

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm SF-36 để đánh giá CLCS của người bệnh THKG, kết quả cho thấy: Điểm CLCS tăng dần theo quá trình điều trị bằng huyết tương giàu tiểu cầu từ $50,5 \pm 13,0$ thời điểm trước điều trị lên $78,9 \pm 11,2$ sau điều trị đối với nhóm bệnh nhân giai đoạn II và tăng từ $47,2 \pm 20,4$ lên $83,7 \pm 9,4$ ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III. Việc cải thiện tình trạng đau cũng như cải thiện khả năng vận động của khớp gối được xem là nguyên nhân hàng đầu khiến CLCS của người bệnh được cải thiện.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 34 bệnh nhân THKG điều trị bằng liệu pháp tiêm huyết tương giàu tiểu cầu tự thân cho thấy điểm VAS, Lequesne tại các thời điểm sau tiêm giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Điểm CLCS tăng dần sau các thời điểm điều trị. Chức năng vận động khớp gối theo thang điểm WOMAC của bệnh nhân cũng được cải thiện, sau điều trị 3 tháng không còn bệnh nhân nào bị hạn chế vận động ở mức trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fransen M., L. Bridgett, L. March, et al. (2011), "The epidemiology of osteoarthritis in

- Asia", Int J Rheum Dis, 14(2), pp. 113-121.
2. Trần Ngọc Ân và Nguyễn Thị Ngọc Lan (2004), Thoái hóa khớp và thoái hóa cột sống, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Dhillon M. S., S. Patel and T. Bansal (2019), "Improving PRP for use in osteoarthritis knee-upcoming trends and futuristic view", J Clin Orthop Trauma, 10(1), pp. 32-35.
4. Bùi Hải Bình (2016), Nghiên cứu điều trị bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu tự thân, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y, Hà Nội.
5. Phạm Hoài Thu, Nguyễn Thị Thoa và Trần Thu Giang (2020), "Kết quả điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát bằng liệu pháp huyết tương giàu tiểu cầu sau 6 tháng", Tạp chí nghiên cứu y học, 134(10), tr. 65-72.
6. Nguyễn Văn Đức, Nguyễn Thị Ngọc Yến và cộng sự (2023), "Đánh giá chất lượng cuộc sống người bệnh thoái hóa khớp gối nguyên phát sử dụng bộ câu hỏi WHOQOL-BREF", Tạp chí Y học Việt Nam, 526(5), tr 122-128.
7. Trần Thái Hà và Bùi Trí Thuật (2021), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối tại Bệnh viện đa khoa Mê Linh", Tạp chí Y học Việt Nam, 514(2), tr. 280-284.
8. Whittaker J. L., J. M. Losciale, C. B. Juhl, et al. (2022), "Risk factors for knee osteoarthritis after traumatic knee injury: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials and cohort studies for the OPTIKNEE Consensus", Br J Sports Med, 56(24), pp. 1406-1421.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỔ NIỆU QUẢN - NIỆU QUẢN ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN NIỆU QUẢN ĐÔI HOÀN TOÀN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Mai Thủy^{1,3}, Nguyễn Phương Thảo²

TÓM TẮT

Thận niệu quản đôi hoàn toàn là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp của hệ tiết niệu ở trẻ em. Chỉ định phẫu thuật điều trị dựa vào đặc điểm hình thái bệnh lý của từng bệnh nhân. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng với mục tiêu bảo tồn tối đa chức năng thận. Phẫu thuật nổ niệu quản - niệu quản là phương pháp hiệu quả và được áp dụng rộng rãi. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nổ niệu quản - niệu quản điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu

mô tả trên 37 bệnh nhân được phẫu thuật nổ niệu quản - niệu quản điều trị thận niệu quản đôi hoàn toàn tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 - tháng 6/2022. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/ nữ là 1/3,6. Tuổi trung bình 20 ± 19 tháng (2 - 72 tháng tuổi). Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 54%. Kết quả phẫu thuật: thời gian mổ trung bình là 82,8 phút, tổn thương chủ yếu là giãn niệu quản đơn vị thận trên (94,6%). Không có biến chứng chảy máu hay tổn thương đơn vị thận dưới, có 1 trường hợp áp xe tồn dư sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $3,3 \pm 1,3$ ngày. Theo dõi sau mổ có 34/37 bệnh nhân (91,9%) kết quả tốt: lâm sàng không triệu chứng, đài bể thận niệu quản không giãn hoặc giảm kích thước với trước mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật nổ niệu quản - niệu quản là phẫu thuật an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, có tính khả thi và hiệu quả phù hợp với đặc điểm hình thái bệnh lý.

Từ khóa: Nổ niệu quản - niệu quản, thận niệu quản đôi hoàn toàn.

SUMMARY

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Trường Đại học Y Dược - Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mai Thủy

Email: nguyenmaithuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 01.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 10.10.2024

RESULTS OF URETERAL-URETERAL ANASTOMOSIS SURGERY IN THE TREATMENT OF COMPLETE DUPLICATION OF THE RENAL COLLECTING SYSTEM IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Complete duplication of the renal collecting system is a common congenital anomaly in the pediatric urological system. The surgical intervention is determined based on the morphological characteristics of each patient's pathology. Various surgical methods have been employed with the aim of preserving renal function and minimizing kidney resection. Ureteral-ureteral anastomosis surgery is one commonly applied method. **Objective:** Evaluate the surgical outcomes of ureteral-ureteral anastomosis in the treatment of complete duplication of the renal collecting system in children. **Subjects and Methods:** A retrospective analysis of 37 patients who underwent ureteral-ureteral anastomosis surgery for complete duplication of the renal collecting system at the National Children's Hospital from January 2018 to June 2022. **Results:** The male-to-female ratio was 1:3.6. The average age was 20 ± 19 months (2 – 72 months). The most common clinical presentation was urinary tract infection, accounting for 54%. Surgical outcomes included an average operating time of 82.8 minutes, with the main injury being dilation of the upper renal unit (94.6%). No cases of bleeding or injury to the lower renal unit were reported, with one case of residual obstruction postoperatively. The average postoperative hospital stay was 3.3 ± 1.3 days. Postoperative follow-up showed favorable outcomes in 34 out of 71 patients (91.9%): no clinical symptoms, non-dilated or reduced size of the renal collecting system compared to preoperative conditions. Conclusion: Ureteral-ureteral anastomosis surgery is a safe and effective procedure with low complication rates, feasibility, and positive outcomes.

Keywords: Ureteral-ureteral anastomosis, complete duplication of the renal collecting system

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận niệu quản đôi hoàn toàn là sự tồn tại hai hệ thống bể thận – niệu quản riêng rẽ đổ vào bàng quang ở các vị trí khác nhau ở cùng một bên thận, đây là một trong những dị tật bẩm sinh thường gặp của hệ tiết niệu ở trẻ em. Bệnh gặp ở khoảng 1% dân số và 10% trẻ em được chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu. Ở nhiều bệnh nhân, dị tật này được phát hiện tình cờ, không có triệu chứng lâm sàng. Với sự phát triển của siêu âm chẩn đoán trước sinh, nhiều trường hợp thận niệu quản đôi đã được theo dõi và điều trị sớm cho trẻ, từ đó giảm các biến chứng và tăng tỉ lệ điều trị bảo tồn đơn vị thận. Thận niệu quản đôi (TNQĐ) hoàn toàn biểu hiện đa dạng về hình thái bệnh lý như giãn đài bể thận – niệu quản, trào ngược bàng quang – niệu quản, niệu quản lạc chỗ, túi sa niệu quản... Tùy theo tổn thương giải phẫu bệnh mà trẻ có biểu hiện lâm

sàng khác nhau như nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN), sỏi rì, sỏi khó, đau bụng... Chỉ định phẫu thuật điều trị bệnh thận niệu quản đôi dựa vào hình thái bệnh lý của từng bệnh nhân với mục tiêu bảo tồn tối đa chức năng thận. Các phẫu thuật bảo tồn đơn vị thận thường được áp dụng như: nối niệu quản – niệu quản, trồng niệu quản vào bàng quang, mở túi sa niệu quản... Phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản là một trong những phương pháp phẫu thuật bảo tồn được chỉ định với những trường hợp có niệu quản lạc chỗ hoặc giãn đài bể thận ở một đơn vị thận. Báo cáo này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản điều trị bệnh thận niệu quản đôi hoàn toàn ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân thận niệu quản đôi hoàn toàn được phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2018 – tháng 6/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán là thận niệu quản đôi hoàn toàn được phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản, bệnh án nghiên cứu đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp có chức năng đơn vị thận tổn thương dưới 10%, đã được phẫu thuật điều trị thận niệu quản đôi trước đó.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, theo dõi dọc

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2022 có 37 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn nghiên cứu, có 29 BN nữ chiếm 78,4%, tỷ lệ nam/nữ là: 1/3,6

- Tuổi trung bình là: $20 \pm 19,1$ tháng, nhỏ nhất: 2 tháng tuổi, lớn nhất: 72 tháng tuổi. Nhóm tuổi phổ biến là từ 2-10 tháng tuổi (chiếm 51,4%)

- Tỷ lệ phát hiện bệnh lý qua siêu âm trước sinh là 78,4%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng trước và sau phẫu thuật

Các đặc điểm lâm sàng	Trước mổ (n=37)	Sau mổ (n=37)
Nhiễm khuẩn tiết niệu	20 (54%)	1
Đái rì	4 (10,8%)	0
Đái khó	5 (13,5)	0
Đau bụng	6 (16,2%)	0
Không triệu chứng	7 (11,3%)	36

Nhận xét: Triệu chứng chủ yếu là nhiễm khuẩn tiết niệu gặp ở. Có 11,3% trường hợp không có triệu chứng lâm sàng. Sau mổ chỉ còn 1 trường hợp NKTN.

Bảng 3.2. Đặc điểm hình thái bệnh lý trước phẫu thuật

Đặc điểm hình thái	Số bệnh nhân (n=37)	Tỷ lệ (%)
Giãn niệu quản đơn vị thận trên	35	94,6
Trào ngược bàng quang – niệu quản vào đơn vị thận dưới	4	10,8
Niêu quản lạc chỗ	5	13,5
Túi sa niệu quản	12	32,4

Nhận xét:

- Hình thái bệnh lý chủ yếu là giãn niệu quản đơn vị thận trên (94.5%).

- Trong 4 trường hợp có trào ngược bàng quang niệu quản vào đơn vị thận dưới có 1 trường hợp trào ngược độ III, 3 trường hợp còn lại có trào ngược độ I – II.

Bảng 3.3. Kích thước đài bể thận và niệu quản trên siêu âm trước và sau mổ

	Trước mổ	Sau mổ	p
Đường kính ĐBT ĐVTT (mm)	19,9 ± 8,5	9,1 ± 5,1	<0,005
Đường kính ĐBT ĐVTD (mm)	6 ± 1,5	4,7 ± 0,9	0,0001
Đường kính niệu quản ĐVTT (mm)	9,4 ± 3,7	4,9 ± 3,7	<0,005

Nhận xét: - Đường kính đài bể thận ĐVTT và niệu quản ĐVTT đều giảm, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Đài bể thận ĐVTD sau mổ đường kính trung bình $4,7 \pm 0,9$ mm. Các trường hợp sau mổ đều không giãn đài bể thận ĐVTD. Khác biệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Kết quả xạ hình thận sau mổ nối niệu quản – niệu quản

	Trước mổ	Sau mổ	p
Mức lọc cầu thận ĐVTT (ml/phút) (n=20)	10,4 ± 3,6	13,2 ± 4,1	0,0067
Mức lọc cầu thận bên phẫu thuật (ml/phút) (n=21)	29,5 ± 7,5	36,9 ± 8,8	0,0009
Chức năng ĐVTT (%) (n=21)	15,1 ± 5,6	17,4 ± 4,6	0,08

Nhận xét:

- Mức lọc cầu thận ĐVTT và bên thận phẫu thuật sau mổ cải thiện hơn so với trước mổ, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Chức năng ĐVTT trung bình tăng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Một trường hợp sau phẫu thuật có kết quả xạ hình thận không ghi nhận chức năng đơn vị thận trên.

Kết quả phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình là 82,8 phút, thời

gian nằm viện sau mổ là 3,3 ngày

- Có 1 trường hợp còn áp xe tồn dư sau mổ, không có biến chứng chảy máu, tổn thương các đơn vị thận.

- Sau mổ có 91,9% trường hợp có kết quả tốt: không còn triệu chứng lâm sàng, không còn các hình thái bệnh lý và không phải can thiệp lần hai. Có 1 trường hợp kết quả xấu sau mổ NKTN tái phát, chức năng ĐVTT tiếp tục giảm, phải phẫu thuật lần 2 cắt ĐVTT, 1 trường hợp còn túi sa niệu quản (kích thước giảm so với trước mổ).

IV. BÀN LUẬN

Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) chiếm 54%, ngoài ra còn có các biểu hiện lâm sàng khác như đái rì, đái khó, đau bụng với tỉ lệ 10,8% – 16,2%. Các nghiên cứu khác cũng cho rằng NKTN là biểu hiện thường gặp nhất: báo cáo của Nguyễn Thanh Quang (2021) có 51%, Abdelhalim (2019) gặp 54,3% trường hợp. Bệnh nhân không có triệu chứng NKTN sau mổ là một trong những tiêu chí quan trọng để đánh giá thành công của phẫu thuật. Sau phẫu thuật chúng tôi chỉ còn 1 trường hợp có biểu hiện NKTN, tỉ lệ thành công là 94,7% cao hơn các nghiên cứu của Abdelhalim tỉ lệ điều trị thành công NKTN là 73,7% và của Lee là 88%.

Về đặc điểm hình thái bệnh lý trong nhóm nghiên cứu có 94,6% có giãn niệu quản đơn vị thận trên. Giãn niệu quản ĐVTT do có sự tắc nghẽn niệu quản, có thể do nguyên nhân niệu quản lạc chỗ (NQLC), túi sa niệu quản (TSNQ) hoặc hẹp vị trí nối niệu quản vào bể thận. Nghiên cứu ghi nhận có 13,5% trường hợp có niệu quản lạc chỗ và 32,4% có túi sa niệu quản. Trong một số nghiên cứu về phương pháp này, tỉ lệ về những hình thái bệnh lý này có phần lớn hơn, như Rodrigues (2016) báo cáo 43% có TSNQ và 21% có NQLC hay Abdelhalim báo cáo TSNQ chiếm 40%, 11% có NQLC.

Chỉ định phẫu thuật nối niệu quản niệu quản cho các trường hợp niệu quản lạc chỗ hoặc trường hợp có giãn niệu quản một đơn vị thận. Thường ĐVTT là đơn vị thận bị tổn thương sẽ được phẫu thuật nối niệu quản ĐVTT vào niệu quản ĐVTD. Điều này được thể hiện qua 94,6% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu giãn niệu quản ĐVTT và 5 bệnh nhân niệu quản lạc chỗ được phẫu thuật nối niệu quản – niệu quản. Có 2 trường hợp không giãn niệu quản ĐVTT. Bệnh nhân 1: trường hợp này giãn niệu quản đài bể thận ĐVTD do trào ngược bàng quang niệu quản độ III vào ĐVTD gây giảm chức năng ĐVTD (chức năng ĐVTD chỉ chiếm 13% tổng chức

năng 2 thận), đài bể thận và niệu quản ĐVTT đều không giãn và không có dấu hiệu tắc nghẽn, đổ lạc chỗ hay trào ngược niệu quản. Bệnh nhân này được phẫu thuật nối niệu quản ĐVTD vào niệu quản ĐVTT. Trường hợp đặc biệt này không phải chỉ định thường gặp của nối niệu quản - niệu quản, sau mổ bệnh nhân hồi phục tốt về triệu chứng lâm sàng cũng như không giãn niệu quản và đài bể thận 2 đơn vị thận. Đây là chỉ định phù hợp với đặc điểm hình thái của bệnh nhân. Tuy nhiên đây chỉ là 1 trường hợp trong nhóm nghiên cứu, không mang tính đại diện, cần nghiên cứu thêm về những trường hợp tương tự. Trường hợp 2 không giãn niệu quản gặp ở bệnh nhân có biểu hiện đá rì do niệu quản ĐVTT lạc chỗ, chỉ định nối niệu quản ĐVTT vào niệu quản ĐVTD là phù hợp, sau mổ bệnh nhân hết đá rì, tiến triển tốt. Như vậy, phẫu thuật nối niệu quản niệu quản có hiệu quả khi chỉ gặp tổn thương niệu quản ở một đơn vị thận, thường nối niệu quản ĐVTT vào niệu quản ĐVTD.

Trong nhóm nghiên cứu về phẫu thuật nối niệu quản - niệu quản của chúng tôi có ghi nhận 3 trường hợp khác có trào ngược bàng quang niệu quản độ I - II vào niệu quản ĐVTD. Những trường hợp này sau mổ đều cải thiện tốt về mặt triệu chứng lâm sàng, kích thước đài bể thận niệu quản giảm nhiều. Sau mổ có 1 trường hợp được chụp xạ hình thận đo chức năng cũng cho kết quả cải thiện chức năng thận cả 2 đơn vị, không trường hợp nào được chụp lại phim chụp bàng quang ngược dòng đánh giá tình trạng trào ngược sau mổ, đây là hạn chế của một nghiên cứu hồi cứu. Theo Lebowitz (2013) không nên chỉ định nối niệu quản đơn vị thận trên vào niệu quản ĐVTD nếu có trào ngược hoặc tổn thương niệu quản ĐVTD. Tuy nhiên trong nghiên cứu này ủng hộ quan điểm có thể cân nhắc nối niệu quản niệu quản ở những bệnh nhân tổn thương niệu quản ĐVTT kèm trào ngược niệu quản ĐVTD độ I, II.

Trong nhóm bệnh nhân này có 12 trường hợp có túi sa niệu quản, tất cả sau khi nối niệu quản ĐVTT vào niệu quản ĐVTD đều không cần xử lý trực tiếp TSNQ, sau thời gian theo dõi khám lại lần gần nhất hầu hết không thấy còn túi sa niệu quản.

Thời gian phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi là 82,8 phút (từ 40 - 120 phút), tương đồng so với một số báo cáo như tác giả Nguyễn Thanh Quang báo cáo thời gian mổ trung bình là 81 phút và nhỏ hơn với một số báo cáo trên thế giới như báo cáo của Harms là 129 phút, Prieto là 109 phút, Villanueva là 129 phút.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có

trường hợp nào xảy ra biến chứng trong và sau mổ. Có 2 trường hợp khó khăn trong mổ do viêm dính nhiều và khó phân biệt 2 niệu quản. Có 1 trường hợp theo dõi phải mổ lại sau 1 tháng do áp xe tồn dư và 1 trường hợp mổ lần 2 cắt đơn vị thận trên do bệnh nhân còn NKTN và thận trên giãn mất chức năng. Trường hợp mổ lần 2 cắt đơn vị thận trên không ghi nhận xảy ra ở nhóm có TSNQ hay NQLC.

Sau mổ ghi nhận còn 1 trường hợp còn TSNQ, kích thước nhỏ hơn so với trước mổ. Không có trường hợp nào xuất hiện trào ngược bàng quang - niệu quản, niệu quản - niệu quản hay hẹp vị trí nối niệu quản - niệu quản, bể thận - niệu quản.

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 22,3 tháng. Sau mổ đánh giá trung bình đường kính niệu quản - đài bể thận ĐVTT có giảm rõ rệt, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chức năng thận biểu hiện qua mức lọc cầu thận có cải thiện cả ở ĐVTT và thận bên phẫu thuật, khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Phẫu thuật nối niệu quản - niệu quản cho kết quả hồi phục tốt ở 91,9%: hết triệu chứng, đài bể thận niệu quản không giãn hoặc giảm kích thước với trước mổ, không biểu hiện tắc nghẽn niệu quản hoặc trào ngược bàng quang niệu quản. Ngoài ra có 1 trường hợp sau mổ vẫn biểu hiện NKTN, đài bể thận niệu quản ĐVTT tiếp tục giãn, mất chức năng ĐVTT dẫn đến phải phẫu thuật lần 2 cắt ĐVTT; 1 trường hợp còn áp xe tồn dư sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất của thận niệu quản đôi là nhiễm khuẩn tiết niệu. Phẫu thuật nối niệu quản - niệu quản là lựa chọn an toàn, tỉ lệ biến chứng thấp, có tính khả thi và hiệu quả đối với những trường hợp có giãn niệu quản ở một đơn vị thận, niệu quản lạc chỗ, có thể cân nhắc ở những trường hợp có trào ngược bàng quang - niệu quản độ I, II vào ĐVTD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **John Michael Gatti. Ureteral Duplication, Ureteral Ectopia, and Ureterocele: Practice Essentials, Pathophysiology, Epidemiology.** Published online November 22, 2021.
2. **Kenneth G. Nepple HMS. Ureteral Duplication, Ectopy, and Ureterocele. In: Pediatric Urology.** Saunders Elsevier; 2010:337-352.
3. **Butchtel HA.** Uretero - ureterostomy. J Urol. 1965; 93:153-157.
4. **Abdelhalim A, Chamberlin JD, Truong H, et al.** Ipsilateral ureteroureterostomy for ureteral duplication anomalies: predictors of adverse outcomes. J Pediatr Urol. 2019;15(5):468. e1-

- 468.e6. doi:10.1016/j.jpuro.2019.05.016
5. **Lee YS, Hah YS.** Factors associated with complications of the ureteral stump after proximal ureteroureterostomy. *J Urol.* 2012;188(5):1890-1894.
 6. **Rodrigues I, Estevão-Costa J, Fragoso AC.** Complete Ureteral Duplication: Outcome of Different Surgical Approaches. *Acta Med Port.* 2016;29(4):275-278. doi:10.20344/amp.6329
 7. **Lebowitz RL, Arnold G.** Operative Pediatric Surgery. Vol 85. 7th ed.; 2013.
 8. **Nguyễn Thanh Quang, Lê Anh Tuấn, Nguyễn Thanh Liêm.** Kết quả điều trị thận niệu quản đôi bằng phương pháp nội niệu quản niệu quản có nội soi sau phúc mạc sử dụng 1 trocar hỗ trợ. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 137:16-23.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÓ THỞ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ GIAI ĐOẠN MUỘN BẰNG MORPHIN LIỀU THẤP TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Hồ Duy Tuấn Anh¹, Phan Minh Ngọc¹,
Nguyễn Thảo Linh¹, Trần Huy Kính¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị khó thở của Morphine liều thấp ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư giai đoạn muộn, có triệu chứng khó thở mức nặng và đáp ứng kém với các phương pháp điều trị khó thở trước đó, trong thời gian từ tháng 10/2023 đến tháng 8/2024 tại bệnh viện HNĐKNA. Mức độ khó thở và hiệu quả điều trị được đánh giá dựa trên thang điểm NRS, chỉ số SpO₂, nhịp thở. Các yếu tố liên quan kết quả điều trị và tác dụng không mong muốn của phác đồ được ghi nhận và phân tích. **Kết quả:** Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 69; nam giới chiếm 81,3%. Chỉ số thể trạng ECOG 2-3 có tỷ lệ tương đương (50,0). Ung thư nguyên phát tại phổi chiếm ưu thế (62,5%). Nguyên nhân gây khó thở nhiều nhất là viêm phổi (87,5%); tiếp đến là u chèn ép (62,5) và bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính-COPD(59,4%) kèm theo. Sau điều trị, tần số thở trung bình giảm dần tại các thời điểm thăm khám so với thời điểm thăm khám trước đó, tuy vậy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê duy trì trong khoảng 4h đầu sau điều trị. Điểm NRS ở mọi thời điểm giảm có ý nghĩa thống kê so với các thời điểm thăm khám liên trước đó. Triệu chứng co kéo lồng ngực giảm rõ rệt về mức độ nặng tại các thời điểm 15p, 30p, 1h, 4h sau điều trị, mức giảm không có ý nghĩa tại thời điểm 24h khi so sánh với thời điểm thăm khám trước đó. Đa số tác dụng không mong muốn (TDKMM) ở mức độ 1, không ghi nhận trường hợp nào từ độ 3 trở lên; TDKMM thường gặp nhất là táo bón và nôn/buồn nôn. **Kết luận:** Phác đồ Morphine liều thấp là một phương pháp điều trị giảm nhẹ hiệu quả đối với tình trạng khó thở ở bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có triệu chứng khó thở dai dẳng nặng.

Từ khóa: Ung thư giai đoạn muộn, Morphine liều thấp, Khó thở, Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Duy Tuấn Anh

Email: hotuananh725@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.9.2024

Ngày duyệt bài: 9.10.2024

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF DYSPNEA IN TERMINAL CANCER PATIENTS WITH LOW-DOSE MORPHINE AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: Evaluation of the effectiveness of low-dose morphine in treating dyspnea in patients with terminal cancer. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 32 patients diagnosed with advanced cancer, with severe dyspnea symptoms and poor response to previous dyspnea treatments, from October 2023 to April 2024 at the Nghe An General Friendship Hospital. The severity of dyspnea and treatment effectiveness were assessed based on the NRS score, SpO₂ index, and respiratory rate. Factors related to treatment outcomes and adverse effects of the regimen were recorded and analyzed. **Results:** The mean age of the study group was 69; men accounted for 81.3%. The ECOG 2-3 physical status index had a similar rate (50.0%). Primary lung cancer was predominant (62.5%). The most common cause of dyspnea was pneumonia (87.5%); followed by tumor compression (62.5) and Chronic Obstructive Pulmonary Disease -COPD (59.4%). After treatment, mean respiratory rate gradually decreased at each examination moment compared to the former examination moment, however, the statistically significant difference remained in the first 4 hours after treatment. The NRS score at all moment decreased statistically significantly compared to the previous examination moment. Chest retraction symptoms decreased significantly in severity at 15 minutes, 30 minutes, 1 hour, and 4 hours after treatment, the decrease was not significant at 24 hours when compared to the previous examination time point. The majority of adverse events (AEs) were in grade 1, no cases were grade 3 or higher; the most common AEs were constipation and vomiting/nausea. **Conclusion:** Low-dose morphine regimen is an effective palliative treatment for dyspnea in advanced cancer patients with severe persistent dyspnea.

Keywords: Terminal cancer, Low dose morphine, Dyspnea, Nghe An General Friendship Hospital