

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT HẸP KHÚC NỐI BỂ THẬN- NIỆU QUẢN TẠI KHOA TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN 103

*Nguyễn Anh Tuấn**

*Lê Anh Tuấn**

*Vũ Thắng**

*Phạm Quang Vinh**

TÓM TẮT

Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản (Ureteropelvic junction obstruction) (BT-NQ) là một trong những dị dạng bẩm sinh thường gặp, việc phát hiện và xử lý sớm sẽ giúp cho bệnh nhân (BN) không bị các biến chứng đáng tiếc. Đã có nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị bệnh này. Từ tháng 8 - 2002 đến 12 - 2008 đã có 53 BN hẹp khúc nối BT-NQ được điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103 trong đó nam: 35 BN, nữ: 18 BN. Hẹp khúc nối ở thận trái: 64,1%, thận phải: 35,9%. Các phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng: cắt thận mất chức năng: 14 BN, cắt bỏ mạch máu bất thường: 5 BN, tạo hình bể thận theo phương pháp Foley: 15 BN, tạo hình bể thận theo phương pháp Anderson-Hynes: 19 BN. Kết quả: tốt: 67,8%, trung bình: 25%, xấu: 7,2%.

* Từ khóa: Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản; Tạo hình bể thận.

RESULTS OF SURGICAL REPAIR OF URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION IN DEPARTMENT OF UROLOGY, 103 HOSPITAL

Nguyen Anh Tuan; Le Anh Tuan; Vu Thang; Pham Quang Vinh

SUMMARY

Ureteropelvic junction obstruction is a common congenital abnormal of the ureter. Retrospective study was done to evaluate the results of surgical repair an ureteropelvic junction obstruction (UPJ) in Department of Urology, 103 Hospital.

From August 2002 to December 2008, 53 patients (35 male and 18 female) with UPJ who were treated by operation: 64.1% of UPJ was on the left and 35.9% on the right. Nephrectomy: 14 patients, the Foley Y-V pyeloplasty: 15 patients, the Anderson-Hynes' pyeloplasty: 19 patients. The satisfied result was achieved in 67.8%, the accepted result was in 25% and the bad was in 7.2%.

* Key words: *Ureteropelvic junction obstruction; Pyeloplasty.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản (UPJ) là một trong những dị dạng bẩm sinh thường gặp, gây tắc nghẽn cản trở lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản. Tỷ lệ gặp

1/1.500 - 1/5.000 ở trẻ sơ sinh [3, 6]. Bệnh phát triển qua nhiều giai đoạn mà nguyên nhân có thể từ bên ngoài hoặc từ bên trong của khúc nối, do đó gây ra hàng loạt bệnh cảnh ứ nước tiểu, điển hình là ứ nước thận và phá hủy thận.

* Bệnh viện 103

Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh

Ở Việt Nam, hẹp khúc nối BT-NQ không hiếm gặp, nhưng chưa được chẩn đoán sớm. BN đến viện phần lớn đã có biến chứng, nhiều trường hợp còn phải cắt thận. Vì vậy, việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời là một yêu cầu cần thiết. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp khúc nối BT-NQ tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

53 BN hẹp khúc nối BT-NQ được phẫu thuật tại Khoa Tiết niệu, Bệnh viện 103 từ tháng 8 - 2002 đến 01 - 2008.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã phẫu thuật tạo hình một lần.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Mô tả hồi cứu.

Các thông tin nghiên cứu bao gồm:

+ Giới, tuổi.

+ Tiêu chuẩn chẩn đoán hẹp khúc nối BT-NQ dựa vào: triệu chứng lâm sàng, siêu âm hệ tiết niệu, chụp thận thuốc tĩnh mạch, chụp niệu quản bể thận ngược dòng (với những trường hợp chụp thận thuốc tĩnh mạch thận không ngấm thuốc).

+ Chỉ định phẫu thuật: BN được chẩn đoán hẹp khúc nối BT-NQ.

+ Các phương pháp điều trị phẫu thuật: tạo hình theo các phương pháp Foley, Anderson-Hynes, cắt bỏ mạch máu bất thường, cắt thận mất chức năng.

+ Biến chứng sau mổ.

+ Kết quả điều trị: chia làm 3 mức độ: tốt, trung bình và xấu.

Tốt: không còn các triệu chứng lâm sàng, siêu âm hệ tiết niệu: nhu mô thận tăng, bể thận thu nhỏ so với khi chưa phẫu thuật, chụp thận thuốc tĩnh mạch: thận ngấm thuốc tốt, lưu thông BT-NQ tốt.

Trung bình: không còn các triệu chứng lâm sàng, siêu âm hệ tiết niệu: nhu mô thận không đổi, bể thận thu nhỏ hoặc không đổi so với khi chưa phẫu thuật, chụp thận thuốc tĩnh mạch: thận ngấm thuốc không rõ ràng, còn hẹp tương đối BT-NQ.

Xấu: có biến chứng phải phẫu thuật lại.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Giới của BN

GIỚI	THẬN TRÁI		THẬN PHẢI	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Nam	22	41,5	13	24,5
Nữ	11	20,7	7	13,3

* Lý do vào viện: đau mạng sườn thắt lưng: 25 BN (47,1%); cơn đau quặn thận: 9 BN (17%); đái máu toàn bài: 3 BN (5,66%); đái đục: 2 BN (3,58%); sốt cao: 2 BN (3,58%); thận to: 12 BN (22,2%).

34/53 BN (64,15%) vào viện với lý do cơn đau quặn thận và đau vùng mạng sườn thắt lưng bên thận bệnh lý. Các lý do khác: 7 BN (13,2%).

* Chụp thận thuốc tĩnh mạch trước mổ: ngấm thuốc tốt: 20 BN (37,7%); ngấm thuốc kém: 19 BN (35,8%); không ngấm thuốc: 14 BN (27,5%).

* Các phương pháp phẫu thuật: tạo hình bể thận theo phương pháp Foley: 15 BN (28,3%); tạo hình bể thận theo phương pháp Anderson-Hynes: 19 BN (35,84%); cắt bỏ

mạch máu bất thường; 5 BN (9,46%); cắt thận mất chức năng: 14 BN (26,4%).

28/39 BN phẫu thuật tạo hình bể thận được kiểm tra lại sau 6 tháng đến 2 năm.

Bảng 2: So sánh siêu âm thận trước mổ và sau mổ.

SIÊU ÂM	TĂNG	KHÔNG ĐỔI	GIẢM
Độ dày nhu mô	19	6	3
Kích thước đài thận	3	13	12
Kích thước bể thận	1	9	18

* Kết quả sau mổ: tốt: 19 BN (67,8%); trung bình: 7 BN (25%); xấu: 2 BN (7,2%).

BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy nam mắc bệnh cao hơn so với nữ (35/18 BN), tỷ lệ mắc bệnh hẹp khúc nối BT-NQ ở thận bên trái cao hơn so với thận bên phải (33 BN = 62,3% so với 20 BN = 37,7%), phù hợp với nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên [1], Nguyễn Việt Hoa [4], Nguyễn Khắc Lợi [2].

Đa số BN nhập viện với các biến chứng, trong đó hay gặp nhất là cơn đau quặn thận và đau mạng sườn thất lạng bên thận bệnh lý (34/53 BN = 64,15%). 12/53 BN (22,64%) thận to, còn lại các biến chứng khác tỷ lệ gặp còn thấp như đái ra máu, đái đục, sốt cao (7/53 BN = 13,2%).

Tất cả BN khi vào viện đều được làm siêu âm hệ tiết niệu và chụp thận thuốc tĩnh mạch. Siêu âm hệ tiết niệu và chụp thận thuốc tĩnh mạch có thể chẩn đoán được 90% BN, với những BN chụp thận thuốc tĩnh mạch mà thận hoàn toàn không ngấm

thuốc, phải chụp BT-NQ ngược dòng thấy bể thận và thận giãn toàn bộ.

Trong phẫu thuật thấy tỷ lệ BN không thể tạo hình được mà phải cắt bỏ quả thận bệnh lý còn khá cao (14/53 BN = 26,4%), qua thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng đánh giá chức năng thận bệnh lý không còn khả năng phục hồi để phẫu thuật tạo hình, thường rơi vào BN đến viện quá muộn. Nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên: 31,75% [1], Nguyễn Xuân Thụy: 63,3% [3].

Nghiên cứu áp dụng khá nhiều phương pháp phẫu thuật tạo hình đối với BN như phẫu thuật tạo hình theo phương pháp Foley (15 BN = 28,3%), cắt bỏ mạch máu bất thường: 5 BN (9,46%) và gần đây là tạo hình bằng phương pháp Anderson-Hynes: 19 BN (35,84%).

Phẫu thuật tạo hình BT-NQ theo phương pháp Anderson-Hynes [5] mới áp dụng cho 2 BN, không có nhiễm trùng tiết niệu. Đường kính ngang lớn nhất của bể thận đo được trên siêu âm hoặc trên phim chụp thận thuốc tĩnh mạch (> 3 cm). Phẫu thuật tạo hình BT-NQ theo phương pháp này là kỹ thuật logic và triệt để nhất, có ưu điểm hơn cả, phù hợp sinh lý [5].

Kiểm tra kết quả sau mổ tạo hình bể thận được 28/53 BN. Qua thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng (siêu âm, chụp thận thuốc tĩnh mạch) cho thấy sau mổ 67,8% kết quả tốt, trung bình 25%; xấu 7,2%, phù hợp với nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên [1], Nguyễn Khắc Lợi [2], Nguyễn Việt Hoa [4].

Theo chúng tôi một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị là: thời gian phát hiện bệnh, nếu BN được chẩn đoán và phẫu thuật sớm sẽ cho kết quả tốt về chức năng,

độ giãn của thận bệnh lý; nếu chức năng thận tốt khả năng hồi phục của thận sẽ tốt, theo chúng tôi cũng như một số tác giả khác nên thực hiện theo phương pháp Anderson-Hynes có kết quả tốt cao.

KẾT LUẬN

Hẹp khúc nối BT-NQ là một bệnh lý bẩm sinh hay gặp ở đường tiết niệu trên, khi phát hiện bệnh dù nguyên nhân bên trong hay bên ngoài thì phẫu thuật tạo hình theo phương pháp Anderson-Hynes là phương pháp logic và triệt để nhất. Kết quả sau mổ: tốt 67,8%, trung bình 25%, xấu 7,2%.

Vì số lượng BN chưa nhiều, thời gian theo dõi sau mổ ngắn nên kết quả thu được chỉ có ý nghĩa tham khảo, cần phải nghiên cứu với mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Vũ Lê Chuyên*. Chẩn đoán và điều trị hội chứng BT-NQ, theo dõi hậu phẫu. Luận án PTS Khoa học Y dược. Trường ĐHY Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. *Nguyễn Khắc Lợi*. Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị hẹp khúc nối BT-NQ ở người lớn tuổi tại Bệnh viện Việt Đức. Luận án tốt nghiệp BSCK2. 2002.
3. *Nguyễn Việt Hoa, Lê Ngọc Từ, Nguyễn Thanh Liêm*. Chẩn đoán và điều trị hẹp khúc nối BT-NQ ở trẻ em bằng phẫu thuật Anderson-Hynes. Hội nghị Ngoại khoa toàn quốc. 2004.
4. *Anderson I.C. Hynes Wilfrd*. Retrocaval ureter. Brit J.Urol. 1994, 21.pp.209-214.
5. *Chevalier.RL, Klahr.S*. Therapeutic approaches in obstructive urolopathy. Semin-Nephrol. 1998, 18 (6), pp.652-658.

