

Tỷ lệ	12,1%	87,9%	100%
-------	-------	-------	------

Nhóm nghiên cứu ghi nhận có 12,1% BN gãy lại xương, hầu hết BN không phát sinh tình trạng gãy lại. Tuy nhiên các năm tiếp theo giảm dần tỷ lệ tái khám và điều trị loãng xương, tăng dần tỷ lệ gãy lại xương. Vị trí xương gãy mới là cổ xương đùi, đầu dưới xương quay hay lún xẹp đốt sống. Đồng thời nhóm chúng tôi phân tích sâu giữa việc điều trị loãng xương và gãy lại xương.

Bảng 3.8. Thống kê BN loãng xương có điều trị hoặc bỏ trị trên tỉ lệ gãy lại xương lần 2 (n = 149)

	Gãy lại xương	Không gãy thêm
Điều trị	1 (5,6%)	111 (84,7%)
Bỏ trị	17 (94,4%)	20 (15,3%)
Tổng số/Tỷ lệ	18/100%	131/100%

Trong tổng số 149 BN loãng xương, nhóm nghiên cứu nhận thấy số BN gãy lại xương phần lớn là bỏ trị với 94,4% (trong 18 BN), trường hợp không gãy thêm hầu như đều tuân thủ việc điều trị loãng xương.

V. KẾT LUẬN

Qua 175 trường hợp nghiên cứu chúng tôi thấy rằng mức độ gãy xương tăng dần theo độ tuổi. Bên cạnh đó mật độ xương loãng chiếm tỷ lệ cao 85,1%. Trong đó có 84,7% BN loãng xương tuân thủ điều trị và không gãy thêm lần nữa, 94,4% BN bỏ điều trị loãng xương bị gãy thêm lần nữa. Vì vậy việc điều trị loãng xương trên BN lớn tuổi gây xương vùng háng rất cần thiết, bên cạnh đó BN cần bám sát quá trình điều trị để giảm thiểu mức độ gãy xương thêm lần nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carlos J. Padilla Colón, PhD (2018), "Muscle and Bone Mass Loss in the Elderly Population: Advances in diagnosis and treatment", Biomed (Syd); 3: 40–49. doi:10.7150/jbm.23390.
2. Greg AJ Robertson, Alexander M Wood (2018), "Hip hemi-arthroplasty for neck of femur fracture: What is the current evidence?", World J Orthop; November 18; 9(11): 235-244.
3. "Hemiarthroplasty of the Hip"; Wheelless' Textbook of Orthopaedics.
4. Stephen Richard Knight, Randeep Aujla, and Satya Prasad Biswas (2011), "Total Hip Arthroplasty - over 100 years of operative history", Orthop Rev (Pavia). 2011 Sep 6; 3(2): e16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC TẠO HÌNH KHÚC NỔ BỂ THẬN-NIỆU QUẢN

Tô Hoàng Dũng*, Vũ Sơn*, Đỗ Trường Thành**
Phan Thanh Lương*, Nguyễn Việt Dũng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật (PT) nội soi sau phúc mạc (NSSPM) tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản (BT – NQ). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu 59 bệnh nhân (BN) được NSSPM điều trị hẹp khúc nối BT – NQ. **Kết quả:** 57/59 BN được đánh giá là PT thành công, đạt tỷ lệ 96,61%, 2/59 BN không có cải thiện trên lâm sàng. Không có tai biến, biến chứng nghiêm trọng trong và sau mổ. **Kết luận:** PTNSSPM tạo hình khúc nối niệu quản – bể thận cho tỷ lệ thành công cao, an toàn.

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

SUMMARY

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Việt Đức

***Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tô Hoàng Dũng

Email: tohoangdung2809@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 30.11.2020

Ngày duyệt bài: 9.12.2020

EVALUATE EARLY RESULTS OF RETROPERITONEAL LAPAROSCOPY SURGERY FOR URETEROPELVIC JUNCTION STENOSIS

Objective: Evaluate early results of retroperitoneal laparoscopy surgery for ureteropelvic junction stenosis. **Subjects and methods:** retrospective descriptions of 59 patients with ureteropelvic junctionstenosis treated by retroperitoneal laparoscopy surgery. **Results:** 57/59 patients were evaluated as having successful surgery, reaching the rate of 96.61%. There are no severe complications during and after surgery. **Conclusion:** retroperitoneal laparoscopy surgery is a safe and effective procedure for ureteropelvic junction stenosis.

Keywords: retroperitoneal laparoscopy, ureteropelvic junction stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối BT – NQ là một bệnh lý thường gặp trong niệu khoa[1]. Khúc nối hẹp làm cho sự lưu thông từ bể thận xuống niệu quản bị tắc nghẽn gây ứ nước ở thận, lâu dài dẫn đến suy giảm chức năng thận. Đặc điểm của bệnh là hiếm khi khúc nối chít hẹp hoàn toàn, do đó

bệnh thường diễn tiến âm ỉ, chức năng thận giảm từ từ, có thể dẫn đến suy chức năng thận.

Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh lý hẹp khúc nối BT – NQ. Trước đây PT mổ mở tạo hình khúc nối BT – NQ là phương pháp điều trị phổ biến nhất, với tỷ lệ thành công trên 95%[2]. Tuy nhiên, nhược điểm của PT mổ mở là thời gian mổ kéo dài, BN mất nhiều thời gian để hồi phục, sẹo mổ lớn gây ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ.

Ngày nay với xu hướng điều trị ít xâm hại nhằm làm giảm thời gian nằm viện và giúp BN nhanh chóng hồi phục, các phương pháp tạo hình qua nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi. Nhiều NC gần đây cho thấy NSSPM tạo hình khúc nối có kết quả tương đương với phẫu thuật mổ mở và được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị bệnh lý hẹp khúc nối BT – NQ[2]. Do đó, chúng tôi tiến hành NC này với mục tiêu "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi sau phẫu thuật tạo hình khúc nối bể thận-niệu quản".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- BN được chẩn đoán hẹp khúc nối BT – NQ có chỉ định phẫu thuật tạo hình.

- Điều trị bằng kỹ thuật NSSPM tạo hình khúc nối BT - NQ

- BN có hồ sơ lưu trữ tại BV Việt Đức từ 01/06/2017 đến ngày 30/06/2020, có đầy đủ thông tin.

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế NC: mô tả hồi cứu.

2.2. Các chỉ tiêu NC:

- Tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, lâm sàng thận to, mức độ ứ nước thận trước mổ trên siêu âm (theo tiêu chuẩn của Quaia [3]), UIV, CLVT (theo tiêu chuẩn phân loại của Valayer và Cendron [1]).

- Phương pháp phẫu thuật:

✓ Cắt rời Anderson-Hynes kinh điển: cắt rời khúc nối kèm cắt nhỏ bể thận.

✓ Cắt rời Anderson-Hynes không kinh điển: cắt rời khúc nối và không cắt nhỏ bể thận.

✓ Cắt rời cải biên: cắt rời niệu quản dưới khúc nối, chuyển vị bể thận niệu quản ra trước mạch máu cực dưới, không cắt bỏ khúc nối.

✓ Tạo hình Y-V

- Thời gian phẫu thuật, mạch máu bất thường, biến chứng trong mổ, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

- Kết quả phẫu thuật: đánh giá triệu chứng lâm sàng, hình thái và chức năng thận qua siêu âm và UIV

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật:

○ Thành công: lâm sàng tốt và cận lâm sàng không ghi nhận tắc nghẽn của khúc nối.

○ Thất bại: lâm sàng không cải thiện hoặc cận lâm sàng ghi nhận tắc nghẽn của khúc nối.

3. Phân tích và xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

NC với 59 BN được NSSPM tạo hình khúc nối BT – NQ, trong đó 01 BN được mổ cả hai bên. Có 38 nam (64,4%) và 21 nữ (35,6%) với độ tuổi trung bình là 32,69 ± 14,82 tuổi.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng (n=59)

Triệu chứng		n	%
Toàn thân	Sốt	2	3,33
	Phù	1	1,70
TC cơ năng	Đái buốt	7	11,90
	Đái dắt	2	3,39
	Đái đục	1	1,69
	Đái máu	2	3,39
	Đau thắt lưng	59	100
TC thực thể	Thận to	45	76,30

Nhận xét: Tất cả BN nhập viện đều có TC đau thắt lưng. Các TC ít gặp hơn có đái buốt (11,9%) và đái dắt (3,4%). Trên lâm sàng, triệu chứng thận to khám thấy trên 45 TH chiếm tỷ lệ 76,3%.

Bảng 2. Mức độ ứ nước thận trước mổ (n=60)

Mức độ ứ nước	Siêu âm		UIV		CLVT	
	n	%	n	%	n	%
Độ 1	14	23,3	16	26,7	14	23,3
Độ 2	26	43,3	26	43,3	26	43,3
Độ 3	18	30,0	17	28,3	18	30,0
Độ 4	2	3,4	1	1,7	2	3,4

Nhận xét: Tất cả các BN trong nhóm NC đều được siêu âm trước mổ, trong đó, tỷ lệ BN thận ứ nước độ 2, độ 3 trên siêu âm là cao nhất, lần lượt là 43,3% và 30%. Chỉ có 2 BN chiếm 3,4% có ứ nước thận độ 4 trên siêu âm. Mức độ ứ nước trên CLVT tương tự trên siêu âm. Trên UIV,

đa số BN có thận ứ nước ở độ 2 với 26 trường hợp chiếm 43,3%.

Bảng 3. Phương pháp mổ (n=60)

Phương pháp mổ	n	%
Cắt rời A – H không kinh điển	34	56,7
Cắt rời A – H kinh điển	13	21,7

Cắt rời cải biên	11	18,3
Tạo hình Y – V	2	3,4
Tổng	60	100

Nhận xét: Đa số BN được tiến hành tạo hình theo phương pháp có cắt rời (96,6%), trong đó, cắt rời A – H không kinh điển chiếm đa số (56,7%). Có 21,7% số TH cắt rời khúc nối kèm cắt nhỏ bề thận.

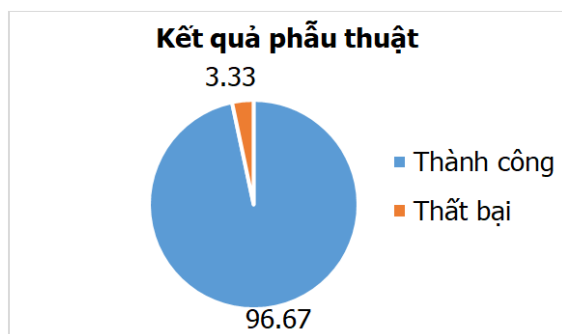
Bảng 4. Đặc điểm kỹ thuật mổ (n=60)

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian mổ trung bình (phút)	100,92± 22,61
Động mạch cực dưới n (%)	8 (13,3)
Sỏi thận kèm theo n (%)	3 (5)

Bảng 5. So sánh mức độ ứ nước thận trên siêu âm trước và sau mổ 3 tháng (n=60)

Đặc điểm	Trước mổ		Sau mổ 3 tháng		p	
	n	%	n	%		
Thận ứ nước	Không giãn	0	0	14	23,3	0,001
	Độ 1	14	23,3	33	55,0	
	Độ 2	26	43,3	11	18,3	
	Độ 3	18	30,0	2	3,3	
	Độ 4	2	3,3	0	0	

Nhận xét: Có sự cải thiện về mức độ ứ nước của thận trên siêu âm, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê, p<0,05.



Biểu đồ 1. Kết quả phẫu thuật (n=60)

Nhận xét: Theo NC của chúng tôi, tỷ lệ thành công của phương pháp này là 96,7% (thành công ở 58/60 TH). Chỉ có 02 TH không cải thiện sau mổ.

Bảng 6. Kết quả lâm sàng và CLS sau mổ 3 tháng (n=59)

Đặc điểm	Cải thiện	Không cải thiện	Tổng
Lâm sàng	58	01	59
Siêu âm	60	0	60
UIV	59	01	60

Nhận xét: Trên LS, hầu hết các BN đều có cải thiện sau mổ 03 tháng, chỉ có 01 BN sau mổ vẫn còn triệu chứng đái đục. Tất cả các BN đều không có triệu chứng tắc nghẽn trên siêu âm. Trên UIV, 59/60 TH có cải thiện sau mổ 03 tháng. Chỉ có 01 BN không cải thiện so với trước mổ.

Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	7,10±3,07
--------------------------------------	-----------

Nhận xét: thời gian mổ trung bình là 100,92 ± 22,61 phút, trong đó đa số BN có thời gian mổ dưới 120 phút, không có trường hợp nào thời gian mổ trên 180 phút.

Tổn thương sỏi thận kèm theo gặp trong mổ là 3 trường hợp (chiếm 5%). Tất cả những BN này đều được lấy sỏi trong lúc mổ qua bơm rửa bể thận hoặc dùng dụng cụ nội soi lấy sỏi qua vết rạch bể thận. Trong NC ghi nhận 8 TH có động mạch cực dưới bất thường gây hẹp BT – NQ.

Thời gian nằm viện trung bình là 7,10 ± 3,07 ngày, trong đó, đa số BN nằm viện từ 5–7 ngày.

Bảng 7. Biến chứng sau mổ (n=60)

Biến chứng	n	%
Nhiễm trùng vết mổ	10	16,7
Bục miệng nối	6	10,0
Tràn khí dưới da	3	5,0

Nhận xét: trong quá trình mổ, chúng tôi không gặp bất kỳ tai biến nào. Sau mổ, biến chứng hay gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, gặp ở 10 TH, chiếm 16,7%. Ngoài ra còn gặp các BC khác như bục miệng nối (10,0%) và tràn khí dưới da (5,0%). Tất cả các BC này đều được điều trị nội khoa mà không cần mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

Trong điều trị bệnh lý hẹp khúc nối BT – NQ, mổ mở vẫn được coi là phẫu thuật với tỷ lệ thành công cao (95%), tỉ lệ tái phát sau mổ thấp [2]. Tuy nhiên, phương pháp này có nhiều nhược điểm như ảnh hưởng đến tâm lý do phẫu thuật, để lại sẹo lớn ảnh hưởng đến thẩm mỹ, thời gian hồi phục kéo dài. Phẫu thuật NSSPM là một kỹ thuật ít xâm lấn, mang lại nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, sẹo mổ nhỏ, không ảnh hưởng đến thẩm mỹ, mặt khác vẫn đem lại tỷ lệ thành công tương đương với mổ mở [4].

Kỹ thuật NSSPM cho phép tiếp cận trực tiếp với BT–NQ, do đó rút ngắn thời gian phẫu thuật. Trong NC này, thời gian phẫu thuật trung bình là

100,92 ± 22,61 phút, tương đương với các tác giả khác [4],[5] và ngắn hơn so với mổ nội soi trong phúc mạc [6].

Trong NC này, có 8 TH có động mạch bất thường bắt chéo ngang khúc nối. Những TH này đều được phẫu thuật cắt rời niệu quản dưới khúc nối, chuyển vị BT – NQ ra trước mạch máu cực dưới. Kết quả phẫu thuật đều thành công ở 8 TH này.

Trong mổ, chúng tôi không gặp bất kỳ biến chứng nào nghiêm trọng phải dừng phẫu thuật. Gần đây, 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[7].

Kết quả có 57 TH được đánh giá là thành công và 2 TH thất bại trong nghiên cứu này, tỉ lệ thành công là 96,67%. Kết quả này tương đương với kết quả của một số tác giả khác như Nguyễn Đức Minh (2018) [2] và Soulié Michel (2001) [5]. Trong 2 TH thất bại có 01 TH có biểu hiện đái đục sau khi ra viện 3 tháng. BN này trước mổ có đái đục kèm BC niệu (+++), đã được điều trị kháng sinh trước mổ. Tuy nhiên, sau mổ BN vẫn còn biểu hiện của nhiễm trùng niệu. BN này tiếp tục được điều trị bằng kháng sinh, TC đái đục không còn. 01 TH thất bại khác là BN có thận không ngấm thuốc trên UIV trước mổ. Mặc dù không còn TCLS nhưng theo dõi trên UIV không thấy cải thiện so với trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Với tỷ lệ thành công là 96,61%, PT NSSPM đạt kết quả điều trị tương đương phẫu thuật mổ mở, đồng thời hạn chế được các tai biến 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. **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 sỹ Y học, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Đức, Minh, Vũ Nguyễn, Khải, Ca, Hoàng Long (2018)**. Kết quả lâu dài điều trị hẹp khúc nối bể thận - niệu quản qua nội soi sau phúc mạc. Y học Việt Nam, 465(1): 8-12.
3. **Quaia Emilio, De Paoli Luca, Martingano Paola, et al.(2014)**. Obstructive uropathy, pyonephrosis, and reflux nephropathy in adults. In: Radiological imaging of the kidney, Springer: 353-89.
4. **Zhang Xu, Li Hong-Zhao, Wang Shao-Gang, et al.(2005)**. Retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: experience with 50 cases. Urology, 66(3): 514-7.
5. **Soulié michel, salomon laurent, patard jean-jacques, et al.(2001)**. extraperitoneal laparoscopic pyeloplasty: a multicenter study of 55 procedures. the journal of urology, 166(1): 48-50.
6. **jarrett thomas w, chan david y, charambura tanya c, et al.(2002)**. laparoscopic pyeloplasty: the first 100 cases. the journal of urology, 167(3): 1253-6.
7. **chen zhi, chen xiang, qi lin, et al.(2011)**. retroperitoneoscopic dismembered pyeloplasty for pediatric ureteropelvic junction obstruction: a report of 85 cases. zhong nan da xue xue bao. yi xue ban= journal of central south university. medical sciences, 36(5): 430.
8. **martina giorgio r, verze paolo, giummelli pierluigi, et al.(2011)**. a single institute's experience in retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: results with 86 consecutive patients. journal of endourology, 25(6): 999-1003.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG BÊN TRONG Ở BỆNH NHÂN GỠ KÍN MẮT CÁ WEBER B

Đặng Minh Quang*, Đặng Hoàng Anh*, Phạm Đăng Ninh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm và kết quả điều trị phẫu thuật kết xương bên trong ở bệnh nhân gầy mắt cá loại Weber B. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu 39 bệnh nhân được chẩn đoán gầy kín mắt cá chân Weber B điều trị bằng mổ mở kết xương bên trong tại khoa Chấn

thương chỉnh hình Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả:** Tuổi trung bình 44,10 ± 14,32 tuổi, đa số là nhóm 51 đến 65 tuổi chiếm 58,97%, tiếp theo nhóm từ 21 đến 50 tuổi chiếm 30,77%. Nguyên nhân gây tai nạn chủ yếu gặp là tai nạn thể thao (46,15%) và tai nạn giao thông (38,46%), bệnh nhân nam giới (61,54%). Bệnh nhân vào viện sau tai nạn (76,92%). Bệnh nhân được mổ sớm trong tuần đầu (94,87%). Tỷ lệ bệnh nhân gầy mắt cá ngoài đơn thuần là 46,15% và gầy mắt cá ngoài kết hợp với gầy mắt cá trong là 33,33%. Kết quả điều trị xa sau phẫu thuật đa số có tỷ lệ khá trở lên (93,1%). Điểm trung bình theo AOFAS là 90,82 ± 8,3 với điểm thấp nhất là 75 và điểm cao nhất là 100. **Kết luận:** bệnh nhân gầy kín mắt cá loại Weber B được nhập viện sớm, phẫu thuật sớm cho kết quả xa

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Minh Quang

Email: minhquang.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2020

Ngày phản biện khoa học: 27.11.2020

Ngày duyệt bài: 9.12.2020