

nhiên đây chủ yếu là biến chứng liên quan đến tràn dịch màng phổi cần chọc dẫn lưu, 5,9% mức độ 4 (cần hồi sức tích cực) và 5,9% tử vong. Điều này phản ánh mức độ phức tạp của ghép gan kết hợp thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới, đồng thời đòi hỏi hệ thống hậu phẫu và chăm sóc tích cực cao. So sánh với nghiên cứu của Ravaioli et al. (2020), trong đó biến chứng nặng (Dindo \geq III) chiếm 22,2%, và khoảng 40-60% ở các ca ghép gan phức tạp, cho thấy tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu này nằm trong khoảng cho phép.[9]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kỹ thuật ghép gan kinh điển có thể được thực hiện an toàn, với tỷ lệ biến chứng ngoại khoa và biến chứng thận cấp thấp. Tuy nhiên, cỡ mẫu nghiên cứu còn hạn chế và chưa đánh giá được biến chứng mạch máu muộn; do đó, các nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn là cần thiết để khẳng định độ an toàn, hiệu quả dài hạn cũng như xác định rõ chỉ định tối ưu cho kỹ thuật ghép gan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Starzl, T.E., et al., Orthotopic homotransplantation of the human liver. Ann Surg, 1968. 168(3): p. 392-415.

2. Calne, R.Y. and R. Williams, Liver transplantation in man. I. Observations on technique and organization in five cases. Br Med J, 1968. 4(5630): p. 535-40.
3. Singal, A.G., et al., AASLD Practice Guidance on prevention, diagnosis, and treatment of hepatocellular carcinoma. Hepatology, 2023. 78(6): p. 1922-1965.
4. Genda, T., et al., Outcome of patients with acute liver failure awaiting liver transplantation in Japan. Hepatol Res, 2020. 50(10): p. 1186-1195.
5. Li, Z., et al., A single center analysis of long-term outcomes and survival related risk factors in liver retransplantation. Hepatobiliary Surg Nutr, 2024. 13(3): p. 425-443.
6. Jochmans, I., et al., The Impact of Implantation Time During Liver Transplantation on Outcome: A Eurotransplant Cohort Study. Transplant Direct, 2018. 4(6): p. e356.
7. Sakamoto, A., et al., Prolonged warm ischemia time in the recipient is associated with post-transplant biliary stricture following living-donor liver transplantation. Surg Today, 2024. 54(10): p. 1193-1200.
8. Adelman, D., et al., Intraoperative Management of Liver Transplant Patients Without the Routine Use of Renal Replacement Therapy. Transplantation, 2018. 102(5): p. e229-e235.
9. Levi Sandri, G.B., et al., The Role of Salvage Transplantation in Patients Initially Treated With Open Versus Minimally Invasive Liver Surgery: An Intention-to-Treat Analysis. Liver Transpl, 2020. 26(7): p. 878-887.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THẬN NƯỚC DO TẮC KHÚC NỔ BỂ THẬN-NIỆU QUẢN Ở TRẺ NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Trương Nguyễn Uy Linh¹, Trần Thị Phượng², Nguyễn Hữu Chí², Nguyễn Thị Trúc Linh¹, Nhâm Bá Duy², Lê Thanh Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản là dị tật tiết niệu trên thường gặp nhất ở trẻ em, đa số được phát hiện trước sinh hoặc trong năm đầu tiên sau sinh. Với nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ phát hiện thận nước trước sinh và phát hiện sớm sau sinh ngày càng tăng, hiệu quả điều trị cũng được cải thiện. Bệnh viện Nhi Đồng 1 là trung tâm nhi khoa lớn ở miền Nam quản lý và điều trị số lượng lớn bệnh nhi bị thận nước, tuy nhiên có ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị thận nước phát hiện trước sinh. Chúng tôi báo cáo đặc

điểm lâm sàng, diễn tiến ở trẻ phát hiện thận nước trước sinh và kết quả điều trị thận nước ở bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian từ 01/01/2019 - 31/12/2022. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả loạt trường hợp trẻ nữ nhi có thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản. **Kết quả:** Trong 337 bệnh nhi, có 260 (77,2%) trường hợp là nam, 270 (80,1%) trường hợp thận nước bên trái, 77,2% phát hiện qua siêu âm trước sinh. Có 258 (76,6%) trường hợp điều trị bảo tồn, 79 (23,4%) trường hợp được phẫu thuật, trong đó mổ mở tạo hình khúc nối bể thận niệu quản (THKNBTNQ) là 98,7%, 60% bệnh nhân được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản, 40% được chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ. **Kết luận:** Đa số thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản có thể được điều trị bảo tồn. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ nữ nhi là an toàn và hiệu quả. **Từ khóa:** thận nước, tắc khúc nối bể thận-niệu quản, tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT OF

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Nhi Đồng 1, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Phượng

Email: tranthiphuong.ump@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.8.2025

Ngày duyệt bài: 3.10.2025

**URETEROPELVIC JUNCTION
OBSTRUCTION-LIKE HYDRONEPHROSIS
IN INFANTS AT CHILDREN HOSPITAL 1
TREATMENT OUTCOME OF INFANTS WITH
URETEROPELVIC JUNCTION
OBSTRUCTION-LIKE HYDRONEPHROSIS
AT CHILDREN HOSPITAL 1**

Introduction: Ureteropelvic junction obstruction (UPJO) represents the most prevalent congenital anomaly of the upper urinary tract in the pediatric population, with the majority of cases identified antenatally or within the first year of postnatal life. Children's Hospital 1, a leading tertiary pediatric referral center in Southern Vietnam, has extensive experience in the diagnosis, surveillance, and management of hydronephrosis. Nevertheless, there remains a paucity of data regarding the clinical profiles and therapeutic outcomes of affected infants, particularly within this critical age group. **Subjects and methods:** We conducted a descriptive case series involving infants diagnosed with hydronephrosis secondary to ureteropelvic junction obstruction. **Results:** Of the 337 patients included, 260 (77.2%) were male and 270 (80.1%) presented with left-sided hydronephrosis. Antenatal ultrasonographic detection accounted for 77.2% of diagnoses. Conservative management was adopted in 258 cases (76.6%), while 79 patients (23.4%) underwent surgical intervention. Among those who underwent surgery, open pyeloplasty was performed in 98.7% of cases. Urinary diversion was achieved via ureteral stenting in 60% and double-J catheterization in 40% of operated patients. **Conclusion:** A substantial proportion of infants with UPJO-related hydronephrosis can be successfully managed with non-operative strategies. In cases requiring intervention, pyeloplasty demonstrates a high safety profile and favorable efficacy, underscoring its role as a definitive treatment modality in infancy. **Keywords:** hydronephrosis, ureteropelvic junction obstruction, pyeloplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản (TKNBTNQ) là dị tật tiết niệu trên thường gặp nhất ở trẻ em.¹ Đa số thận nước không triệu chứng và có thể tự thoái lui (50 – 80%).¹ Tuy nhiên, nếu không được điều trị, thận nước nặng có thể biểu hiện các triệu chứng lâm sàng như nhiễm trùng đường tiết niệu, tiểu máu, giảm chức năng thận tiến triển và tổn thương thận vĩnh viễn.¹ Tỷ lệ phát hiện thận nước trước sinh được báo cáo trong 1 – 5% thai kỳ,¹ phần còn lại chủ yếu được phát hiện trong giai đoạn nhũ nhi. Tuy nhiên, chưa có báo cáo nào về kết quả theo dõi và điều trị bệnh nhân thận nước trong giai đoạn sớm dưới 1 tuổi. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để tổng kết và có kế hoạch theo dõi, can thiệp sớm để đem lại kết quả điều trị tốt nhất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các hồ sơ bệnh án ở lứa tuổi nhũ nhi, được chẩn đoán thận nước do TKNBTNQ với ICD10 là Q62.0, khẳng định qua kết quả siêu âm trong lần khám đầu tiên, từ ngày 1/1/2019 – 31/12/2022.

Đối với các hồ sơ bệnh án nội trú, chúng tôi ghi nhận các thông tin như triệu chứng lâm sàng, kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng, được phẫu thuật hay không, thời gian, phương pháp và kết quả phẫu thuật. Đối với các hồ sơ bệnh án về nhà theo dõi sẽ được thu thập thông tin theo dõi diễn tiến bệnh qua điện thoại.

Nhập liệu và xử lý số liệu bằng SPSS 26.0. Soạn thảo và vẽ biểu đồ bằng Microsoft Word 2019, giá trị p có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

Đạo đức nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào diễn tiến hay quá trình điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu này được bắt đầu khi có sự chấp thuận của Hội đồng y đức Bệnh viện Nhi Đồng 1, mã nghiên cứu CS/N1/22/46, quyết định số 418/GCN-BVNĐ1. Bảng dữ liệu được nhà nghiên cứu lưu giữ an toàn và bảo mật xuyên suốt. Tập dữ liệu điện tử được tạo ra bằng mã hóa bằng mật khẩu và chỉ nhóm nghiên cứu mới được cung cấp.

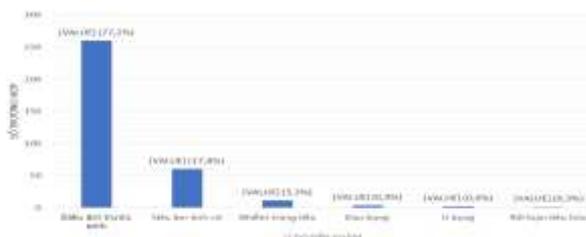
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng. Trong thời gian từ 1/2019 đến 12/2022, có 337 trường hợp đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu trong đó tại thời điểm lần đầu đến khám, tuổi trung vị là 3 tháng, tuổi nhỏ nhất là 1 ngày, tuổi lớn nhất là 12 tháng. Độ tuổi bệnh nhi đến khám lần đầu nhiều nhất là 0 – 3 tháng. Có 96 (28.5%) trường hợp cư trú tại TPHCM và 241 (71.5%) trường hợp ngoài TPHCM.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 260 (77.2%) trường hợp là nam, chiếm ưu thế là nam ở cả hai nhóm điều trị ($p < 0,001$). Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ ở nhóm phẫu thuật ($n = 79$) và nhóm được điều trị bảo tồn ($n = 258$) không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê.

Đa số bệnh nhi bị thận nước bên trái, chiếm 270 (80,1%) trường hợp, bên phải chiếm 67 (19,9%) trường hợp. Trong nhóm bệnh nhi được phẫu thuật, tỷ lệ thận nước bên phải (29,1%) cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (17,1%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,019$.

Về lí do đến khám, chúng tôi phát hiện bệnh qua siêu âm trước sinh (77.2%) hoặc siêu âm tình cờ (17.8%), lí do đến khám được thể hiện như biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Lý do đến khám lần đầu của bệnh nhân thận nước do TKNBTNQ

Trong 337 trường hợp, có 18 (5.3%) trường hợp có tiền căn nhiễm trùng tiểu cần nhập viện để điều trị, 3 (0.9%) trường hợp nhiễm trùng tiểu điều trị ngoại trú, 316 (93.8%) trường hợp không có nhiễm trùng tiểu trong quá trình theo dõi.

Đặc điểm cận lâm sàng. Đa số bệnh nhân được phẫu thuật có độ ứ nước 3, 4 theo SFU (91.2%) trên siêu âm. Khi thận ứ nước càng nặng thì tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật càng cao ($p < 0.001$).

Đối với những bệnh nhân được phẫu thuật, đường kính trước sau bể thận có trung vị là 36 mm, nhỏ nhất là 9,3 mm, lớn nhất là 93 mm. Khi đường kính trước sau bể thận càng lớn, tỉ lệ bệnh nhân được phẫu thuật càng cao ($p < 0,001$).

Trong nhóm phẫu thuật, chức năng trung bình của thận là $35.7 \pm 9.9\%$, thấp hơn nhóm được điều trị bảo tồn, chức năng trung bình là $47 \pm 4.3\%$ ($p < 0.001$).

Nhóm phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 79 trường hợp được chỉ định phẫu thuật. Trong đó, có 78 (98,7%) trường hợp được mổ mở và 1 (1,3%) trường hợp được mổ nội soi, chức năng thận riêng phần bên thận nước là 35,9% và có tắc nghẽn đường bài niệu trên xạ hình thận. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 4 trẻ có chức năng thận kém dưới 10% được phẫu thuật dẫn lưu bể thận ra da, theo dõi có 2 bé được phẫu thuật sau 6 tháng, 1 bé được phẫu thuật sau 1 năm sau đó vì chức năng thận tăng lên >10%, 1 bệnh nhi có chức năng thận không cải thiện nên không được THKNBTNQ.

Khảo sát nguyên nhân trong mổ, tất cả đều có TKNBTNQ, trong đó có 1 (1,3%) trường hợp có kèm theo mạch máu cực dưới nằm trước khúc nối bể thận-niệu quản (Hình 2).

Thời gian phẫu thuật mổ mở THKNBTNQ (75 trường hợp) có trung vị là 68,5 phút, ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 140 phút. Trường hợp mổ nội soi trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật là 170 phút.

Trong 75 trường hợp được phẫu thuật THKNBTNQ, có 45 (60%) trường hợp được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản, 30 (40%) trường hợp chuyển dòng nước tiểu bằng

thông JJ. Việc lựa chọn phương tiện chuyển dòng nước tiểu phụ thuộc vào tuổi của bệnh nhân, dụng cụ sẵn có và đường kính lòng niệu quản. Tại Bệnh viện Nhi đồng 1, nhóm bệnh nhân phẫu thuật trên 6 tháng tuổi được xem xét chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi có 337 trường hợp thận nước do TKNBTNQ, trong đó tuổi trung vị đến khám lần đầu là 3 tháng. Kết quả này tương tự với kết quả của hai nghiên cứu của Bruce Li năm 2020 là 3 tháng tuổi.² Babu³ cũng thu được kết quả tuổi trung vị của lần khám đầu tiên sau sinh trên 125 trường hợp thận nước là 4,5 tháng. Đa số bệnh nhân đến khám trong những tháng đầu sau sinh (0 – 3 tháng tuổi) vì hầu hết thận nước được phát hiện trong giai đoạn trước sinh và không triệu chứng nên thường được đến khám để đánh giá và theo dõi từ sau lứa tuổi sơ sinh.

Bệnh nhân nam chiếm ưu thế (77,2%), kết quả này phù hợp với đặc điểm dịch tễ của thận nước và giống với các nghiên cứu khác trên thế giới như của Bruce Li¹ và Sadeghi-Bojd³ là 78%.

Thận nước bên trái, chiếm 80,1% trường hợp, kết quả này tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới.¹ Trong nhóm bệnh nhân được phẫu thuật, tỉ lệ thận nước bên phải (29,1%) cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (17,1%) có ý nghĩa thống kê ($p = 0,019$). Kết quả này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Hodhod A.⁴ công bố năm 2023, tỉ lệ thận nước ở bên phải trong nhóm được phẫu thuật là 34,1% cao hơn nhóm được điều trị bảo tồn (15,6%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Hiện tại, chưa có nghiên cứu nào giải thích cho khác biệt này.

Đa số thận nước không có triệu chứng, nhất là ở nữ nhi.^{1,2} Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 5,1% đến khám lần đầu với các triệu chứng của thận nước như nhiễm trùng tiểu, đau bụng, u bụng, rối loạn tiêu hóa.

Đặc điểm cận lâm sàng. Độ ứ nước theo phân độ SFU và đường kính trước sau bể thận là các thông số quan trọng trong quá trình đánh giá và theo dõi thận nước do TKNBTNQ. Tình trạng tăng độ ứ nước, đặc biệt là độ 3, 4 theo SFU là yếu tố nguy cơ độc lập cho phẫu thuật. Nghiên cứu của Braga và cộng sự⁵ cho thấy tỉ lệ phẫu thuật ở độ 3, 4 cao hơn thận ứ nước độ 1,2 (23% so với 2%). Thận ứ nước nặng hoặc tăng trong quá trình theo dõi là một trong những chỉ định của phẫu thuật THKNBTNQ. Tuy nhiên, việc quyết định phẫu thuật được phối hợp dựa trên

lâm sàng, diễn tiến trên siêu âm và kết quả các cận lâm sàng khác.

So sánh với nghiên cứu của Ramiro J.,⁶ trong 416 trường hợp thận ứ nước độ thấp, tỉ lệ thận nước có cải thiện hoặc ổn định trong năm đầu tiên là 97,4%, tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi (97,1%). Các nghiên cứu cho rằng chức năng thận bình thường không giúp loại trừ tắc nghẽn. Điều này liên quan đến hoạt động hơn mức bình thường của thận trong giai đoạn chưa trưởng thành. Qua việc theo dõi sát các trường hợp thận nước do TKNBTNQ không được phẫu thuật vì có chức năng thận bảo tồn nhưng có tắc nghẽn nặng kéo dài, người ta nhận ra rằng chức năng thận có xu hướng giảm hơn 10% và hầu hết được phẫu thuật sau đó. Những bệnh nhân có chức năng thận từ 35 – 40% trước phẫu thuật có khả năng trở về bình thường sau phẫu thuật THKNBTNQ.

Nhóm phẫu thuật. Tỉ lệ bệnh nhân cần can thiệp phẫu thuật của chúng tôi (23,4%) tương đương với nghiên cứu của Bruce Li¹ và nhiều nghiên cứu khác. Như vậy, chỉ gần một phần tư thận nước do TKNBTNQ cần được điều trị phẫu thuật, trong khi đó, đa số có thể tự thoái lui và được điều trị bảo tồn bằng cách theo dõi triệu chứng lâm sàng và siêu âm định kì.



Hình 1. Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản "Nguồn: Nguyễn Xuân B., 3 tháng tuổi, SHS 338560/22".

Những lợi ích của việc can thiệp phẫu thuật sớm đã được báo cáo qua nhiều y văn. Về khía cạnh chức năng thận, Babu⁷ so sánh những trẻ có thận nước do TKNBTNQ, có độ ứ nước là 3, 4 theo SFU được phẫu thuật ở tuổi trung bình là 2.8 và 12.5 tháng. Sau 1 năm theo dõi, ở nhóm được can thiệp phẫu thuật sớm, chức năng riêng phần của thận cải thiện tốt hơn trong khi nhóm phẫu thuật muộn, chức năng thận ít cải thiện.



Hình 2. Thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản do mạch máu cực dưới "Nguồn: Phan Minh T., 2 tháng tuổi, SHS 187462/21".

Trong 79 bệnh nhân được phẫu thuật, có 78 trường hợp do nguyên nhân nội tại gây TKNBTNQ, trong đó có 1 (1,3%) trường hợp có nguyên nhân nội tại kèm theo mạch máu cực dưới.

Việc lựa chọn phương pháp nào để chuyển dòng nước tiểu sau phẫu thuật THKNBTNQ phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, cũng như điều kiện sẵn có tại cơ sở thực hành.

Theo nghiên cứu của Vaughn.F⁸ năm 2023, trong 162 trường hợp được phẫu thuật THKNBTNQ, có 95,7% trường hợp được đặt thông JJ và 3,7% chuyển lưu nước tiểu bằng nòng niệu quản. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này lần lượt là 40% và 60%. Sự khác biệt này do tại Bệnh viện Nhi Đồng 1, việc lựa chọn phương pháp chuyển dòng nước tiểu phụ thuộc vào tuổi bệnh nhân, dụng cụ sẵn có và kích thước lòng niệu quản. Đa số bệnh nhân được chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản vì đây là phương pháp an toàn, hạn chế số lần gây mê và có thể được rút sớm từ 5 – 7 ngày sau mổ. Thông JJ được sử dụng nhiều hơn khi đường kính lòng niệu quản hẹp, tuy nhiên ít được lựa chọn hơn do ống soi niệu đạo-bàng quang kích thước phù hợp với trẻ nhỏ dưới 12 tháng tuổi không có sẵn, gây khó khăn cho việc rút thông JJ sau đó. So với sử dụng dòng niệu quản, bệnh nhân được phẫu thuật THKNBTNQ và đặt thông JJ cần thêm một lần nhập viện, gây mê để rút thông JJ.



Hình 3. Chuyển dòng nước tiểu bằng nòng niệu quản "Nguồn: Nguyễn Ngọc Gia H., 7 tháng tuổi, SHS 165643/22".



Hình 4. Chuyển dòng nước tiểu bằng thông JJ "Nguồn: Trần Đức H., 9 tháng tuổi, SHS 3861/22".

V. KẾT LUẬN

Đa số thận nước do tắc khúc nối bể thận-niệu quản có thể điều trị bảo tồn. Việc theo dõi trên siêu âm là cần thiết cho tất cả các trường hợp để chọn thời điểm can thiệp kịp thời. Phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản ở trẻ nhỏ là an toàn và hiệu quả.

VI. TÀI TRỢ

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 110/2024/HĐ-ĐHYD ngày 17/04/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Li B, McGrath M, Farrokhlyar F, Braga LH.** Ultrasound-Based Scoring System for Indication of Pyeloplasty in Patients With UPJO-Like Hydronephrosis. *Front Pediatr.* 2020;8:353. doi:10.3389/fped.2020.00353.
- Babu R, Venkatachalapathy E, Sai V.** Hydronephrosis severity score: an objective assessment of hydronephrosis severity in children – a preliminary report. *J Pediatr Urol.* 2019;15(1): 68. e1-68. e6. doi:10.1016/j.jpuro.2018.09.020
- Sadeghi-Bojd S, Kajbafzadeh A-M, Ansari-Moghadam A, et al.** Postnatal evaluation and outcome of prenatal hydronephrosis. *Iran J Pediatr.* 2016;26(2)
- Hodhod A, Eid H, Capolicchio J-P, et al.** How can we measure the renal pelvic anteroposterior diameter in postnatal isolated hydronephrosis? *J Pediatr Urol.* 2023;19(1):75-82.
- Braga LH, McGrath M, Farrokhlyar F, Jegatheeswaran K, Lorenzo A.** Associations of initial Society for Fetal Urology Grades and Urinary Tract Dilatation Risk Groups with clinical outcomes in patients with isolated prenatal hydronephrosis. *J Urol.* 2017;197(3):831-7.
- Madden-Fuentes RJ, McNamara ER, Nseyo U, et al.** Resolution rate of isolated low-grade hydronephrosis diagnosed within the first year of life. *J Pediatr Urol.* 2014;10(4):639-44
- Babu R, Rathish VR, Sai V.** Functional outcomes of early versus delayed pyeloplasty in prenatally diagnosed pelvi-ureteric junction obstruction. *J Pediatr Urol.* 2015;11(2):63. e1-63. e5. doi:10.1016/j.jpuro.2014.10.007.
- Vauth F, Zöhrer P, Girtner F, et al.** Open Pyeloplasty in Infants under 1 Year-Proven or Meaningless? *J Child.* 2023;10(2):257.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY THÙNG BÍT

Thái Nguyên Hưng¹, Viên Đình Bình²

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả hồi cứu với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của BN thủng bít do UTDD. 2. Đánh giá kỹ thuật và kết quả phẫu thuật UTDD thủng bít. Có 25 BN: Nam 18 BN (72%), Nữ 7 BN (28%); Tuổi TB 64,6 (từ 48-85 T). Triệu chứng LS: Đau bụng thượng vị 96,0%, sút cân 62,5%, xuất huyết tiêu hóa (XHTH) 45,8%, hẹp môn vị (HMV) 41,6%. Xét nghiệm (XN) bạch cầu >10,0 G/L 72,0%. Nội soi dạ dày (NSDD) khối UTDD kích thước ≤ 5 cm chiếm 64%; Khối UTDD từ 5-10 cm chiếm 36%; CLVT 72%, khối UTDD ≤ 5 cm; 28% khối UTDD >5-10 cm. Thủng UTDD 1/3 Dưới 72%; 1/3 Giữa 12%; 1/3 Trên 16%; Các tạng lân cận bít lỗ thủng: Đầu tụy 11/25 BN (44%); D1-D2 tá tràng 13/25 BN (52%); Cuồng gan và các phân thùy gan 9/25 BN (36%); Thân tụy 8/25 BN (32%); Mạc treo ĐT (rễ mạc treo ruột non:1 BN) 8/25 BN (32%). Phẫu thuật cắt GTBDD 21 BN; Cắt TBDD 4 BN trong đó 9 BN cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng; 5 BN cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng; 23/25 BN cắt DD triệt căn (92%), Vết hạch (VH) Đ2; 2/25BN cắt DD palliative (8,0%, di căn phúc mạc); Kích thước (KT) khối UTDD Trung bình (TB) 6,8 cm (từ 4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (từ 0,5-6 cm). Số hạch vét được TB 17,94 (từ 5-39). Số hạch (+) TB 5,28 hạch (0-32).

Không có TV; 2 BN rò mòm tá tràng sau DLM mòm tá tràng và tạo hình mòm tá tràng được luôn sond hút và điều trị nội. 1 BN chảy máu sau mổ cắt TBDD, lách, thận dưới tụy mổ cấp cứu khâu cầm máu. Kết quả giải phẫu bệnh (GPB): GĐ III (b-c): 20/25 BN 80% (IIb: 11BN, IIc: 9 BN) GĐIV: 2/25 BN: 8,0%. U lympho 2/25 BN (8,0%); U xơ cơ viêm 1/25BN (4,0%). **Kết luận:** UTDD thủng bít thường xảy ra trên BN cao tuổi (NC này 64,6T), nam chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Triệu chứng chủ yếu là đau bụng (96%) phối hợp với XHTH (NC này 45,8%), hẹp môn vị (NC này 41,6%). Thủng UTDD 1/3 Dưới chiếm tỷ lệ cao (NC này 72%). Thủng vào đầu tụy 44,0%, Thủng vào D1-D2 tá tràng 52,0%; Thủng vào cuồng gan và phân thùy gan 36%, thân tụy 32%, mạc treo đại tràng 32%. Kích thước khối UTDD TB 6,8 cm (4-10 cm); KT lỗ thủng TB 3,14 cm (0,5-6 cm). Mổ cắt dạ dày triệt căn, vét hạch Đ2 92,0%, cắt dạ dày palliative 8,0%; Mổ cắt GTBDD và dẫn lưu mòm tá tràng 9 BN; Cắt GTBDD và tạo hình mòm tá tràng 5 BN. Không có TV. Tỷ lệ biến chứng 12%. Kết quả GPB: UTDD thủng GĐIII (b-c) 80,0%; GĐIV 8,0%; U lympho 8,0%; U xơ cơ viêm 4%.

SUMMARY

THE CLINICAL FEATURES AND SURGICAL RESULTS OF ERODED GASTRIC CANCER PERFORATION

Aim of study: 1. Evaluation the clinical and paraclinical features of eroded gastric cancer perforation. 2. The surgical results of eroded gastric cancer perforation. **Patients and methods:** Retrospective study. **Results:** There were 25 patients, male 72%, female 18%; average age 64,6 years (range 48-85). Epigastric pain 96,0%, melena 45,8%, gastric outlet obstruction 41,6%. Eroded gastric

¹Bệnh viện K

²Bệnh viện Ung bướu Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.8.2025

Ngày duyệt bài: 7.10.2025