

CLINICAL CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT FOR POSTERIOR URETHRAL VALVE IN CHILDREN IN CHILDREN'S HOSPITAL 2

Pham Ngoc Thach^{1*}, Nguyen Cao Hoang Nam¹,
Tran Nguyen Nhat Thang², Le Nguyen Yen^{1,2}, Truong Nguyen Uy Linh²

¹Children's Hospital 2 -14 Ly Tu Trong, Sai Gon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

²University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City - 217 Hong Bang, Cho Lon Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 11/08/2025

Revised: 25/08/2025; Accepted: 24/09/2025

ABSTRACT

Objectives: This study aims to analyze the clinical and paraclinical characteristics of children with posterior urethral valves and to evaluate the outcomes of endoscopic resection of posterior urethral valves.

Methods: A retrospective study was conducted involving 27 cases of endoscopic posterior urethral valve resection performed at Children's Hospital 2 from January 2015 to December 2023.

Results: The cohort consisted of 27 patients, with a median age of 4 months. The primary presenting symptoms included abnormal urination (dysuria and dribbling), which were observed in 44.4% of the cases. Factors influencing the decision for primary surgery included renal function, vesicoureteral reflux (VUR), hydronephrosis, the presence of a megaureter, and the urethroscopic size relative to the patient's anatomy. The types of primary surgeries performed were as follows: endoscopic posterior urethral valve resection (40.7%), vesicostomy (40.7%), and a combination of both procedures (18.6%). The rate of postoperative complications was 29.6%, with issues such as residual valves and urethral strictures. Favorable outcomes were observed in 59.3% of cases, moderate outcomes in 22.2%, and unfavorable outcomes in 18.5%.

Conclusion: Endoscopic posterior urethral valve resection surgery is a minimally invasive technique that demonstrates a high success rate and a low complication rate in the treatment of posterior urethral valves.

Keywords: Posterior urethral valve, endoscopic posterior urethral valve resection, vesicostomy, Children's Hospital, Vietnam.

*Corresponding author

Email: dr.thachpham@gmail.com Phone: (+84) 902187095 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3315>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VAN NIỆU ĐẠO SAU Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Phạm Ngọc Thạch^{1*}, Nguyễn Cao Hoàng Nam¹,
Trần Nguyễn Nhật Thắng², Lê Nguyễn Yên^{1,2}, Trương Nguyễn Uy Linh²

¹Bệnh viện Nhi Đồng 2 -14 Lý Tự Trọng, P. Sài Gòn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - 217 Hồng Bàng, P. Chợ Lớn, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/08/2025

Chỉnh sửa ngày: 25/08/2025; Ngày duyệt đăng: 24/09/2025

ABSTRACT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt van niệu đạo sau qua nội soi niệu đạo (CVNĐSQNSNĐ) ở trẻ em.

Phương pháp: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu 27 trường hợp (TH) được điều trị phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ tại Bệnh viện Nhi đồng 2 trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2023.

Kết quả: Có 27 phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ đã được đưa vào nghiên cứu với tuổi trung vị là 4 tháng. Lý do trẻ nhập viện thường gặp là tình trạng đi tiểu bất thường (tiểu khó, tiểu rỉ, nhỏ giọt), chiếm 44,4%. Chỉ định phẫu thuật của trẻ được dựa trên các yếu tố bao gồm tình trạng chức năng thận, trào ngược bàng quang niệu quản (TNBQNQ), thận ứ nước, dẫn niệu quản, kích cỡ ống soi niệu đạo so với bệnh nhi. Các phương pháp phẫu thuật được sử dụng bao gồm CVNĐSQNSNĐ (40,7%), mở bàng quang ra da (40,7%) và CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da (18,6%). Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 29,6% bao gồm cắt van không hoàn toàn và hẹp niệu đạo. Kết quả phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ cho thấy 59,3% trẻ có kết quả tốt, 22,2% trẻ có kết quả trung bình và 18,5% trẻ có kết quả xấu.

Kết luận: Phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ là can thiệp xâm lấn tối thiểu, có tỉ lệ thành công cao và làm giảm các hệ quả của bệnh van niệu đạo sau (VNĐS).

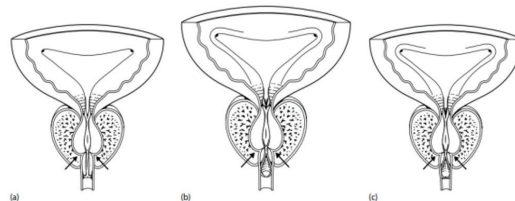
Từ khóa: Van niệu đạo sau, cắt van niệu đạo sau qua nội soi niệu đạo, mở bàng quang ra da.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Van niệu đạo sau (VNĐS) ở trẻ em được phát sinh từ sự phì đại của các nếp gấp niêm mạc niệu đạo. Đây là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây tắc nghẽn đường tiết niệu dưới ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. VNĐS chỉ xảy ra ở trẻ nam với tỉ lệ 1/5.000 – 1/8.000 và có thể gây tử vong. Bệnh thận mạn giai đoạn cuối chiếm tỉ lệ cao ở những bệnh nhi này, từ 30 – 42% và có tới 7% trong số bệnh nhi này cần phải ghép thận [1].

Trong những năm gần đây, với kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh trước sinh hiện đại, trẻ bị VNĐS ngày càng được phát hiện sớm. Hình ảnh gợi ý VNĐS trên siêu âm trước sinh bao gồm dẫn niệu quản, bàng quang và niệu đạo tiền liệt tuyến, có thể có dấu hiệu lỗ chìa khóa [2]. Sau sinh, VNĐS có thể được chẩn đoán xác định trên phim chụp bàng quang-niệu đạo lúc tiểu [2].

Vào năm 1919, Young đã chia VNĐS thành 3 loại chủ yếu dựa trên kết quả khám nghiệm tử thi [2]. Tuy nhiên, nhiều tác giả không đồng ý với phân loại này của Young. Năm 1994, Dewan đã chứng minh rằng VNĐS là một màng ngăn cách xa ụ núi và được nối liên tục với ụ núi bằng các nếp gấp niêm mạc [2]. Do đó, Dewan đã đề xuất thuật ngữ “màng ngăn niệu đạo sau gây tắc nghẽn bẩm sinh” (COPUM) để định nghĩa loại thương tổn này [2].



Hình 1. Phân loại van niệu đạo

*Tác giả liên hệ

Email: dr.thachpham@gmail.com Điện thoại: (+84) 902187095 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD16.3315>

Sau sinh, khi tình trạng lâm sàng ổn định, tất cả bệnh nhi sẽ được phẫu thuật cắt VNĐS qua nội soi niệu đạo (2,3,4). Các yếu tố đánh giá thành công của phẫu thuật bao gồm tiểu thành tia, dòng nước tiểu mạnh, không xảy ra các biến chứng sau phẫu thuật, các rối loạn do hậu quả của VNĐS được cải thiện qua hình ảnh học và chức năng thận. Tuy nhiên, trong những trẻ sinh non, nhẹ cân không có ống soi niệu đạo kích thước phù hợp hoặc có tình trạng suy giảm chức năng thận, trào ngược bàng quang niệu quản, thận ứ nước hoặc dẫn niệu quản nặng, bệnh nhi sẽ được chỉ định phẫu thuật chuyển lưu dòng nước tiểu [2,3].

Hiện nay, phẫu thuật cắt van niệu đạo sau qua nội soi niệu đạo (CVNĐSQNSNĐ) ở trẻ em đã được thực hiện tại nhiều trung tâm y tế lớn ở Việt Nam. Một số báo cáo trong nước cho thấy phẫu thuật mang lại kết quả khả quan với tỉ lệ biến chứng thấp [5,6]. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật và tỉ lệ các can thiệp khác sau phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ với các phương pháp phẫu thuật thì đều khác nhau như thế nào, khả năng áp dụng rộng rãi các phương pháp này để mang lại lợi ích cho bệnh nhi trở thành các vấn đề đang ngày càng được quan tâm.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhi được chẩn đoán VNĐS và được điều trị phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ tại Khoa Thận Niệu Bệnh viện Nhi đồng 2, Thành phố Hồ Chí Minh, từ ngày 1/1/2015 đến 31/12/2023.

- *Tiêu chí chọn:* Bệnh nhi dưới 16 tuổi được điều trị tại Bệnh viện Nhi đồng 2 với chẩn đoán VNĐS.

- *Tiêu chí loại trừ:* Bệnh nhi VNĐS đã được CVNĐSQNSNĐ và được phẫu thuật mở bàng quang ra da trước đó nhưng chưa được đóng lỗ mở bàng quang ra da.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Trường hợp với phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

- Quy trình nghiên cứu và biến số:

Thông tin bệnh nhi được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án và bổ sung thông tin thông qua liên hệ với người thân của bệnh nhi (nếu cần) về tuổi, chẩn đoán trước sinh, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học. Phương pháp phẫu thuật và kết quả điều trị cũng được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án.

- Phân tích và xử lý số liệu: Toàn bộ dữ liệu nghiên cứu sẽ được nhập, lưu trữ và phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 14. Chi-square (Fisher exact test hoặc kiểm định Mann-Whitney U) được sử dụng để phân tích dữ liệu. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

- Phương pháp phẫu thuật:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ được thực hiện khi trẻ đã ổn định về mặt nội khoa. Bệnh nhi được gây mê, nằm ngửa, mông đặt sát cuối bàn mổ. Trẻ được đặt ở tư thế sản phụ khoa. Ống soi bàng quang kích thước 7,5Fr hoặc 10Fr thường được sử dụng tùy theo độ tuổi của trẻ. Sau đó, đưa ống soi vào trong bàng quang rồi kéo dần ra sẽ thấy niệu đạo sau dẫn rộng. Tiếp theo, vị trí ụ núi được chỉ ra (VNĐS là cấu trúc duy nhất liên quan tới ụ núi). Khi đã chẩn đoán xác định, bác sĩ tiến hành cắt van ở vị trí 4-8 giờ, 12 giờ hoặc cả 3 vị trí bằng dao lạnh hoặc đốt điện. Sau khi cắt van, có thể kiểm tra kết quả bằng cách đè trên xương mu kiểm tra dòng nước tiểu, nếu tia nước tiểu còn yếu thì ta tiếp tục thực hiện cắt van đến khi tia nước tiểu chảy mạnh thành dòng. Nếu có chảy máu niệu đạo, việc đốt cầm máu nên được thực hiện cẩn thận vì có thể gây tổn thương niệu đạo hoặc ống dẫn tinh. Sau khi cắt van, đặt ống thông niệu đạo và có thể rút sau 1 – 3 ngày theo dõi. Ngoài ra có thể tiến hành phẫu thuật cắt da quy đầu sau khi cắt van.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được chấp thuận bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Nhi Đồng 2, mã nghiên cứu 46/23-BVNĐ2, Quyết định số 617/GCN-BVNĐ2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu, có 27 trẻ VNĐS đủ tiêu chuẩn chọn vào được đưa vào nghiên cứu. Tổng số bệnh nhi VNĐS có tuổi trung vị lúc chẩn đoán là 4 tháng. Bệnh nhi được phát hiện bất thường qua siêu âm trước sinh có 10 trường hợp (TH) (37,1%). Lý do nhập viện thường gặp là tình trạng đi tiểu bất thường (tiểu rì, tiểu lắt nhắt, tiểu đau, tiểu khó, nhỏ giọt), chiếm 44,4%. TNBQNNQ chiếm 38,1% trẻ, chủ yếu là TNBQNNQ hai bên.

Tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trước phẫu thuật chiếm 70,4%. Nhóm bệnh nhi có chức năng thận thấp nhất thuộc nhóm phẫu thuật mở bàng quang ra da với nồng độ creatinine là $1,60 \pm 0,90$ mg/dL và độ lọc cầu thận ước tính là $21,7 \pm 16,1$ mL/phút/1,73m².

Bảng 1. Đặc điểm trước mổ

Đặc điểm	n=27
Tỉ lệ chẩn đoán trước sinh	10 (37,1%)
Phân bố theo nhóm tuổi	
≤ 1 tháng	11 (40,7%)
1 tháng – 5 tuổi	12 (44,5%)
> 5 tuổi	4 (14,8%)

Đặc điểm	n=27
Lý do nhập viện	
Tiểu bất thường	12 (44,4%)
Sốt	4 (14,9%)
Bí tiểu	3 (11,1%)
Tiểu đục	1 (3,7%)
Suy hô hấp	1 (3,7%)
Không triệu chứng	6 (22,2%)
Triệu chứng thực thể	
Báng bụng	4 (14,8%)
Cầu bàng quang	5 (18,5%)
Không	18 (66,7%)
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	19 (70,4%)
Hình ảnh siêu âm bụng	
Thận ứ nước	23 (85,2%)
Dãn niệu quản	19 (70,4%)
Dày thành bàng quang	9 (33,3%)
Phim chụp bàng quang-niệu đạo lúc tiểu	
Bất thường hình ảnh bàng quang	16 (76,2%)
Bất thường niệu đạo sau	10 (47,6%)
TNBQNQ	8 (38,1%)
Chức năng thận trước phẫu thuật	
CVNĐSQNSNĐ	0,74 ± 0,44 mg/dL (80,3 ± 30,5 ml/phút/1,73m ²)
Mở bàng quang ra da	1,60 ± 0,90 mg/dL (21,7 ± 16,1 ml/phút/1,73m ²)
CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da	2,52 ± 2,10 mg/dL (26,8 ± 25,8 ml/phút/1,73m ²)

Giá trị thể hiện bằng số ca (%) hoặc trung bình (khoảng giá trị)

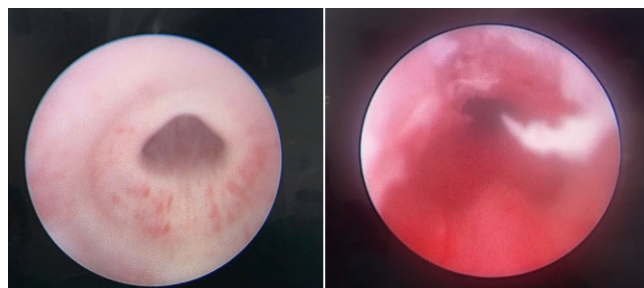
Về đặc điểm phẫu thuật, tất cả các trường hợp bệnh nhi là VNĐS loại I. Chỉ định phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tình trạng chức năng thận, TNBQNQ, thận ứ nước, dãn niệu quản, kích cỡ ống soi niệu đạo so với bệnh nhi. Các phương pháp phẫu thuật tiếp cận thì đầu gồm CVNĐSQNSNĐ, mở bàng quang ra da và CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da. Cắt van ở các vị trí 4-8 giờ, 12 giờ hoặc cả 3 vị trí 4-8-12 giờ. Trong đó, vị trí cắt van nhiều nhất

là 12 giờ (14 TH, chiếm 51,8%). Tỷ lệ cắt van bằng đốt điện cao hơn so với dao lạnh (70,4% so với 29,6%). Tỷ lệ cắt da quy đầu sau phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ là 77,8% (bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật thì đầu	
CVNĐSQNSNĐ	11 (40,7%)
Mở bàng quang ra da	11 (40,7%)
CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da	5 (18,6%)
Thời gian phẫu thuật	61,5 ± 29,9 phút
Cắt da quy đầu	21 (77,8%)
Vị trí cắt van	
4-8 giờ	10 (37,1%)
12 giờ	14 (51,8%)
4-8-12 giờ	3 (11,1%)
Dụng cụ	
Dao lạnh	8 (29,6%)
Đốt điện	19 (70,4%)

Giá trị thể hiện bằng số ca (%) hoặc trung bình (khoảng giá trị)



Hình 2. Hình ảnh van niệu đạo sau trước và sau khi cắt qua nội soi niệu đạo

Sau phẫu thuật, các bệnh nhi được tái khám, làm các xét nghiệm sinh hóa, nước tiểu và hình ảnh học sau 1 – 3 tháng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhi cắt da quy đầu thấp hơn so với không cắt da quy đầu (16,7% so với 33,3%). Chức năng thận sau phẫu thuật của bệnh nhi ở 3 nhóm phẫu thuật thì đầu tương đương với nhau và trở về mức bình thường. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 29,6% bao gồm cắt van không hoàn toàn và hẹp niệu đạo, trong đó biến chứng trong nhóm sử dụng đốt điện nhiều hơn dao lạnh (62,5% so với 32,5%) và trong nhóm cắt van tại vị trí 12 giờ cao hơn nhóm cắt van ở vị trí 4-8 giờ và 4-8-12 giờ (75% so với lần lượt là 12,5% và 12,5%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phẫu thuật

được chia làm 3 nhóm: Các TH có kết quả tốt sau phẫu thuật đều đi tiểu thành tia, dòng nước tiểu mạnh và không xảy ra các biến chứng.

Các TH có kết quả trung bình cần phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ lần 2 do biến chứng cắt van không hoàn toàn. Các TH có kết quả xấu là những bệnh nhi cần phải can thiệp phẫu thuật lại vì những vấn đề sau phẫu thuật gồm 1 TH hẹp niệu đạo được tiến hành nội soi nong niệu đạo, 1 TH TNBQNN hai bên được phẫu thuật cầm lại niệu quản hai bên vào bàng quang, 1 TH TNBQNN hai bên và cắt van không hoàn toàn được phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ lần 2 kết hợp cầm lại niệu quản hai bên vào bàng quang, 1 TH TNBQNN hai bên được phẫu thuật dẫn lưu niệu quản hai bên ra da và 1 TH có chức năng thận suy giảm. Kết quả phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 16 TH có kết quả tốt (59,3%), 6 TH có kết quả trung bình (22,2%) và 5 TH có kết quả xấu (18,5%) (bảng 3).

Bảng 3. Theo dõi sau phẫu thuật

Hình ảnh siêu âm sau phẫu thuật	
Thận ứ nước	19 (70,4%)
Dẫn niệu quản	13 (48,1%)
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	
Không cắt da quy đầu	7 (33,3%)
Cắt da quy đầu	1 (16,7%)
Chức năng thận sau phẫu thuật	
CVNĐSQNSNĐ	0,52 ± 0,15 mg/dL (110,2 ± 26,4 ml/phút/1,73m ²)
Mở bàng quang ra da	0,52 ± 0,16 mg/dL (90,5 ± 24,3 ml/phút/1,73m ²)
CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da	0,4 ± 0,1 mg/dL (90,4 ± 13,8 ml/phút/1,73m ²)
Kết quả phẫu thuật	
Tốt	16 (59,3%)
Trung bình	6 (22,2%)
Xấu	5 (18,5%)
Biến chứng sau phẫu thuật	
Cắt van không hoàn toàn	7 (25,9%)
Hẹp niệu đạo	1 (3,7%)

Giá trị thể hiện bằng số ca (%) hoặc trung bình (khoảng giá trị)

4. BÀN LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất ở bệnh nhi VNĐS gồm tình trạng bí tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu và dẫn đường tiết niệu trên thường là hệ quả của việc tắc nghẽn dòng nước tiểu. Những biểu hiện này khi phát hiện cần được thăm khám và đánh giá cẩn thận để loại trừ tình trạng tắc nghẽn đường tiết niệu. Ngoài ra, các xét nghiệm hình ảnh học và sinh hóa rất cần thiết để đánh giá tình trạng dẫn đường tiết niệu nên được thực hiện thường quy để có thể đưa ra phương án quản lý và điều trị thích hợp.

Phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ được coi là phương pháp chính ở bất kỳ bệnh nhi nào được chẩn đoán VNĐS. Mục tiêu điều trị là khôi phục dòng nước tiểu đi qua niệu đạo và cho phép bàng quang hoạt động theo chu kỳ bình thường. Phẫu thuật thì đầu ở các bệnh nhi VNĐS hầu hết được chia làm hai nhóm gồm CVNĐSQNSNĐ và mở bàng quang ra da [3,4]. Tuy nhiên tại trung tâm nghiên cứu của chúng tôi có 5 TH (18,6%) được CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da thì đầu. Trong nhóm này, bệnh nhi có các chỉ định cần phẫu thuật chuyển lưu dòng nước tiểu tương tự như nhóm mở bàng quang ra da thì đầu như tình trạng giảm chức năng thận (3 TH, chiếm 60%), dẫn lớn đường tiết niệu trên kèm TNBQNN (1 TH, chiếm 20%), bí tiểu (1 TH, chiếm 20%).

Chúng tôi ghi nhận còn 70,4% TH còn tình trạng thận ứ nước sau phẫu thuật, giảm so với trước phẫu thuật (85,2%) và chủ yếu là hình ảnh thận ứ nước hai bên, chiếm 89,5%. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận còn 48,1% còn tình trạng dẫn niệu quản sau phẫu thuật và tỉ lệ này cũng giảm so với trước phẫu thuật (70,4%). Hình ảnh dẫn niệu quản hai bên cũng chiếm đa số (84,6%). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận những hình ảnh gợi ý tiên lượng xấu, được dùng để dự đoán khả năng mắc bệnh thận mạn trong tương lai gồm mất phân biệt vỏ-tủy (3,7%), thận teo (3,7%), thận tăng âm (7,4%), nang thận (3,7%).

Trước phẫu thuật, độ lọc cầu thận ước tính ở 2 nhóm bệnh nhi mở bàng quang ra da và CVNĐSQNSNĐ kết hợp mở bàng quang ra da thì đầu đều nhỏ hơn 60 ml/phút/1,73m². Tuy nhiên sau phẫu thuật, chức năng thận của các bệnh nhi có sự thay đổi rõ rệt so với trước phẫu thuật, đặc biệt ở 2 nhóm bệnh nhi có chỉ định phẫu thuật chuyển lưu dòng nước tiểu, đã quay trở về mức bình thường.

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 8 TH (29,6%) có biến chứng sau phẫu thuật được ghi nhận trong thời gian theo dõi sau CVNĐSQNSNĐ. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Công Thắng[5], Sarhan[7] với tỉ lệ lần lượt là 8% và 10%. Chúng tôi cũng ghi nhận có 11 TH (chiếm 40,7%) cần phẫu thuật can thiệp lần 2 do xảy ra biến chứng hoặc cần các can thiệp khác vì những vấn đề sau phẫu thuật. Báo cáo của Tourchi8 cũng ghi nhận có 42,9% bệnh nhi còn tình trạng TNBQNN sau phẫu thuật

CVNĐSQNSNĐ, trong đó có 13,6% bệnh nhi được chỉ định phẫu thuật cắt lại niệu quản vào bàng quang. Tác giả ghi nhận có 66% TH điều trị bảo tồn dùng kháng sinh dự phòng tự khỏi qua thời gian theo dõi. Do đó nghiên cứu kết luận rằng liệu pháp kháng sinh dự phòng nên được ưu tiên trong nhóm bệnh nhi còn tình trạng TNBQNNQ sau phẫu thuật. Trong TH TNBQNNQ kèm theo nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát nhiều lần hoặc có tình trạng suy giảm chức năng thận, nên cân nhắc chích chất keo sinh học (Deflux) qua nội soi[8].

Qua đó, chúng tôi đánh giá kết quả phẫu thuật cắt VNĐS qua nội soi niệu đạo gồm 59,3% TH có kết quả tốt, 22,2% TH có kết quả trung bình và 18,5% TH có kết quả xấu. Hình ảnh siêu âm, tỉ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, chức năng thận và các biến chứng sau phẫu thuật không khác biệt giữa ba nhóm phẫu thuật thì đầu.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật CVNĐSQNSNĐ là can thiệp xâm lấn tối thiểu, có tỉ lệ thành công cao. Hiện nay phương pháp điều trị VNĐS vẫn chưa được rõ ràng và thống nhất. Các phương pháp phẫu thuật thì đầu tuy tiếp cận khác nhau nhưng đều có kết quả khả quan và làm giảm các hệ quả của VNĐS. Tuy nhiên cần nhiều nghiên cứu theo dõi dài hạn hơn kết hợp đo niệu động học nhằm đánh giá chức năng thận và chức năng bàng quang sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Parkhouse HF, Barratt TM, Dillon MJ (1988). Long-term outcome of boys with posterior urethral valves. *British journal of urology*;62(1):59-62.
- [2] Puri P, Paolo C, Michele I (2018). *Posterior urethral valves*. 4th.CRC Press.
- [3] Hofmann AA-O, Haider M, Cox A, Vauth F, Rösch WH (2022). Is Vesicostomy Still a Contemporary Method of Managing Posterior Urethral Valves?. *Children Journal*.;2227-2267
- [4] Nasir AA, Oyinloye AO, Abdur-Rahman LO (2020). Short-Term Outcomes of Treatment of Boys with Posterior Urethral Valves. *Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigerian Medical Association*, 306-311.
- [5] Lê CT, Lê TH, Lê TS, Vries CD (2005). Cắt nội soi trong điều trị van niệu đạo sau. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.;9:34 - 39.
- [6] Phạm NT, Lê NY, Trần QV, Lê TĐ (2013). Kết quả điều trị cắt van niệu đạo sau qua nội soi tại Bệnh viện Nhi đồng 2. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*.;17:380-383.
- [7] Sarhan O, El-Ghoneimi A, Hafez A, Dawaba M, Ghali A, Ibrahim el H (2010). Surgical complications of posterior urethral valve ablation: 20 years' experience. *Journal of Pediatric Surgery*. 45(11):2222-2226.
- [8] Tourchi A, Kajbafzadeh AM, Aryan Z, Ebadi M (2014). The management of vesicoureteral reflux in the setting of posterior urethral valve with emphasis on bladder function and renal outcome: a single-center cohort study. *Urology*. 83(1):199-205.

