

REPORT 4 CASE STUDY OF URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION BY RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC SURGERY AT TRANSPORT HOSPITAL 4/2024 - 4/2025

Bui Sy Tuan Anh, Nguyen Vu Minh Thien*, Dang Thanh Dong, Tran Kien, Nguyen Van Duong

Transportation Hospital - 169 Huynh Thuc Khang, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 18/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 05/09/2025

ABSTRACT

Objectives: Retroperitoneal laparoscopic surgery for Treating ureteropelvic junction obstruction (UPJO) at Transport Hospital from 4/2024 -4/2025.

Results: In 4 patients ureteropelvic junction obstruction, cause included: 2 cases inferior renal artery crosses ureter, 1 case incomplete duplicated ureter, 1 case high insertion of the ureter. 4 case was be retroperitoneal laparoscopic surgery. 3 patients underwent dismembered pyeloplasty, 1 patients underwent non-plastic surgery. Operation time from 105-120 minutes. Duration of treatment after surgery was 7 days. No any case has surgical complication. After 6 months, 1 case was checked CT- Scanner. Flowing from kidney to ureter is nomal.

Conclusions: Retroperitoneal laparoscopic surgery to treat ureteropelvic junction obstruction has been safe, and has a high success rate, giving the same result as open surgery.

Keywords: Ureteropelvic junction obstruction, retroperitoneal laparoscopic surgery.

*Corresponding author

Email: Nguyenvuminhthiendr@gmail.com **Phone:** (+84) 962660550 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3137**

BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP HẸP KHÚC NỐI BT-NQ NGUYÊN NHÂN BẨM SINH Ở NGƯỜI LỚN ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC TẠI KHOA NGOẠI TỔNG HỢP – BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI 4/2024 - 4/2025

Bùi Sỹ Tuấn Anh, Nguyễn Vũ Minh Thiện*, Đặng Thành Đông, Trần Kiên, Nguyễn Văn Dương

Bệnh viện Giao thông Vận tải - 169 Huỳnh Thúc Kháng, P. Láng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 18/08/2025

Ngày sửa: 25/08/2025; Ngày đăng: 05/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Nhân 4 ca lâm sàng hẹp khúc nối BT-NQ bẩm sinh ở người trưởng thành được PT nội soi sau phúc mạc tại Khoa NTH-BV Giao Thông Vận Tải từ 4/2024-4/2025.

Kết quả: Trong 4 TH hẹp khúc nối BT-NQ, Lý do bao gồm: 2 TH hẹp do động mạch cực dưới thận bắt chéo, 1 TH do niệu quản đôi không hoàn toàn gây gấp góc, 1 TH do niệu quản đồ cao. Cả 4 TH được PT nội soi sau phúc mạc, 3 trường hợp PT phương pháp Anderson-Hynes, 1 trường hợp tạo hình không cắt rời. Thời gian PT từ 105-120ph. Tai biến, biến chứng: Không có. Ngày nằm viện sau mổ 7 ngày. 1 trường hợp khám lại sau 6 tháng, chụp CT Scanner hệ tiết niệu thấy lưu thông bể thận – niệu quản tốt, đường kính trước sau bể thận giảm.

Kết luận: PT nội soi SPM điều trị hẹp khúc nối BT-NQ an toàn, cho kết quả tốt tương đương mổ mở, khắc phục các nhược điểm mổ mở.

Từ khóa: Hẹp khúc nối BT-NQ, PT nội soi SPM.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối BT-NQ (Ureteropelvic Junction Obstruction) là sự tắc nghẽn nước tiểu từ thận xuống NQ, gây giãn thận, dẫn đến mất chức năng thận[2]. Hẹp khúc nối BT-NQ là lý do chính dẫn đến tắc nghẽn niệu quản ở trẻ em. Người trưởng thành ít gặp hơn thường được chẩn đoán ở độ tuổi 30-50 tuổi. Điều trị chính trong hẹp khúc nối BT-NQ là phương pháp cắt bỏ đoạn hẹp, tạo hình lại đoạn khúc nối BT-NQ theo phương pháp Anderson-Hynes. Tuy nhiên, phẫu thuật mở tạo hình niệu quản bệnh nhân sẽ chịu sang chấn lớn, hồi phục kéo dài, sẹo mổ lớn dẫn đến thẩm mỹ kém[2].

Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp BT-NQ sinh ra, phát triển nhằm khắc phục nhược điểm của mổ mở. Tuy nhiên, mổ nội soi trong phúc mạc nguy cơ sang chấn các cơ quan trong bụng, phức tạp khi bộc lộ bể thận do đi từ phía trước có động tĩnh mạch thận. Khi có xì rò, nước tiểu sẽ chảy vào trong ổ bụng gây hậu quả, xử lý sẽ khó hơn là nội soi SPM. Nội soi SPM được ứng dụng từ năm 1996 đã tránh được nhược điểm của nội soi qua PM[2]. Ưu việt của nội soi SPM là ngày nằm viện ngắn, gần như không đau đau, thẩm mỹ, kết quả tương đương mổ mở theo nhiều báo cáo đã công bố[2].

Tại Việt Nam, nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi SPM trên bệnh nhân hẹp khúc nối BT-NQ do nguyên nhân bẩm sinh ở người lớn còn hạn chế, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân người lớn có theo dõi kết quả bằng chụp CLVT.

Tại khoa Ngoại TH-Bệnh viện GTVT, từ 4/2024-4/2025 gặp 4 TH hẹp khúc nối BT-NQ do lý do bẩm sinh ít gặp ở người lớn: 2 trường hợp hẹp do động mạch cực dưới thận bắt chéo niệu quản, 1 trường hợp do NQ đôi không HT, 1 trường hợp NQ đồ cao. Cả 4 Bệnh nhân được PT nội soi SPM cắt nối khúc nối bể thận niệu quản cho kết quả tốt.

2. BÁO CÁO 4 CA LÂM SÀNG

2.1. Ca lâm sàng 1

Bệnh nhân Phạm Thị H. 52 tuổi. Vào viện ngày 23/5/2024. Tiền sử: khỏe mạnh.

Bệnh sử: Khoảng 1 năm nay, bệnh nhân thỉnh thoảng đau âm ỉ thắt lưng trái, tiểu tiện bình thường.

Khám: Bệnh nhân không sốt, bụng mềm, ấn hố thắt

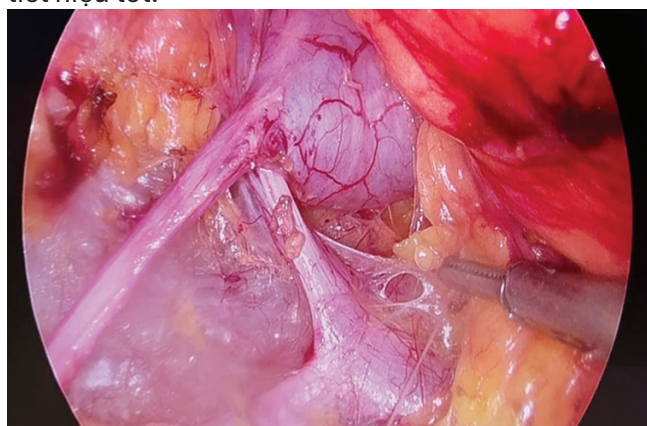
*Tác giả liên hệ

Email: nguyenvuminhthiendr@gmail.com Điện thoại: (+84) 962660550 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD14.3137>

lưng trái tức nhẹ, chạm thận (-). Chụp CT-Scanner HTN: BT trái giãn, ĐK trước sau bể thận 3,5cm do hẹp khúc nối BT-NQ trái, thận NQ không có sỏi.

CĐ: Hẹp KN BT-NQ trái.

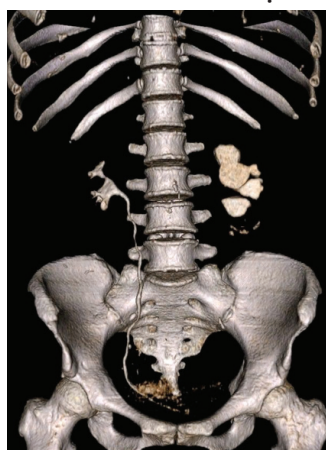
Bệnh nhân được mổ nội soi SPM. Nguyên nhân xác định trong mổ: do ĐM cực dưới đi chéo gây hẹp khúc nối BT-NQ trái. Bệnh nhân được cắt rời đoạn khúc nối BT-NQ, chuyển vị trí, khâu lại KN BT-NQ nội soi trên sonde JJ theo phương pháp Anderson-Hynes. Thời gian mổ: 120 phút. Sau mổ, bệnh nhân ổn định. Ra viện sau 7 ngày. Bệnh nhân được rút JJ sau 1 tháng. Chụp CT-Scanner HTN sau 6 tháng, lưu thông đường tiết niệu tốt.



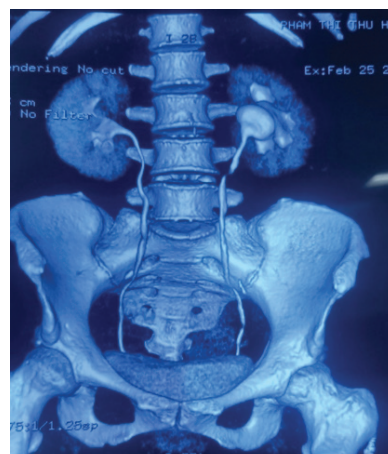
Hình 1. Hình ảnh trước tạo hình



Hình 2. Hình ảnh sau tạo hình



Hình 3. Phim CT-Scanner dựng hình trước mổ



Hình 4. Hình ảnh CT-Scanner HTN sau 6 tháng tạo hình

2.2. Ca lâm sàng 2

Bệnh nhân Bùi Thị L. 69 tuổi. Địa chỉ: Bắc Từ Liêm-Hà Nội. Vào viện ngày: 15/7/2024. Tiền sử: THA

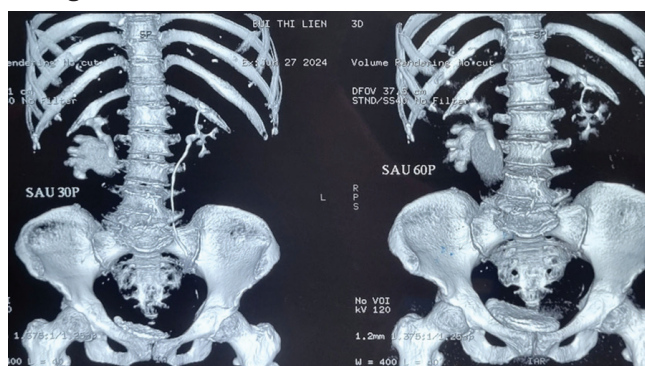
Bệnh sử: Bệnh nhân thỉnh thoảng đau thắt lưng phải 3 năm nay. 1 tháng trước vào viện, Bệnh nhân đau tức thắt lưng phải nhiều, tiểu tiện bình thường.

Khám: Bệnh nhân không sốt. bụng mềm, ấn hố thắt lưng phải tức, chạm thận (-)

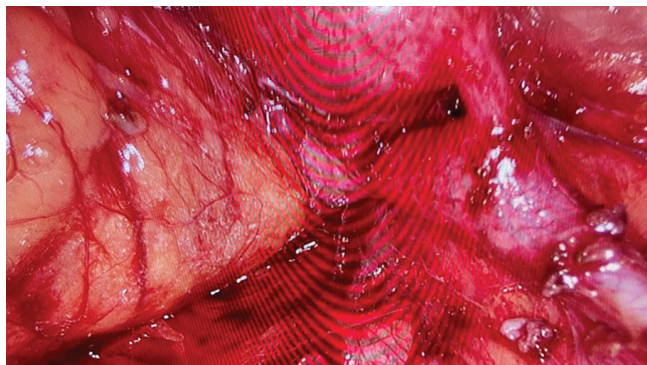
Siêu âm: Hình ảnh giãn đài bể thận phải. CT-Scanner HTN: niệu quản đôi không hoàn toàn bên phải, hai nhánh hợp với nhau vị trí khúc nối BT-NQ, nhánh BT dưới phình rộng, hẹp tại vị trí hợp lưu với nhánh trên, sỏi thận phải 1cm

CĐ: Hẹp KN BT-NQ phải/ niệu quản đôi không hoàn toàn phải, sỏi thận phải

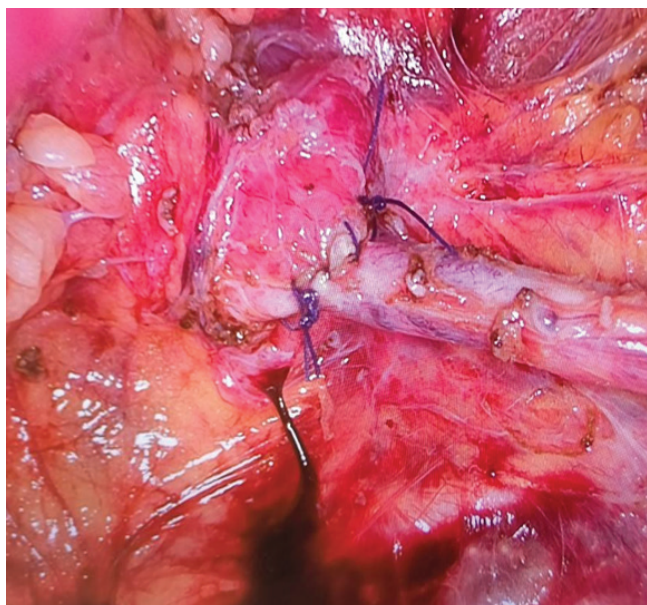
Bệnh nhân được PT nội soi SPM. Tổn thương xác định: Hẹp khúc nối BT-NQ phải tại vị trí hợp lưu của 2 nhánh niệu quản, bể thận dưới giãn rộng. Hẹp nhánh bể thận dưới tại vị trí hợp lưu với nhánh bể thận trên. Phẫu thuật: tạo hình thêm 1 đường dẫn nước tiểu mới từ BT dưới vào NQ tại vị trí thấp nhất của bể thận dưới trên sonde JJ (vị trí hợp lưu 2 bể thận để nguyên). Thời gian mổ: 110 phút. Sau mổ 1 tháng rút JJ



Hình 5. CT-Scanner bệnh nhân số 2 trước mổ

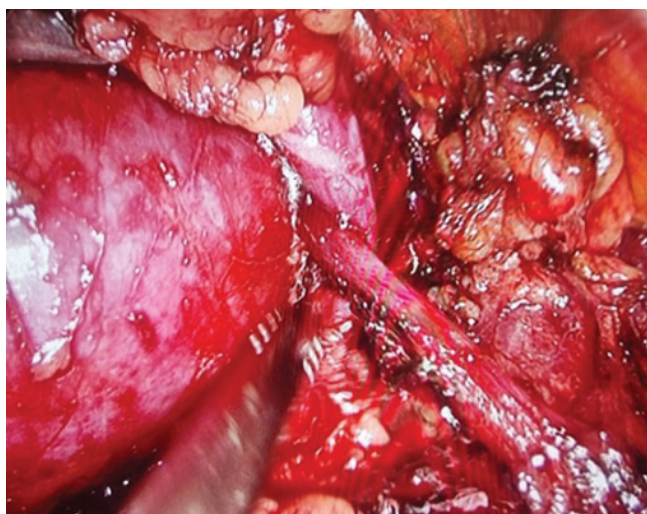


Hình 6. Hình ảnh hẹp khúc nối BT-NQ bệnh nhân số 2 trước tạo hình

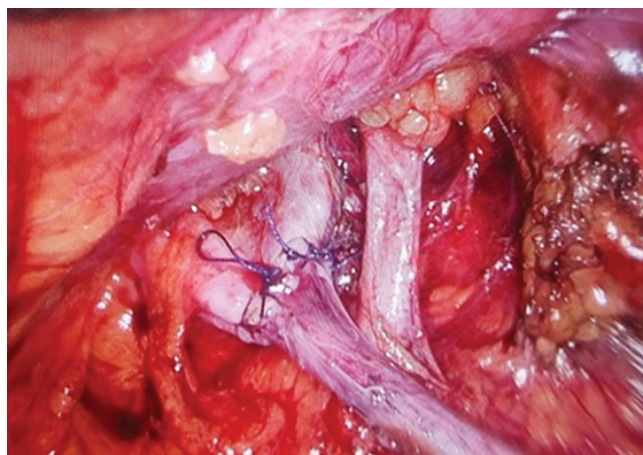


Hình 7. Hình ảnh Bệnh nhân số 2 sau tạo hình (không cắt rời)

2.3. Ca lâm sàng 3



Hình 8. Hình ảnh hẹp khúc nối BT-NQ trước tạo hình



Hình 9. Hình ảnh Bệnh nhân số 3 sau tạo hình

2.4. Ca lâm sàng 4

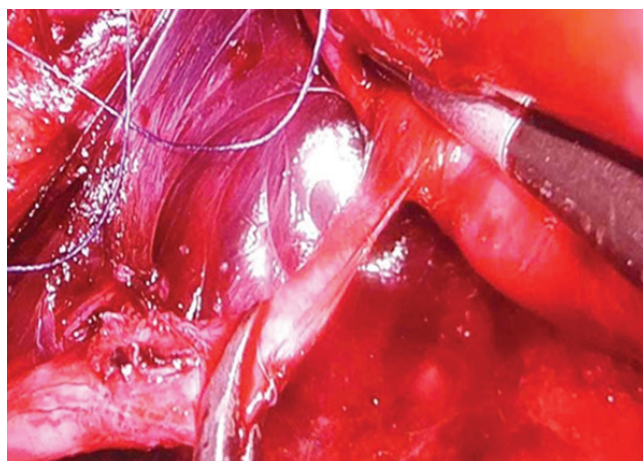
Bệnh nhân: Chu Thị H. 22 tuổi. Địa chỉ: Thanh Xuân – Hà Nội. Vào viện ngày 1/2/2025. LDVV: Đau tức thất lưng phải 1 tháng nay, tiểu tiện bình thường.

Tiền sử: Khỏe mạnh, không đi khám định kỳ bao giờ.

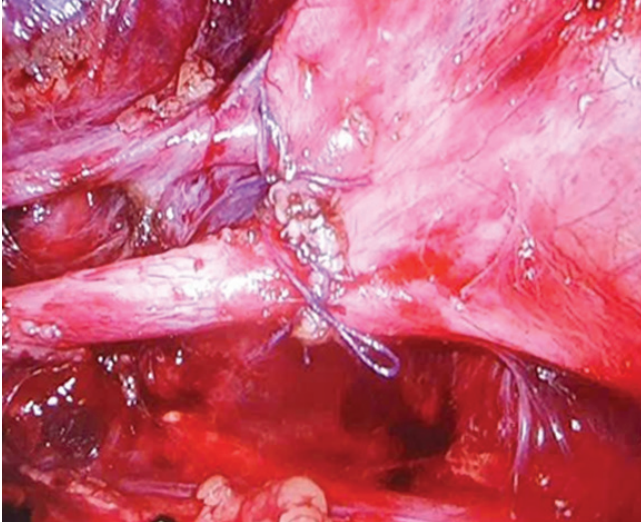
Khám: Bệnh nhân không sốt, bụng mềm. Ấn hố thất lưng phải tức, chạm thận phải (+). Siêu âm: Thận phải giãn độ IV. CT-Scanner HTN: Hình ảnh hẹp KN BT-NQ phải, nhu mô thận phải giãn nhiều. Xạ hình: Thận phải còn 25%.

CĐ: Hẹp khúc nối BT-NQ phải.

Phẫu thuật nội soi SPM, xác định lý do gây hẹp do chỗ đổ từ BT ra NQ nằm ở cao, kèm theo viêm xơ khúc nối BT-NQ phải. Tiến hành cắt rời niệu quản, khâu lại niệu quản vào bể thận tại vị trí thấp nhất trên sonde JJ. Thời gian mổ: 110 phút. Hậu phẫu, Bệnh nhân không có bất thường, ra viện 7 ngày. Rút JJ 1 tháng.



Hình 10. Hình ảnh hẹp khúc nối BT-NQ bệnh nhân số 4 trước tạo hình



Hình 11. Hình ảnh bệnh nhân số 4 sau tạo hình

3. BÀN LUẬN

Bệnh lý hẹp KN BT-NQ bẩm sinh là bệnh hay gặp ở trẻ em, ở người lớn là nguyên nhân bẩm sinh gặp không nhiều.

Hẹp KN BT-NQ bẩm sinh gặp ở người trưởng thành thường do các nguyên nhân: động mạch cực dưới thận bắt chéo niệu quản, do niệu quản đôi, do vị trí từ BT đến NQ đổ cao đều là các lý do gặp không nhiều ở người lớn. Trong 1 năm chúng tôi gặp 4 ca hẹp KN BT-NQ, trong đó có 2 ca hẹp KN BT-NQ do ĐM cực dưới thận bắt chéo niệu quản, 1 ca hẹp khúc nối BT-NQ trên nền Bệnh nhân có NQ đôi cùng bên, 1 ca hẹp KN BT-NQ do vị trí từ BT ra NQ đổ cao gây gấp góc.

Trong 4 ca hẹp KN BT-NQ của chúng tôi, 2 ca không đi khám định kỳ bao giờ, 2 trường hợp có đi khám phát hiện giãn đài bể thận 2 năm nay. Tình trạng lâm sàng của 4 bệnh nhân thỉnh thoảng đau tức âm ỉ thất lưỡng trong 1 năm nay, không có biểu hiện lâm sàng nào khác. Ta thấy, hẹp KN BT-NQ ở người trưởng thành đa phần không có triệu chứng từ bé. Thường tình cờ siêu âm phát hiện giãn đài bể thận, hoặc thỉnh thoảng đau tức nhẹ thất lưỡng đi khám phát hiện bệnh.

Cả 2 ca hẹp do ĐM cực dưới thận bắt chéo niệu quản đều được PT nội soi sau PM kiểu cắt rời chuyển vị trí đổ ra từ bể thận theo phương pháp Anderson-Hynes. Trường hợp hẹp trên nền NQ đôi thì chúng tôi chủ động tạo hình một đường dẫn nước tiểu mới từ điểm thấp nhất của BT dưới vào NQ. Ca hẹp do niệu quản đổ cao gây gấp góc, chúng tôi mổ kiểu cắt rời Anderson-Hynes. Ngay ngày hôm sau đã đi lại được, đau không đáng kể, vết mổ nhỏ, thẩm mỹ. So với nội soi qua ổ bụng, tránh được tình trạng nước tiểu rò vào ổ bụng, tránh được viêm dính, dính ruột sau này[2]. Kỹ thuật mổ nội soi SPM tránh cho bệnh nhân

1 cuộc mổ mở, mang lại cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân, tương ứng với kết quả của Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Năng Bách[1][2].

Tỷ lệ điều trị mổ kiểu cắt rời của chúng tôi là 3 ca, chiếm 75%. Theo tác giả Nguyễn Đ. Minh, PT hẹp KN BT-NQ kiểu cắt rời chiếm 63%, không cắt rời 37% [2]. Theo tác giả Nguyễn Năng Bách[1], trong 67 Bệnh nhân hẹp KN BT-NQ có 73,1% mổ kiểu cắt rời tạo hình, 26,9% Bệnh nhân mổ phương pháp không tạo hình. Ta thấy điều trị hẹp KN BT-NQ chủ yếu là mổ tạo hình cắt rời, thống nhất với nhiều báo cáo tại VN và thế giới[1][2].

Số phút mổ của chúng tôi từ 105-120 phút. Theo Nguyễn Đức Minh[2], phút mổ trung bình là 116ph trên 62 Bệnh nhân PT hẹp KN BT-NQ có tạo hình, 91 phút đối với nhóm không tạo hình. Theo Nguyễn V. Hoa về số phút mổ mở đường dưới sườn là $75,3 \pm 17,54$ ph[4]. Phút mổ TB sử dụng nội soi qua PM trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Việt Hoa là $176,84 \pm 63,21$ ph, ngắn nhất 150 phút và dài nhất là 210ph [4]. Chắc đây là giai đoạn đầu PT nội soi được dùng để cắt nối khúc nối BT-NQ ở trẻ nhỏ nên số phút mổ còn dài. 10 năm trở lại, số phút mổ đã ít hơn, báo cáo của Ngô Đ. Hải về PT nội SPM cắt nối khúc nối BT-NQ trên người trưởng thành tại Bv Bình Dân thì số phút mổ TB: 130ph ($56-210$ phút)[3]. Theo Singh và cộng sự cắt nối BT-NQ qua nội soi trong PM trong 142 Bệnh nhân có BT giãn rộng, kết quả thấy số phút mổ TB là 145 phút[7]. Theo Martina và cộng sự thực hiện nội soi qua đường SPM kiểu cắt rời tạo hình cho 86 Bệnh nhân tại Italia, số phút mổ TB là 79,4 phút[6]. Ta nhận thấy thời gian mổ nội soi SPM điều trị hẹp khúc nối BT-NQ trung bình từ 100-140ph, nhanh hơn đáng kể so với nội soi qua ổ bụng do tiếp cận đoạn khúc nối BTNQ dễ hơn do không vướng mạch máu thận đi phía trước. Số phút mổ của chúng tôi cũng gần giống với kết quả nội soi sau phúc mạc của các tác giả khác trên thế giới và Việt Nam [1]. Trong khi đó trên đối tượng người lớn, thời gian mổ trung bình cũng không có sự khác biệt đáng kể so với mổ mở ở những phẫu thuật viên có kinh nghiệm làm nội soi sau phúc mạc.

Các quốc gia khác, đa số nhà nghiên cứu theo dõi Bệnh nhân sau phẫu thuật ở 3 tháng sau mổ để đánh giá triệu chứng lâm sàng, chụp UIV hoặc Chụp CT HTN. Sau, đi siêu âm đánh giá định kỳ 3-6 tháng/lần[11]. Để đánh giá kết quả PT là thành công/thất bại dựa vào dấu hiệu chủ quan là lâm sàng, dấu hiệu khách quan trên phim chụp CT-Scanner HTN và xạ hình thận [2].

Trong báo cáo của chúng tôi, các bệnh nhân được hẹn chụp CT-Scanner dựng hình hệ tiết niệu sau 3 tháng. Có 1 ca hẹp do ĐM cực dưới đi khám lại, lâm sàng không còn đau tức thất lưỡng, chụp CT-Scanner HTN thấy hình ảnh thuốc từ BT xuống NQ lưu thông tốt, nhu mô thận được cải thiện, ĐK trước sau bể thận giảm. Có 3 trường hợp liên hệ nhưng Bệnh nhân

chưa bố trí thời gian để khám lại.

Trên thế giới, nghiên cứu của Singh, Martina đều thấy kết quả tốt với % cao: từ 96,6% tới 98% [6] [7]. Trong khi, nghiên cứu của Nguyễn V. Hoa đánh giá theo dõi xa cắt nối BT-NQ theo PP Anderson-Hynes bằng mổ mở và mổ nội soi gồm 140 bệnh nhân trong 3 năm (từ 01/1/2005 đến 31/8/2008) tại khoa Ngoại - BV Nhi TW và khoa Nhi - BV Việt Đức cho KQ: Tốt 82%, TB 7,5%, xấu 9,4% [4]. Theo Ngô Đ. Hải báo cáo KQ điều trị 100 ca hẹp KN BT-NQ bằng PT nội soi SPM cho kết quả gần như mổ mở (tốt tỷ lệ 87%), nhưng giảm được ngày nằm viện và thẩm mỹ cao [3].

4. KẾT LUẬN

Điều trị hẹp KN BT-NQ bằng phương pháp cắt nối nội soi sau PM tránh được nhược điểm của mổ mở và mổ nội soi qua ổ bụng, thành công như mổ mở, bệnh nhân hồi phục nhanh, ít đau, thẩm mỹ. Có thể triển khai rộng ở các cơ sở ngoại niệu. Tuy nhiên, cần được trang bị kĩ năng bài bản chuyên sâu về PT nội soi SPM, thời gian học tập đủ dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Nguyễn Năng Bách, Trần Đức Quý, Đỗ Ngọc Sơn (2023). Kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản tại Bệnh viện HN Việt Đức. Tạp chí Y học

- Việt Nam, tập 532, trang:39-41
- [2] Nguyễn Đức Minh, Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long (2020). Điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản qua nội soi sau phúc mạc: Đánh giá sau 3 tháng phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức. Tạp chí y dược lâm sàng 108. Số 15, tập 1/2020, trang: 92-98
- [3] 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, Trường Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
- [4] 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 khoa 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 16(1), tr. 211-215.97
- [6] Martina GR (2011) A single institute's experience in retroperitoneal laparoscopic dismemberedpyeloplasty: Results with 86 consecutive patients. J Endourol 25(6): 999-1003
- [7] Singh O (2010) Laparoscopic dismemberedpyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction: experience with 142 cases in a high-volume center. J Endourol 24(9): 1431-1434

