 8,5% bệnh nhân có sốt cao và rò rỉ vết mổ, theo Nguyễn Khắc Lợi là 7/11 trường hợp chiếm 63,63%, BN có sốt và rò rỉ vết mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1/41 trường hợp chiếm 2,4% có NKTN sau mổ, tuy nhiên chỉ cần điều trị nội khoa sau mổ BN ổn định.

Rò nước tiểu theo Martina có 6 trường hợp rò nước tiểu sau mổ điều trị bảo tồn thì



ổn.<sup>12</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào.

### 3. Xử trí sỏi thận kết hợp trong bệnh lý hẹp khúc nối

Sỏi thận thứ phát thường gặp trong bệnh lý hẹp khúc nối. Hiện nay, việc lấy sỏi thận kết hợp trong PTNS sau phúc mạc tạo hình khúc nối qua là khả thi, hiệu quả.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có 5/41 trường hợp có sỏi kèm theo. Có 1 trường hợp phẫu thuật tạo hình kết hợp lấy sỏi bể thận. Còn 4 trường hợp còn lại vị trí sỏi ở cực dưới, kích thước nhỏ nên không xử trí gì thêm.

### 4. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu này là  $4,4 \pm 1$  ngày. Thời gian nằm viện sau mổ tương đương với nhiều tác giả. Desai (2004) 1,3 ngày, Zhang (2005) 7,6 ngày, nghiên cứu của chúng tôi là 4,4 ngày.<sup>13,14</sup>

### 5. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Đánh giá kết quả phẫu thuật thành công hay thất bại chúng tôi dựa vào các tiêu chuẩn bệnh nhân hết các triệu chứng lâm sàng, không có tắc nghẽn khúc nối trên cận lâm sàng (siêu âm kiểm tra độ giãn đài bể thận, chụp phim CLVT thấy cải thiện hình thể và chức năng thận).

Ở thời điểm 1 tháng: kết quả sau mổ đạt tốt là 34/41 chiếm 83%. Các bệnh nhân này sau mổ diễn biến ổn định, không đau thắt lưng, không có NKTN, không có rò nước tiểu, thời gian rút dẫn lưu từ 2 - 4 ngày. Siêu âm hệ tiết niệu có tăng độ dày nhu mô thận, giảm đường kính trước-sau bể thận. Kết quả trung bình là 6 bệnh nhân chiếm 14,6%. Trong đó, 2/3 bệnh nhân còn JJ không có cải thiện trên lâm sàng nhưng siêu âm bể thận nhỏ lại nên hẹn khám lại sau 3 tháng. Kết quả xấu có 1 bệnh nhân (2,4%), đau thắt lưng tăng lên, siêu âm mức độ giãn thận không thay đổi, nghi máu cục trong bể thận được điều trị nội khoa khám lại sau 3 tháng.



**Hình 2. Sonde JJ được chụp kiểm tra sau 1 tháng**

(BN Lương Thị Xuân H. MHS 2205312630)

Ở thời điểm hiện tại chúng tôi đánh giá kết quả như sau: Tốt 24/29 chiếm 82,8% trung bình 3/29 chiếm 10,3%, xấu 2/29 chiếm 6,9%, tốt 24/29 trường hợp chiếm 85,29%. Các trường hợp này cải thiện tốt về lâm sàng, siêu âm, theo bảng 3 và 4 đường kính trước sau BT nhỏ lại, độ giãn thận giảm điều này đánh giá kết

quả phẫu thuật đạt kết quả tốt, trung bình 3/29 trường hợp chiếm 10,3%. Các trường hợp này kết quả siêu âm lại chưa cải thiện so với trước mổ nhưng không có biểu hiện lâm sàng. Đây là các trường hợp thận còn giãn sau phẫu thuật. Tuy nhiên, bệnh nhân không có biểu hiện nhiều về lâm sàng, xấu 2/29 trường hợp chiếm 6,9%.

Không cải thiện về lâm sàng, vẫn còn đau vùng thắt lưng, khám 1 trường hợp có thận kích thước to. Trong đó, 1 trường hợp thất bại phải phẫu thuật tạo hình lại sau 6 tháng, trước phẫu thuật siêu âm thận ứ nước, CLVT ứ nước độ III, sau 6 tháng kiểm tra lại BN không có cải thiện về lâm sàng, trên siêu âm và CLVT thận ứ nước độ III, chỉ định phẫu thuật mổ mở tạo hình bể thận niệu quản. 1 trường hợp trước mổ thận ứ nước, CLVT thận giãn độ II, sau mổ siêu âm không tăng độ dày nhu mô thận, chụp CLVT thận thải thuốc chậm, kích thước thận teo nhỏ. BN đau nhẹ vùng thắt lưng nên để theo dõi, không xử trí gì thêm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 41 bệnh nhân, trong đó tái khám 29 bệnh nhân với kết quả tốt 82,8%, trung bình 10,3%, xấu là 6,9%. Tỷ lệ thành công (gồm kết quả tốt và trung bình) của phẫu thuật là 93,1%. Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác. Lợi 91,9%, Moon 96,2%, Mandhadi 93,3%, nghiên cứu của chúng tôi 93,1%.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo điều trị hẹp khúc nối BT - NQ đã đạt kết quả điều trị tốt (tỷ lệ kết quả tốt 82,8%, trung bình 10,3%) đồng thời vẫn giữ được đầy đủ các ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn. Là phẫu thuật an toàn và niệu quả, đồng thời hạn chế được các tai biến và biến chứng trong và sau mổ. Lựa chọn phẫu thuật NSSPM điều trị hẹp khúc nối BT - NQ mang lại nhiều lợi ích và có thể áp dụng rộng rãi trong điều kiện hiện nay ở Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Quán Anh. Hẹp khúc nối bể thận niệu quản. In: *Bệnh học Tiết niệu*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 1995:529-536.
2. Allen TD. Congenital ureteral strictures. *J Urol*. 1970;104(1):196-204.
3. Belman AB, King LR, Kramer SA. *Clinical*

*Pediatric Urology*. CRC Press; 2001.

4. Nguyễn Thanh Liêm. Phẫu thuật tiết niệu ở trẻ em. In: *Phẫu thuật Tiết niệu ở Trẻ em*. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học Hà Nội; 2002:115-120.

5. Anderson JC, Hynes W. Retrocaval ureter: A Case diagnosed pre-operatively and treated successfully by a Plastic Operation. *British Journal of Urology*. 1949;21(3):209-214.

6. Ngô Gia Hy, Đặng Phú Ân, Dương Quang Trí. Giải phẫu tạo hình ống dẫn niệu. *Tạp chí Nghiên cứu khoa học bệnh viện Bình Dân*. 1976;47-58.

7. Schuessler WW, Grune MT, Tecuanhuey LV, et al. Laparoscopic dismembered pyeloplasty. *J Urol*. 1993;150(6):1795-1799.

8. Janetschek G, Peschel R, Altarac S, et al. Laparoscopic and retroperitoneoscopic repair of ureteropelvic junction obstruction. *Urology*. 1996;47(3):311-316.

9. Tan HL. Laparoscopic Anderson-Hynes dismembered pyeloplasty in children. *J Urol*. 1999;162(3 Pt 2):1045-1047.

10. Bove P, Ong AM, Rha KH, et al. Laparoscopic management of ureteropelvic junction obstruction in patients with upper urinary tract anomalies. *J Urol*. 2004;171(1):77-79.

11. Tsivian A, Tsivian M, Sidi AA. The Y-Y Pyeloplasty Revisited. *Urology*. 2010;75(1):200-202.

12. Martina GR, Verze P, Giummelli P, et al. A Single Institute's Experience in Retroperitoneal Laparoscopic Dismembered Pyeloplasty: Results with 86 Consecutive Patients. *Journal of Endourology*. 2011;25(6):999-1003.

13. Zhang X, Li HZ, Wang SG, et al. Retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: Experience with 50 cases. *Urology*. 2005;66(3):514-517.

14. Chuanyu S, Guowei X, Ke X, et al.



Retroperitoneal Laparoscopic Dismembered Ureteropelvic Junction Obstruction (Report of Anderson-Hynes Pyeloplasty in Treatment of 150 cases). *Urology*. 2009;74(5):1036-1040.

### Summary

## EVALUATION OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPY SURGERY OUTCOME FOR URETEROPELVIC JUNCTION STENOSIS

The study was conducted on 41 patients undergoing retroperitoneal laparoscopy surgery for ureteropelvic junction stenosis at Hanoi Medical University Hospital from 2018 to 2023. The results at 1 month after surgery were 83% good, 14.6% average, 2.4% bad. Long-term follow-up results after surgery were obtained from 29 out of 41 patients (accounting for 70.73%); good results were 82.8%, average results were 10.3%, and bad results were 6.9%. There were no complications during surgery. Postoperative complications occurred with 1 out of 41 cases having urinary tract infection after surgery, however, only medical treatment was needed; the patient's condition was stabilized and patient was discharged on the 6th day after surgery. Retroperitoneal laparoscopy surgery for ureteropelvic junction stenosis achieved good treatment results, while still retaining all the advantages of minimally invasive surgery.

**Keywords:** Retroperitoneal laparoscopy, ureteropelvic junction stenosis.