PHẦN I: TIẾT NIỆU

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CÁC TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI Ở PHỤ NỮ TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Trường An[1], Phan Nguyễn Tường Ni[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm các triệu chứng đường tiểu dưới ở nữ giới từ 40 tuổi trở lên và khảo sát một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang ở 70 phụ nữ từ 40 tuổi trở lên có triệu chứng đường tiểu dưới đến khám tại Bệnh viện trường Đại học Y dược Huế từ tháng 06/2020 đến tháng 03/2021. Mô tả đặc điểm triệu chúng đường tiểu dưới của đối tượng nghiên cứu theo bảng câu hỏi BFLUTS và nghiên cứu mối liên quan với một số yếu tố ảnh hưởng.

Kết quả: Triệu chứng đường tiểu dưới phổ biến nhất là nhóm triệu chứng chứa đựng 88,7% (tiểu nhiều lần chiếm tỷ lệ cao nhất là 75,7%), nhóm triệu chứng tống xuất và nhóm triệu chứng sau tiểu chiếm tỷ lệ thấp hơn (45,7%, 18,6%). Điểm BFLUTS trung bình 26,2 ± 8,60, tăng theo tuổi. Các yếu tố như bệnh mãn tính, sử dụng thuốc điều trị kéo dài, chỉ số khối cơ thể, can thiệp phẫu thuật phụ khoa, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát liên quan đến sự thay đổi điểm BFLUTS ($p < 0,05$). Các yếu tố: táo bón mãn tính, mãn kinh, sinh con ≥ 2con, phương pháp sinh, đẻ con có cân nặng ≥ 4kg, cắt tầng sinh môn trong khi sinh không có liên quan đến sự thay đổi BFLUTS ($p > 0,05$).

Kết luận: Triệu chứng đường tiểu dưới phổ biến nhất ở nữ trên 40 tuổi là tiểu nhiều lần. Các yếu tố có liên quan đến LUTS bao gồm: bệnh mãn tính, sử dụng thuốc điều trị kéo dài, BMI, tuổi, can thiệp phẫu thuật phụ khoa, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, triệu chứng đường tiểu dưới, BFLUTS, phụ nữ.

SUMMARY

A STUDY OF THE CHARACTERISTICS OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AND ASSOCIATED FACTORS IN WOMEN AGED 40 AND OVER

Objectives: Determining the characteristics of lower urinary tract symptoms and associated factors in women aged 40 and over.

Methods: The cross sectional study was conducted to evaluate lower urinary tract symptoms and associated factors 70 women aged 40 and over at Hue University of Medicine Pharmacy Hospital from 06/2020 to 03/2021. Describe patients's lower urinary tract symptoms according to BFLUTS questionnaire and the association with several influence factors.

Results: The most common lower urinary tract symptoms was storage symptoms 88,7% (increased daytime frequency with highest rate 75,7%), the voiding and postmicturition symptoms accounted for a lower percentage (45.7% and 18.6%). BFLUTS average scores 26,2 ± 8,60 and BFLUTS total scores increased

[1]*Trường Đại học Y Dược Huế*
Liên hệ tác giả: PGS.TS. Nguyễn Trường An
Email: email: ntan@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 21/6/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 5/8/2021

with age. BFLUTS scores of the women demonstrated statistically significant differences according to several risk factors including presence of chronic illness, long medicine use, body mass index, gynecologic surgery, recurrent urinary tract infections ($p < 0.05$). The factos included chronic constipation, menopause status, ≥ 2 children, method of delivery, vaginal birth of ≥4 kg fetus, episiotomy were not relevant with $p < 0,05$.

Conclusion: The most common lower urinary tract symptoms in women aged 40 and over was frequency. Chronic illness, long medicine use, body mass index, age, gynecologic surgery, recurrent urinary tract infections are the risk factors for lower urinary tract symptoms.

Keywords: life quality, lower urinary tract symptoms, BFLUTS, women.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Triệu chứng đường tiểu dưới (Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS) là những triệu chứng liên quan đến việc lưu trữ và bài xuất nước tiểu thông qua đường tiểu dưới. Theo hiệp hội tiểu tự chủ thế giới (International Continence Society – ICS) các triệu chứng đường tiểu dưới được chia làm 3 nhóm: nhóm triệu chứng liên quan đến chứa đựng (storage symptoms), nhóm triệu chứng tống xuất (voiding symptoms), nhóm triệu chứng sau tiểu (postmicturition symptoms) [14]. Triệu chứng đường tiểu dưới phổ biến ở cả nam và nữ ở mọi lứa tuổi đặc biệt ở người già [20], theo một nghiên cứu ở Ba Lan về LUTS trên 40 tuổi nhận thấy tỷ lệ mắc LUTS là 69.8% (nam 66.2%, nữ 72.6%) [16], LUTS là một trong những nguyên nhân làm giảm chất lượng cuộc sống, hoạt động xã hội, chất lượng cuộc sống tình dục, năng suất nơi làm việc, từ đó là gánh nặng đánh kể cho xã hội và nền kinh tế trong nước. Ở nam giới, các triệu chứng của đường tiểu dưới thường liên quan chủ yếu tới bệnh lý tuyến tiền liệt, trong khi nguyên nhân ở nữ giới chưa được xác định rõ ràng. Bảng điểm BFLUTS do Viện tiết niệu Bristol phát triển nhằm xác định tình trạng tiểu không tự chủ, triệu chứng đường tiểu dưới khác và ảnh hưởng của chúng đối với phụ nữ về chức năng tình dục và chất lượng cuộc sống, gồm 19 câu hỏi, gồm 5 mục chính gồm: nhóm triệu chứng chứa đựng, nhóm triệu chứng tống xuất, nhóm triệu chứng không tự chủ, ảnh hưởng chức năng tình dục và tác động của nó đến chất lượng cuộc sống ở phụ nữ. Điểm dao động của bộ câu hỏi là từ 0 đến 71 điểm, điểm càng cao thể hiện triệu chứng càng nặng, và điều này sẽ ảnh hưởng nhiều đến chức năng tình dục và chất lượng cuộc sống của người phụ nữ [18]. Và tại Việt Nam có rất ít báo cáo về LUTS ở phụ nữ trên 40 tuổi. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài: *"Nghiên cứu đặc điểm các triệu chứng đường tiểu dưới ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên và một số yếu tố liên quan"* nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm các triệu chứng đường tiểu dưới ở nữ giới từ 40 tuổi trở lên.

2. Khảo sát một số yếu tố liên quan đến triệu chứng đường tiểu dưới ở nữ giới từ 40 tuổi trở lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu: 70 phụ nữ từ 40 tuổi trở lên có triệu chứng đường tiểu dưới đến khám tại khoa Ngoại Tiết niệu Thần kinh, Đơn vị tán sỏi và Nội soi Tiết niệu – Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

3. Thời gian lấy số liệu: 06/2020 – 03/2021.

4. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân nữ trên 40 tuổi có các triệu chứng đường tiểu dưới được đo niệu dòng đồ.

5. Tiêu chuẩn loại trừ:

Kết quả niệu dòng đồ có thể tích nước tiểu < 150ml

6. Biến số đo lường:

Đặc điểm chung: tuổi, hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, kinh tế.

Triệu chứng đường tiểu dưới, bảng điểm BFLUTS.

Một số yếu tố: Bệnh mãn tính, sử dụng thuốc, táo bón mãn tính, sinh con, đường sinh : đường tự nhiên, mổ lấy thai , cả đường tự nhiên và mổ lấy thai, cắt tầng sinh môn, phẫu thuật phụ khoa, BMI (phân thành < 18,5; 18,5-22,9; 23 – 24,9; ≥ 25), nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát, Qmax, thể tích nước tiểu tồn dư (PVR) [18].

7. Xử lý số liệu: Thống kê mô tả cho các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Kiểm định trung bình Independent Samples T test, One - way ANOVA. Phân tích hồi quy tuyến tính Linear, viết phương trình tuyến tính đơn y = Bx + B0. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học dựa trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu		N	%
Tuổi	40 - 44	11	15,7
	45 - 49	7	10
	50 - 54	10	14,3
	55 - 59	10	14.3
	>= 60	32	45,7
Trình độ học vấn	Mù chữ	7	10
	Tiểu học	19	27,1
	Trung học cơ sở	16	22,9
	Trung học phổ thông	12	17,1
	Đại học	16	22,9
Kinh tế	Thấp	25	35,7
	Trung bình	41	58,6
	Khá trở lên	4	5,7
Nghề nghiệp	Đi làm	40	57,1
	Nội trợ	30	42,9
Hôn nhân	Đã kết hôn	69	98,6
	Góa	1	1,4

Nhận xét: Đối tượng có độ tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7%, đối tượng có độ tuổi thấp nhất là 45 – 49 tuổi có tỷ lệ 10%. Và độ tuổi trung bình là 50,4 ± 10,95. Học vấn chiếm tỷ lệ cao nhất là tiểu học với 27,1%, khoảng 10% số phụ nữ tham gia nghiên cứu mù chữ. Kinh tế hầu hết đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình 58,6%. Nghề nghiệp đi làm và nội trợ gần có tỷ lệ tương đương nhau 57,1% và 42,9%. Hôn nhân hầu hết đối tượng nghiên cứu đã

kết hôn chiếm tỷ lệ 98,6%, chỉ có 1 người góa có tỷ lệ 1,4%, không có phụ nữ độc thân hay li dị.

2. Đặc điểm triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS)

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng đường tiểu dưới

LUTS	N	%
Triệu chứng chứa đựng	62	88,6
Tiểu gấp	33	47,1
Tiểu nhiều lần	53	75,7%
Tiểu đêm	34	48,6
Tiểu không tự chủ	13	18,6
Triệu chứng tống xuất	32	45,7
Khó khi bắt đầu tiểu	31	44,3
Rặn khi tiểu	11	15,7
Tia nước tiểu yếu	14	20
Tiểu ngắt quãng	12	17,1
Dòng tiểu chia tách	9	12,9
Nhỏ nước tiểu cuối pha tiểu	11	15,7
Triệu chứng sau tiểu	13	18,6%
Nước tiểu nhỏ giọt sau khi tiểu	13	18,6%
Cảm giác tiểu không hết	12	17,1%

Nhận xét: Trong 70 đối tượng nghiên cứu có tới 88,6% số phụ nữ có triệu chứng chứa đựng, theo sau là triệu chứng tống xuất có tỷ lệ thấp hơn 45,7%, chỉ có 18,6% bệnh nhân vào viện vì triệu chứng sau tiểu. Trong nhóm triệu chứng chứa đựng, chiếm tỷ lệ cao nhất là tiểu nhiều lần 75,7%, tiểu gấp và tiểu đêm chiếm tỉ lệ thấp hơn, lần lượt là 47,1% và 48,6%, chỉ có 18,6% vào viện vì tiểu không tự chủ. Trong nhóm triệu chứng tống xuất, khó khi bắt đầu đi tiểu chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%. Trong nhóm sau tiểu theo sau là triệu chứng tia nước tiểu yếu với 20%, các triệu chứng còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn triệu chứng nhỏ giọt sau khi tiểu và cảm giác tiểu không hết có tỷ lệ xấp xỉ nhau, lần lượt là 18,6% và 17,1%.

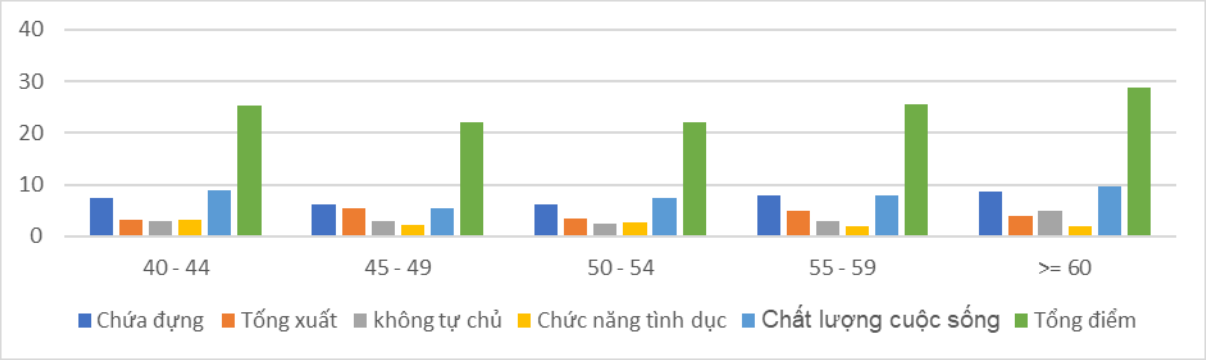
3. Bảng điểm BFLUTS

Bảng 3: Kết quả điểm theo từng mục BFLUTS

Nhóm triệu chứng	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình ± SD	Điểm tối đa
Chứa đựng	2	13	7,71 ± 2.42	15
Tống xuất	0	9	4,03 ± 2,32	12
Không tự chủ	0	15	3,76 ± 2,89	20
Chức năng tình dục	0	5	2,24 ± 1,22	6
Chất lượng cuộc sống	2	18	8,46 ± 3,28	18
Tổng điểm	**10**	**48**	**26,2 ± 8,60**	**71**

Nhận xét: Tổng điểm nhỏ nhất của đối tượng nghiên cứu là 10, lớn nhất là 48, trung bình là 26,2 ± 8,60, có những đối tượng không có triệu chứng tống xuất, triệu chứng không tự chủ

và không ảnh hưởng chức năng tình dục.



Biểu đồ 1. Phân bố điểm BFLUTS theo tuổi

Nhận xét: Ở bệnh nhân có tuổi ≥ 60, điểm số BFLUTS ở mục điểm chứa đựng, điểm không tự chủ, điểm chất lượng cuộc sống và tổng điểm đều cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Điểm tống suất nhóm tuổi 45 – 49 có điểm trung bình cao hơn, và điểm chức năng tình dục ảnh hưởng nhiều nhất ở nhóm 50 – 54 tuổi. Điểm chứa đựng, không tự chủ, chất lượng cuộc sống, tổng điểm tăng theo tuổi.

4. Một số yếu tố liên quan đến LUTS

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến tổng điểm BFLUTS (1)

Các yếu tố	B0	B	p	R
BMI	2,52	0,98	0,004	0,3
Tuổi	14,7	0,2	0,03	0,3
Qmax	32,2	-0,32	0,01	0,3
PVR	22,0	0,1	0,001	0,4

Nhận xét: BMI tăng lên 1 đơn vị thì tổng điểm BFLUTS sẽ tăng lên 0.98 điểm, cứ tăng thêm 1 tuổi thì tổng điểm BFLUTS sẽ tăng lên 0.2 điểm, Qmax tăng lên 1ml/s thì tổng điểm giảm xuống 0.3 điểm, thể tích cặn bàng quang tăng lên 1ml thì tổng điểm tăng lên 0.1 và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$), và mối tương quan ở mức độ trung bình.

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan đến tổng điểm BFLUTS (2)

		N	%	Tổng điểm BFLUTS Trung bình ± SD	p
Mãn kinh	Có	39	55,7	27,8 ± 8,60	0,07
	Không	31	44,3	24,2 ± 8,30	
Phẫu thuật phụ khoa	Có	17	24,3	31,4 ± 6,03	0,003
	Không	53	75,7	24,5 ± 8,67	
Nhiễm khuẩn ĐTN tái phát	Có	13	18,6	36,8 ± 7,02	0,001
	Không	57	81,4	23,7 ± 6,94	
Cắt tầng sinh môn	Có	11	15,7	22,1 ± 6,49	0,08
	Không	59	84,3	27,0 ± 8,77	
Đường sinh	Tự nhiên	56	81,2	26,8 ± 8,97	0,36

	Mổ lấy thai	9	13,0	25,3 ± 7,95	
	Cả 2	4	5,8	20,5 ± 2,08	
Đẻ con ≥ 4kg	Có	21	30	27,4 ± 10,3	0,43
	Không	49	70	25,6 ± 7,80	
Số lần sinh	0-1	7	10	22,9 ± 7,98	0,28
	≥ 2	63	90	26,6 ± 8,64	
Sinh con	Có	69	98,6	26,2 ± 8,67	0,98
	Không	1	1,4	26,0	
Táo bón mãn tính	Có	36	51,4	27,5 ± 8,17	0,178
	Không	34	48,6	24,8 ± 8,92	
Bệnh mãn tính	Có	55	78,6	27,4 ± 8,10	0,04
	Không	15	21,4	21,9 ± 9,40	
Sử dụng thuốc	Có	45	64,3	28,1 ± 8,40	0,013
	Không	25	35,7	22,8 ± 8,03	

Nhận xét: một số yếu tố như nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát, bệnh mãn tính, sử dụng thuốc kéo dài, can thiệp phẫu thuật phụ khoa có liên quan đến LUTS (p < 0,05). Một số yếu tố khác như: táo bón mãn tính, mãn kinh, sinh con ≥ 2con, đường sinh tự nhiên, mổ lấy thai hay cả 2 phương pháp sinh, đẻ con có cân nặng ≥ 4kg, cắt tầng sinh môn trong khi sinh không có liên quan đến LUTS (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm triệu chứng đường tiểu dưới

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm triệu chứng chứa đựng chiếm tỷ lệ cao nhất 88,6%, theo sau là triệu chứng tống xuất có tỷ lệ thấp hơn 45,7%, chỉ có 18,6% bệnh nhân vào viện vì triệu chứng sau tiểu.Theo nghiên cứu của Roberto Soler cũng cho kết quả tương tự, triệu chứng chứa đựng chiếm tỷ lệ cao nhất 76,9%, triệu chứng tống xuất chỉ chiếm 17,7% [19]. Nghiên cứu của Mai Thị Cẩm Cát cho kết quả, triệu chứng chứa đựng, tống xuất, sau khi đi tiểu lần lượt là 94,1%, 86,3% và 70,6% [2], mức độ phổ biến giống nhau nhưng tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, điểm khác biệt có thể do nhóm tuổi, cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau nên dẫn đến sự sai lệch này.

Trong nhóm triệu chứng chứa đựng, chiếm tỷ lệ cao nhất là tiểu nhiều lần 75,7%, tiểu gấp và tiểu đêm chiếm tỉ lệ thấp hơn, lần lượt là 47,1% và 48,6%, chỉ có 18,6% vào viện vì tiểu không tự chủ. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Lê Khoa, tiểu nhiều lần chiếm tỷ lệ 80,3%, tiểu gấp 50,8%, tiểu không tự chủ 24,5%.Tiểu không tự chủ theo nghiên cứu của Bo Liu cũng cho tỷ lệ xấp xỉ với nghiên cứu của chúng tôi là 23,3%. Theo nghiên cứu của Hồ Thị Vân Anh tiểu nhiều lần cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 46,5%, tiểu đêm 41,3%, tiểu gấp chiếm tỷ lệ 11,4%, chỉ có 1,5% tiểu không kiểm soát [1], Sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu ở cả 2 đối tượng nam và nữ, nam chiếm đa số, và nghiên cứu ở tất cả các nhóm tuổi.

Trong nhóm triệu chứng tống xuất, khó khi bắt đầu đi tiểu chiếm tỷ lệ cao nhất 44,3%, theo sau là triệu chứng tia nước tiểu yếu với 20%, các triệu chứng còn lại chiếm tỷ lệ thấp hơn như tiểu ngắt quãng là 17,1%, dòng tiểu bị chia tách 12,9%, nước tiểu nhỏ giọt cuối pha đi tiểu là 15,7%, rặn khi đi tiểu là 15,7%. Nghiên cứu của Hoàng Thị Bích Ngọc tiểu khó chiếm tỷ lệ 48,3% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Theo một nghiên cứu ở Brazil thì tia tiểu yếu chiếm tỷ lệ 16%, tiểu ngắt quãng 15%, dòng tiểu bị chia tách 13,7%, nhỏ giọt ở cuối pha đi tiểu là 17,7% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi [19]. Kết quả theo nghiên cứu của Bogdanska cho kết quả tương tự, triệu chứng khó khi bắt đầu đi tiểu, dòng tiểu yếu có tỷ lệ lần lượt là 48%, 14% [7].

Trong nhóm triệu chứng sau khi đi tiểu, triệu chứng nhỏ giọt sau khi tiểu và cảm giác tiểu không hết có tỷ lệ xấp xỉ nhau, lần lượt là 18,6% và 17,1%, nghiên cứu của Trần Lê Khoa tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, cảm giác tiểu không hết chiếm tỷ lệ 68,9% [3], sự khác biệt này do đối tượng của nhóm nghiên cứu này là ở nam giới được chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyết tiền liệt.

Nhóm triệu chứng chứa đựng có điểm trung bình là 7,71 ± 2,42, nhóm triệu chứng tống xuất 4,03 ± 2,32, không tự chủ 3,76 ± 2,89, chức năng tình dục có điểm trung bình là 2,24 ± 1,22, chất lượng cuộc sống có điểm trung bình 8,46 ± 3,28, tổng điểm trung bình của toàn bộ thang điểm BFLUTS là 26,2 ± 8,6. Theo nghiên cứu của Dilek Bilgic tổng điểm BFLUTS trung bình là 31,99 ± 11,46, điểm số trung bình từng mục triệu chứng như chứa đựng, tống xuất, không tự chủ, chức năng tình dục và chất lượng cuộc sống lần lượt là 7,34 ± 3,12, 3,15 ± 2,65, 9,38 ± 3,88, 2,45 ± 2,06, 9,65 ± 4,25 [5]. Điểm của các nhóm chứa đựng, không tự chủ, chất lượng cuộc sống, tổng điểm tăng theo tuổi. Ở bệnh nhân có tuổi ≥ 60, điểm số BFLUTS ở mục điểm chứa đựng, điểm không tự chủ, điểm chất lượng cuộc sống và tổng điểm đều cao hơn so với các nhóm tuổi khác. Điểm tống xuất nhóm tuổi 45 – 49 có điểm trung bình cao hơn, và điểm chức năng tình dục ảnh hưởng nhiều nhất ở nhóm 50 – 54 tuổi.Theo một nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ thì điểm tống xuất và chức năng tình dục cũng tăng theo tuổi [18], khác với nghiên cứu của chúng tôi, sự khác nhau này có thể do lối sống khác nhau, nhu cầu tình dục theo độ tuổi ở các nước cũng khác nhau, nên điểm chức năng tình dục theo nghiên cứu của chúng tôi là 50 -54 tuổi, thì điểm chức năng tình dục tăng cao ≥ 60 tuổi theo nghiên cứu ở Thổ Nhĩ Kỳ.

Một số yếu tố liên quan đến triệu chứng đường tiểu dưới

Mối liên quan giữa BMI và tổng điểm BFLUTS là có ý nghĩa thống kê, và R = 0,3 nên tương quan ở mức độ trung bình. Theo nghiên cứu của Gukcuk BMI tăng, đặc biệt là > 24,9kg/m^2 sẽ làm tăng điểm số BFLUTS [11], kết quả cũng tương tự theo nghiên cứu của Calogero [10], và Breyer đã chỉ ra rằng việc giảm cân và tập thể dục thường xuyên thì triệu chứng LUTS sẽ cải thiện, BMI < 18,5 kg/m2 và BMI trong giới hạn bình thường sẽ hạn chế được triệu chứng của LUTS, ít ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và điểm BFLUTS cũng sẽ giảm xuống [9].

Một số nghiên cứu thấy rằng tuổi càng tăng thì điểm số BFLUTS cũng tăng theo như theo nghiên cứu của Ikenna [15], Timur

– Tashan [22] tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Ở phụ nữ mãn kinh điểm BFLUTS không mãn kinh nhưng ko có ý nghĩa thống kê. Khác với các nghiên cứu khác, mãn kinh là yếu tố nguy cơ của LUTS như trong nghiên cứu của Bo Liu [6]. Sự khác biệt này do số lượng mẫu nghiên cứu còn ít, chưa khảo sát đầy đủ.

Phụ nữ có phẫu thuật phụ khoa có điểm BFLUTS (31,4 ± 6,03) cao hơn đáng kể so với không có can thiệp phẫu thuật phụ khoa (24,5 ± 8,67), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,003 < 0,05). Kết quả tương đồng này được tìm thấy trong nhiều nghiên cứu như Bo Liu [6], Gucuk [11].

Bệnh nhân có nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát có tổng điểm BFLUTS (36,8 ± 7,02) so với không bị nhiễm khuẩn đường tiểu tái phát (23,7 ± 6,94). Và sự khác biệt này có ý nghĩ thống kê (p < 0.05). Kết quả này cũng được tìm thấy trong một số nghiên cứu như Brady S [8], Lee P J [13]. Một số nghiên cứu gần đây chứng minh nhiễm khuẩn đường niệu tái phát là yếu tố nguy cơ của LUTS ở mọi lứa tuổi như Hsu A [12], Serve N [18].

Theo nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt giữa việc có hay không sinh con, đẻ con có cân nặng ≥ 4kg, sinh đường tự nhiên, mổ lấy thai hoặc cả 2 phương pháp sinh, cắt tầng sinh môn, sinh nhiều hơn 2 con và tổng điểm BFLUTS. Mặc dù sinh nhiều hơn 2 con có tổng điểm BFLUTS (26,6 ± 8,64) cao hơn nhiều so với sinh dưới 2 con (22,9 ± 7,98), và không cắt tầng sinh môn có điểm BFLUTS (27,0 ± 8,77) so với cắt tầng sinh môn (22,1 ± 6,49), đường sinh tự nhiên có điểm BFLUTS (26,8 ± 8,97) cao hơn so với mổ lấy thai (25,3 ± 7,95) hay cả 2 phương pháp sinh (20,5 ± 2,08) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này giống với nghiên cứu của Serve N, cắt tầng sinh môn, đẻ con ≥ 4kg, có hay không sinh con, phương pháp sinh không liên quan đến LUTS [18]. Khác với nghiên cứu Gucuk S, đẻ ≥ 2 con, cân nặng con ≥ 4kg, cắt tầng sinh môn là các yếu tố nguy cơ đối với LUTS [11]. Sự khác biệt này có thể do số lượng nghiên cứu còn ít, chưa khảo sát chính xác về vấn đề này.

Theo một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng táo bón là một yếu tố nguy cơ đối với LUTS theo nghiên cứu của Timur – Tashan [22], Zhang [23]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi mặc dù phụ nữ có táo bón có điểm BFLUTS (27,5 ± 8,17) cao hơn phụ nữ không bị táo bón (24,8 ± 8,92) nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), sự khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu còn ít, và có thể táo bón trong thời gian ngắn nên chưa ảnh hưởng nhiều đến triệu chứng LUTS.

Có bệnh mãn tính có điểm BFLUTS (27,4 ± 8,10) cao hơn nhiều so với không có bệnh mãn tính (21,9 ± 9,40). Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,04 < 0.05). Sử dụng thuốc có điểm BFLUTS (28,1 ± 8,40) cao hơn đáng kể so với không sử dụng thuốc (22,8 ± 8,03). Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,013 < 0,05). Kết quả này tương đương trong nhiều nghiên cứu như nghiên cứu của Sangsang [17], Takahashi [21].

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng đường tiểu dưới phổ biến nhất là nhóm triệu chứng chứa đựng, và trong đó triệu chứng tiểu nhiều lần chiếm tỷ lệ cao nhất, nhóm triệu chứng tống xuất,

nhóm triệu chứng sau tiểu chiếm tỷ lệ thấp hơn. Điểm BFLUTS trung bình 26,2 ± 8,60, tăng theo tuổi. Các yếu tố có liên quan đến LUTS bao gồm: bệnh mãn tính, sử dụng thuốc điều trị kéo dài, BMI, can thiệp phẫu thuật phụ khoa, nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát.

KIẾN NGHỊ

Tập luyện thể dục thể thao, có chế độ ăn hợp lý để có BMI cân đối, thay đổi chế độ ăn nhiều chất xơ, tập thói quen đi đại tiện ngay khi có nhu cầu, uống nhiều nước, tránh ngồi lâu để hạn chế táo bón, điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu đủ liều trình, đúng phác đồ theo chỉ dẫn của bác sĩ, điều trị tốt bệnh mãn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thị Vân Anh, (2015),** Khảo sát một số đặc điểm bệnh lý ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới đến khám và điều trị tại bệnh viện trường Đại học Y dược Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, Trường Đại học Y dược Huế, pp. 3 - 13.
2. **Mai Thị Cẩm Cát, (2019),** Đánh giá kết quả đo lượng nước tiểu tồn dư sau tiểu bằng siêu âm bàng quang qua thành bụng với máy siêu âm xách tay tại phòng khám ngoại tiết niệu bệnh viện trường Đại học Y dược Huế, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, pp. 8-10.
3. **Trần Lê Khoa, (2018),** "Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình ứng dụng bảng điểm IPSS tiếng Việt trong chẩn đoán tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ đa khoa, pp. 18 - 24.
4. **Hoàng Thị Bích Ngọc, (2019),** "Nghiên cứu rối loạn chức năng bàng quang trên bệnh nhân nữ đái tháo đường", Luận văn thạc sĩ của bác sĩ nội trú, pp. 72-74.
5. **Bilgic D, Gokyildiz Surucu S, Kizilkaya Beji N, Yalcin O, (2019),** "Sexual function and urinary incontinence complaints and other urinary tract symptoms of perimenopausal Turkish women", Psychol Health Med, 24 (9), pp. 1111-1122.
6. **Bo Liu L W, Sheng-Song Huang, Qiang Wu, and Deng-Long Wu, (2015),** "Prevalence and risk factors of urinary incontinence among Chinese women in Shanghai", Int J Clin Exp Med, 7 (7), pp. 686 - 696.
7. **Bogdanska M, Morris A, Hutson J M, Heloury Y, et al, (2018),** "Long-term urinary symptoms in adolescent and adult women with congenital adrenal hyperplasia", J Pediatr Urol, 14 (3), pp. 240 e241-240 e245.
8. **Brady S S, Berry A, Camenga D R, Fitzgerald C M, et al, (2020),** "Applying concepts of life course theory and life course epidemiology to the study of bladder health and lower urinary tract symptoms among girls and women", Neurourol Urodyn, 39 (4), pp. 1185-1202.
9. **Breyer BN C J, Richter HE, et al, (2018),** "A Behavioral weight loss program and nonurinary incontinence lower urinary tract symptoms in overweight and obese women with urinary incontinence: a secondary data analysis of PRIDE", Randomized Controlled Trial, 5 (4), pp. 215 - 222.
10. **Calogero A E, Burgio G, Condorelli R A, Cannarella R, et al, (2019),** "Epidemiology and risk factors of lower urinary tract symptoms/benign prostatic hyperplasia and erectile dysfunction", Aging Male, 22 (1), pp. 12-19.
11. **Gucuk S, Ural U M, Kayhan M, Gucuk A, (2020),** "Lower urinary tract symptoms and related factors in female university students",

Low Urin Tract Symptoms, 12 (3), pp. 211-217.

12. **Hsu A, Nakagawa S, Walter L C, Van Den Eeden S K, et al, (2015),** "The burden of nocturia among middle-aged and older women", Obstet Gynecol, 125 (1), pp. 35-43.
13. **Lee P J, Kuo H C, (2020),** "High incidence of lower urinary tract dysfunction in women with recurrent urinary tract infections", Low Urin Tract Symptoms, 12 (1), pp. 33-40.
14. **Loai Albarqouni S S, Justin Clark, Kari A. O. Tikkinen and Paul Glasziou, (2021),** "Self-Management for Men With Lower Urinary Tract Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis", The Annals of Family Medicine, pp. https://www.annfammed.org/content/19/12/157.
15. **Nnabugwu, II, Ugwumba F O, Udeh E I, Anyimba S K, et al, (2019),** "The relationship between prevalence and severity of lower urinary tract symptoms (LUTS), and body mass index and mid-abdominal circumference in men in a resource-poor community in Southeast Nigeria: a cross-sectional survey", BMC Urol, 19 (1), pp. 15.
16. **Przydacz M, Golabek T, Dudek P, Lipinski M, et al, (2020),** "Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study", Sci Rep, 10 (1), pp. 19819.
17. **Sangsawang B, Sangsawang N, (2013),** "Stress urinary incontinence in pregnant women: a review of prevalence, pathophysiology, and treatment", Int Urogynecol J, 24 (6), pp. 901-912.
18. **Sever N, Oskay U, (2017),** "An Investigation of Lower Urinary Tract Symptoms in Women Aged 40 and Over", Low Urin Tract Symptoms, 9 (1), pp. 21-26.
19. **Soler R, Gomes C M, Averbeck M A, Koyama M, (2018),** "The prevalence of lower urinary tract symptoms (LUTS) in Brazil: Results from the epidemiology of LUTS (Brazil LUTS) study", Neurourol Urodyn, 37 (4), pp. 1356-1364.
20. **Soma O, Hatakeyama S, Imai A, Matsumoto T, et al, (2020),** "Relationship between frailty and lower urinary tract symptoms among community-dwelling adults", Low Urin Tract Symptoms, 12 (2), pp. 128-136.
21. **Takahashi S, Takei M, Nishizawa O, Yamaguchi O, et al, (2016),** "Clinical Guideline for Female Lower Urinary Tract Symptoms", Low Urin Tract Symptoms, 8 (1), pp. 5-29.
22. **Timur-Tashan S, Beji N K, Aslan E, Yalcin O, (2012),** "Determining lower urinary tract symptoms and associated risk factors in young women", Int J Gynaecol Obstet, 118 (1), pp. 27-30.
23. **Zhang W, Song Y, He X, Xu B, et al, (2005**), "Prevalence and risk factors of lower urinary tract symptoms in Fuzhou Chinese women", Eur Urol, 48 (2), pp. 309-313.

KHẢO SÁT TẦN SUẤT CÁC TRIỆU CHỨNG CỦA BÀNG QUANG TĂNG HOẠT TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Văn Ân[1], Lê Trương Tuấn Đạt[2], Đoàn Vương Kiệt[1], Phạm Huy Vũ[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tần suất xuất hiện các triệu chứng của bàng quang tăng hoạt (OAB-overactive bladder) tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM

Đối tượng và phương pháp: Mô tả cắt ngang trên tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị OAB tại phòng khám và khoa Niệu học chức năng của Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 01/2020 đến 06/2021

Kết quả: Nữ giới mắc OAB nhiều hơn nam giới (3/1). Tuổi trung bình mắc OAB là 45,47 ± 16,09 tuổi; không có sự khác biệt giữa Nam và Nữ. Nhóm tuổi mắc OAB cao nhất là 30-39 tuổi.. Tần suất mắc các triệu chứng: Tiểu nhiều lần cao nhất với 87,67%, tiểu đêm 66,76%, tiểu gấp 68,63% và tiểu không kiểm soát gấp 20,38%. OAB ướt chiếm 20,38% với tỷ lệ mắc ở nữ giới cao hơn nam giới và độ tuổi trung bình ở nhóm OAB ướt cao hơn nhóm OAB khô.

Kết luận: Mặc dù tiểu gấp được xem là triệu chứng cốt lõi, nhưng tiểu nhiều lần mới là triệu chứng của OAB thường gặp nhất.

Từ khóa: bàng quang tăng hoạt, bàng quang tăng hoạt khô, bàng quang tăng hoạt ướt, tiểu nhiều lần, tiểu đêm, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát gấp.

SUMMARY

PREVALENCE OF OVERACTIVE BLADDER SYMPTOMS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HCMC

Purpose: Determine the prevalence of overactive bladder symptoms in patients at University Medical Center HCMC.

Patient and Method: A cross-sectional study was conducted among inpatients and outpatients diagnosed and treated for overactive bladder at Functional Urology of University Medical Center HCMC from 01/2020 to 06/2021

Results: OAB is more common in women than men (3/1). The mean age was 45.47 ± 16.09, no difference between male and female. The age group with the highest incidence of OAB is 30-39. OAB is more common in women than men (3/1). Prevalence of symptoms: Frequency was highest with 87.67%, nocturia 66.76%, urgency 68.63% and urge urinary incontinence 20.38%. Wet OAB accounts for 20.38% with a higher incidence in women than in men and the mean age of wet OAB group was higher than dry OAB group.

Conclusion: Although urgency is core symptom, but frequency is the most common symptom of OAB.

Keywords: overactive bladder, OAB, dry overactive bladder, wet overactive bladder, frequency, nocturia, urgency, urge urinary incontinence.

[1]*Khoa Niệu học Chức năng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM.*
[2]*Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược TP. HCM.*
Liên hệ tác giả: Lê Trương Tuấn Đạt.
Email: lttdat.nt18@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 2/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt đăng: 25/8/2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo định nghĩa của Hiệp hội tiểu tiện tự chủ quốc tế (ICS- International Continent Society), bàng quang tăng hoạt (OAB) là một hội chứng đặc trưng bởi triệu chứng tiểu gấp, thường đi kèm với tiểu nhiều lần và tiểu đêm, có thể có hoặc không có tiểu không kiểm soát gấp và không ghi nhận nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc các bệnh lý rõ ràng khác của đường tiết niệu [1]. Như vậy, OAB là một chẩn đoán chỉ dựa trên triệu chứng. Theo định nghĩa của ICS, về mặt lý thuyết, tiểu gấp là triệu chứng cốt lõi (core symptom) của OAB.

Tuy nhiên, thời gian gần đây đã có những tranh luận trái chiều về việc triệu chứng tiểu gấp có bắt buộc phải có khi chẩn đoán OAB hay không. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi gặp khá nhiều bệnh nhân phù hợp với chẩn đoán OAB, than phiền về các triệu chứng tiểu nhiều lần và/hoặc tiểu đêm rất nhiều mà không hề có triệu chứng tiểu gấp (dù đã cố gắng khai thác kĩ), và đã loại trừ nhiễm khuẩn đường tiết niệu và các bệnh lý rõ ràng khác của đường tiết niệu [2]. Những trường hợp không có triệu chứng tiểu gấp như thế khiến cho thầy thuốc bối rối khi đưa ra chẩn đoán OAB, dựa theo định nghĩa của ICS. Theo dõi y văn, chúng tôi nhận thấy có nhiều báo cáo khảo sát các bệnh nhân OAB, ghi nhận tần suất xuất hiện triệu chứng tiểu gấp không phải là 100%, thậm chí còn ít hơn tần suất của tiểu nhiều lần [3].

Do đó, chúng tôi đã tiến hành khảo sát để xác định tần suất các triệu chứng của OAB trong hoàn cảnh Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị OAB tại phòng khám và khoa Niệu học chức năng của Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM từ 01/2020 đến 06/2021

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang

Định nghĩa một số biến số nghiên cứu:

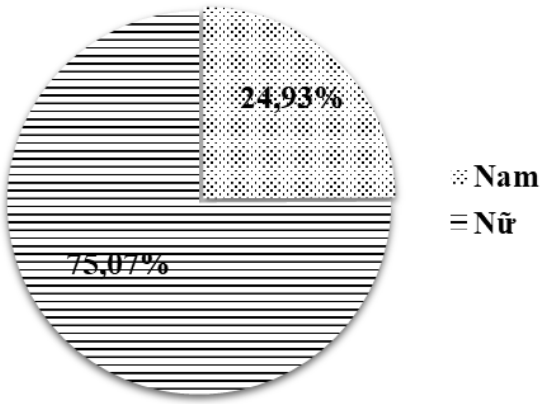
- Tiểu nhiều lần: bệnh nhân than phiền phải đi tiểu quá nhiều lần trong ngày (≥8 lần/ngày, gần như tương đương với đi tiểu mỗi 2 giờ hoặc ít hơn) [1],[4].
- Tiểu đêm: bệnh nhân than phiền phải thức dậy ≥1 lần vào ban đêm để đi tiểu [1].
- Tiểu gấp: bệnh nhân than phiền có cảm giác mắc tiểu đột ngột, mạnh mẽ thôi thúc bệnh nhân đi tiểu mà khó nín được [1].
- Tiểu không kiểm soát gấp: bệnh nhân than phiền rỉ nước tiểu không tự chủ liên quan đến hoặc ngay sau tiểu gấp [1].
- Bàng quang tăng hoạt khô: là dạng lâm sàng không có triệu chứng tiểu không kiểm soát gấp [5].
- Bàng quang tăng hoạt ướt: là dạng lâm sàng có triệu chứng tiểu không kiểm soát gấp [5].

Thu thập và xử lý số liệu: Mã hóa, nhập, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365 và phần mềm thống kê Stata 14

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 01/2020 đến 06/2021, chúng tôi ghi nhận tổng cộng 373 trường hợp (TH) được chẩn đoán và điều trị OAB, với những kết quả sau:

- Tỷ lệ Nữ/Nam là 3/1 (93 nam so với 280 nữ).



Biểu đồ 1. *Phân bố giới tính của bệnh nhân*

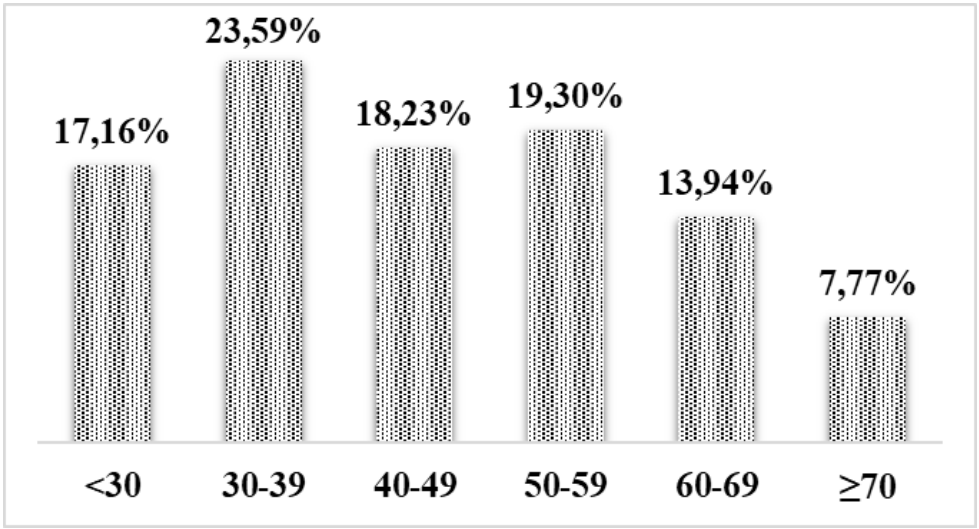
- Tuổi trung bình 45,47 ± 16,09 (từ 18 đến 94 tuổi)

Bảng 1 ghi nhận tuổi trung bình tính riêng giữa 2 nhóm nam và nữ:

Bảng 1. *Độ tuổi trung bình*

	Nam (n=93)	Nữ (n=280)	Giá trị p
Tuổi	42,92 ± 17,38	46,31 ± 15,58	0,0787

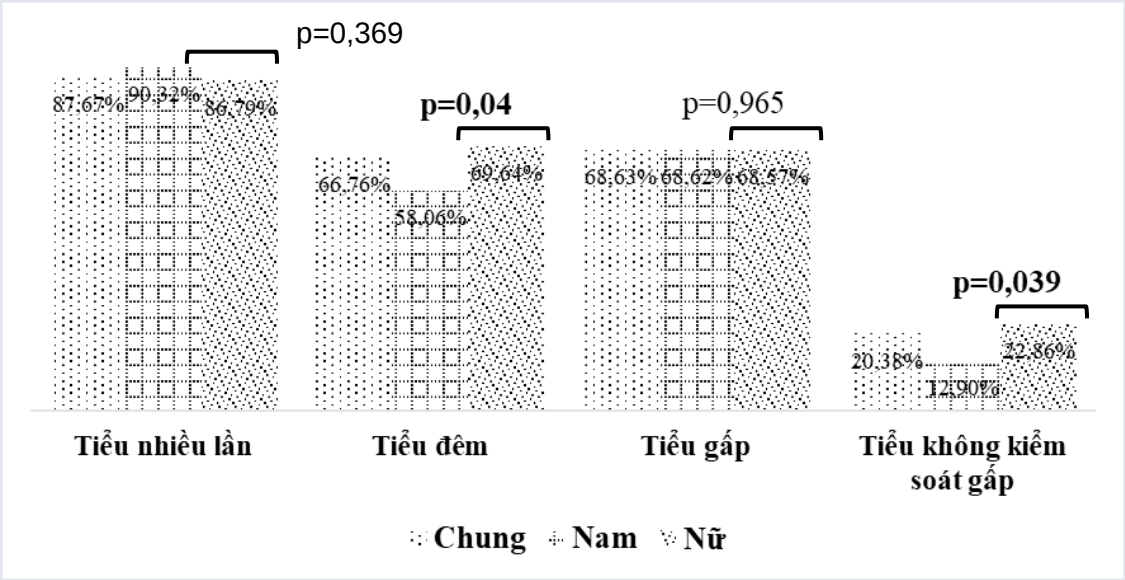
- Phân bố tuổi: Nhóm tuổi 30 – 39 chiếm tỉ lệ cao nhất, nhưng không có sự vượt trội so với các nhóm tuổi khác. Khoảng 75% bệnh nhân nằm trong khoảng 30 – 69 tuổi.



Biểu đồ 2. *Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi*

- Tần suất xuất hiện các triệu chứng:

Tiểu nhiều lần 87,67%
Tiểu đêm 66,76%
Tiểu gấp 68,63%
Tiểu không kiểm soát gấp 20,38%



Biểu đồ 3. *Tần suất xuất hiện các triệu chứng*

- Suất độ OAB khô và OAB ướt

Nếu chia theo dạng lâm sàng thì OAB khô chiếm 79,62% và OAB ướt chiếm 20,38%.

Độ tuổi trung bình ở nhóm OAB ướt (56,57 ± 15,54 tuổi) cao hơn đáng kể so với nhóm OAB khô (42,63 ± 14,99 tuổi) (p<0,001).

IV. BÀN LUẬN

OAB xảy ra ở cả nam và nữ, và hầu hết các nghiên cứu báo cáo tỷ lệ mắc cao hơn ở nữ. Nghiên cứu của chúng tôi không nằm ngoài kết quả đó với tỷ lệ Nữ/Nam là 3/1. Tuy nhiên, tỷ lệ Nữ/Nam trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đôi chút so với các nghiên cứu khác, có thể lý giải là do đặc trưng mẫu nghiên cứu: Các nghiên cứu trên đều khảo sát trên dân số chung còn nghiên cứu của chúng tôi khảo sát trên nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị, không đại diện cho dân số chung. Có thể giả thiết rằng dù mắc OAB nhưng nam giới ít đi khám hơn nữ giới cho nên tỷ lệ Nữ/Nam trong nhóm bệnh nhân đến khám và điều trị sẽ cao hơn trong dân số chung, bên cạnh đó, có thể sai số còn do việc bệnh nhân lựa chọn đến khám tại các trung tâm khác nhau.

Bảng 2. *So sánh tỷ lệ giới tính với một số nghiên cứu khác*

Tên nghiên cứu/Tác giả (Năm)	n	Tỷ lệ Nữ/Nam
Milsom (2001) [3]	2792	1,54/1
NOBLE (2003) [8]	857	1,18/1
EPIC (2006) [7]	2262	1,18/1
Vũ Lê Chuyên và Huỳnh Đoàn Phương Mai (2016) [6].	256	1,46/1
Chúng tôi (2021)	373	3/1

Tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 45,47 tuổi (từ 18 đến 94 tuổi), không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 giới nam và nữ. So sánh với nghiên cứu của Tào Thị Kim Tâm (2003) [9], tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể lý giải do dân số nước ta đang già đi cũng như điều kiện chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh cho người lớn tuổi ngày càng được nâng cao, điều đó dẫn đến làm tăng độ tuổi trung bình bệnh nhân mắc OAB.

Tuy tuổi trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là 46,83 tuổi, tuy nhiên phân bố nhóm tuổi mắc OAB lại tập trung nhiều nhất vào nhóm 30-39 tuổi (23,59%). Điều đó tương đồng với một số nghiên cứu khác như nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên và Huỳnh Đoàn Phương Mai (2016) [6] với nhóm 26-35 tuổi chiếm cao nhất (21,5%) và nghiên cứu của Tào Thị Kim Tâm (2003) [9] với nhóm 30-39 tuổi chiếm cao nhất (44,8%). Có thể hiểu việc nhóm tuổi khoảng 30-39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là do đây là nhóm tuổi trẻ và năng động, là lực lượng tham gia lao động, có nhiều nhu cầu cá nhân và các mối quan hệ trong xã hội (là những khía cạnh có thể ảnh hưởng trực tiếp từ OAB) khiến nhóm tuổi này đến khám và mong muốn điều trị nhiều hơn so với nhóm tuổi khác.

So sánh tần suất triệu chứng với một số nghiên cứu khác, nghiên cứu chúng tôi cho kết quả không khác biệt nhiều và gần như tương đồng với một số nghiên cứu khác về tần suất từng triệu chứng:

- Tiểu nhiều lần: 87,67% so với 85% của Milsom I. và cs (2001) [3]
- Tiểu đêm: 66,76% so với 74-75% trong nghiên cứu EPIC (2006) [7]
- Tiểu gấp: 68,63% so với 54% của Milsom I. và cs (2001) [3]
- Tiểu không kiểm soát gấp: 20,38% so với 36% Milsom I. và cs (2001) [3]

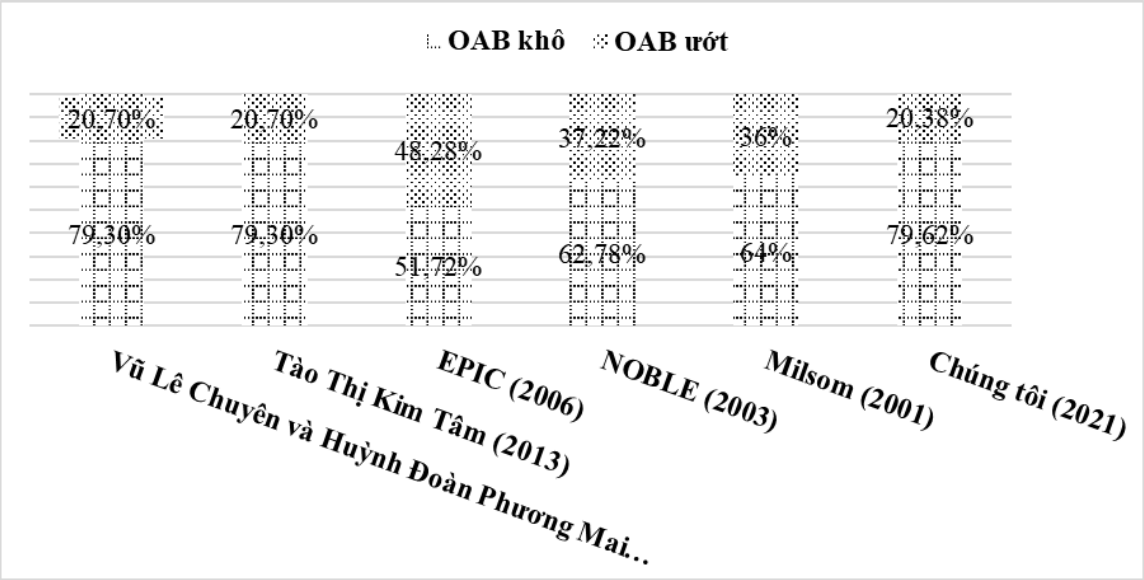
Có thể thấy tiểu nhiều lần mới là triệu chứng của bàng quang tăng hoạt thường gặp nhất chứ không phải tiểu gấp. Điều đó đã được xác nhận trên thực hành lâm sàng với việc rất nhiều bệnh nhân gặp chúng tôi đều có tiểu nhiều lần chứ không phải là tiểu gấp.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận OAB ướt chiếm 20,38% và OAB khô là 79,62%, tỉ lệ mắc OAB ướt ở nữ cao hơn nam đáng kể. Thêm vào đó, giữa OAB ướt và OAB khô thì ở nhóm OAB ướt độ tuổi trung bình cao hơn rõ rệt (56,57 so với 42,63 tuổi). Có thể lý giải cho kết quả trên: ở độ tuổi lớn hơn, bệnh nhân mắc OAB sẽ phản ứng chậm hơn trong việc di chuyển đến nhà vệ sinh, cũng như cấu trúc các cơ mạc nâng đỡ ở sàn chậu yếu hơn, dẫn đến việc bệnh nhân không thể nhịn tiểu lâu hơn dẫn đến triệu chứng tiểu không kiểm soát gấp (OAB ướt).

Bảng 3. *So sánh tỷ lệ mắc OAB ướt giữa nam và nữ với một số nghiên cứu khác*

Tên nghiên cứu/ Tác giả (Năm)	n	OAB khô (Nam/Nữ)	OAB ướt (Nam/Nữ)	Giá trị p
EPIC (2006) [7].	2262	690/480	345/747	<0,001
NOBLE (2003) [8].	857	302/209	65/254	<0,001
VL Chuyên, HĐP Mai (2016) [6].	256	76/127	28/25	0,042
Chúng tôi (2021)	373	81/216	12/64	0,039

Nghiên cứu chúng tôi cho kết quả tỷ lệ mắc OAB ướt giữa 2 nhóm nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê, tương đồng với một số nghiên cứu khác.



Biểu đồ 4. So sánh tỷ lệ OAB khô và OAB ướt so với một số nghiên cứu

Khi so sánh với một số nghiên cứu khác về tỷ lệ OAB khô và OAB ướt, nghiên cứu chúng tôi cho kết quả tương đồng rằng giữa 2 dạng OAB thì OAB khô chiếm tỷ lệ cao hơn so với OAB ướt, dao động từ hơn 50% đến hơn 70% số bệnh nhân OAB.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù tiểu gấp được xem là triệu chứng cốt lõi của OAB, nhưng nhiều báo cáo đã chứng tỏ tần suất của triệu chứng này không phải là 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tiểu gấp chỉ chiếm 68,63% so với triệu chứng tiểu nhiều lần là triệu chứng thường gặp nhất và cũng là lý do bệnh nhân đến khám bệnh nhiều nhất với 87,67%, tỉ lệ tiểu đêm là 66,76% và tỉ lệ tiểu không kiểm soát gấp là 20,38%. Ngoài ra, giữa 2 dạng lâm sàng của OAB thì OAB khô chiếm tỉ lệ cao hơn. Giới tính nữ và tuổi tác có liên quan đến tỷ lệ mắc tiểu không kiểm soát gấp (tức OAB ướt) cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrams P., Cardozo L., Fall M., et al. (2002).** "The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society". Neurourol Urodyn, 21 (2): 167-78.
2. **Wein A. J., Rovner E. S. (2002).** "Definition and epidemiology of overactive bladder". Urology, 60 (5 Suppl 1): 7-12; discussion 12.
3. **Milsom I., Abrams P., Cardozo L., et al. (2001).** "How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study". BJU Int, 87 (9): 760-6.
4. **Lukacz E. S., Whitcomb E. L., Lawrence J. M., et al. (2009).** "Urinary frequency in community-dwelling women: what is normal?". Am J Obstet Gynecol, 200 (5): 552.e1-7.
5. **Reynolds W. S., Cohn J. A. (2020).** "Overactive Bladder". Campbell-Walsh Urology 12th edition. Partin A. W., et al., Editors, Elsevier, Philadelphia: 2637-2649.

6. **Vũ Lê Chuyên, Huỳnh Đoàn Phương Mai (2016).** "Xác định tỷ lệ mắc bàng quang tăng hoạt của người lớn tại Việt Nam". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 20 (2): 158-162.
7. **Irwin D. E., Milsom I., Hunskaar S., et al. (2006).** "Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder, and other lower urinary tract symptoms in five countries: results of the EPIC study". Eur Urol, 50 (6): 1306-14; discussion 1314-5.
8. **Stewart W. F., Van Rooyen J. B., Cundiff G. W., et al. (2003).** "Prevalence and burden of overactive bladder in the United States". World J Urol, 20 (6): 327-36.
9. **Tào Thị Kim Tâm (2013).** "Đánh giá hiệu quả và an toàn của solifenacin trên điều trị bàng quang tăng hoạt". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

SO SÁNH CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SA TẠNG CHẬU THEO BADEN – WALKER, POP-Q VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỘNG HỌC

Nguyễn Văn Ân[1], Đoàn Vương Kiệt[1], Phạm Huy Vũ[1], Lê Trương Tuấn Đạt[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh các phương pháp đánh giá mức độ sa tạng chậu trên lâm sàng theo phân độ Baden – Walker (B-W), và theo hệ thống định lượng POP-Q với đánh giá mức độ sa tạng chậu trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ động học (dMRI) ở thì tống xuất phân.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp. Chúng tôi phân độ sa tạng chậu, khoang chậu trước, khoang chậu giữa, khoang chậu sau và xếp loại sa tạng chậu chung theo phân độ Baden – Walker, POP-Q và trên MRI. Sử dụng phép kiểm Spearman để tìm mối liên hệ trong đánh giá mức độ sa tạng chậu theo B-W, POP-Q và MRI, sự tương quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Kết quả: Tổng cộng có 25 bệnh nhân trong nghiên cứu này. Chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ trong đánh giá mức độ sa tạng chậu ở khoang chậu trước, khoang chậu giữa, khoang chậu sau cũng như mức độ sa tạng chậu chung giữa phân độ B-W và POP-Q ($p = 0,719$). Không có mối liên hệ trong phân độ sa tạng chậu theo B-W và MRI ($p = 0,546$) cũng như theo POP-Q và MRI ($p = 0,414$).

Kết luận: Chưa ghi nhận sự tương quan trong đánh giá phân độ sa tạng vùng chậu trên lâm sàng và chụp cộng hưởng từ động học vùng chậu. Vì thế, chúng tôi cho rằng nên đánh giá theo hệ thống định lượng POP-Q sau khi vô cảm có thể phản ánh xác thực hơn mức độ nặng của sa tạng chậu.

Từ khóa: Sa tạng chậu, phân độ Baden – Walker, hệ thống định lượng POP-Q, cộng hưởng từ động học vùng chậu

[1]*Bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: Đoàn Vương Kiệt.
Email: kiet.dv@umc.edu.vn
Ngày nhận bài: 31/7/2021
Ngày phản biện: 15/8/2021
Ngày duyệt bài: 24/8/2021

SUMMARY

COMPARISON METHODS OF ASSESSING GRADE OF PELVIC ORGANS PROLAPSE ACCORDING TO BADEN-WALKER GRADING SYSTEM, POP-Q STAGING SYSTEM AND DYNAMIC MAGNETIC RESONANCE IMAGING

Purpose: The objective of this study was to compare staging of pelvic organs prolapse using all three of 3 methods: the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) staging system, the Baden–Walker (B-W) grading systems, and the grading of prolapse on defecography phase of dynamic magnetic resonance imaging (dMRI).

Methods: This is retrospective study. We classified the severity of pelvic organ prolapse for anterior, apical, posterior compartments and overall staging with B-W grading system, POP-Q system and grading of dMRI. Spearman rho (ρ) was used to assess the correlation between B-W grading vs POP-Q staging and dMRI grading, and significant correlation was defined as $p < 0,05$.

Results: A total of 25 patients were included in this study. We did not find a significant correlation for anterior, apical, and posterior compartment prolapse between B-W grading and POP-Q staging ($p = 0.719$). There was also no correlation between B-W grading and MRI grading ($p = 0.546$) as well as POP-Q staging and MRI grading($p = 0.414$).

Conclusion: There were no significant correlations between Baden – Walker grading and POP-Q staging and also with MRI grading in evaluation of pelvic organ prolapse. Therefore, we assume that POP-Q system after anesthesia should be used to determine the accuracy severity of pelvic organ prolapse.

Key words: Pelvic organ prolapse, Baden – Walker grading, Pelvic organ prolapse quantification (POP-Q) system, Dynamic pelvic MRI.

I. GIỚI THIỆU

Sa tạng chậu hay sa sinh dục (POP) là bệnh phổ biến ở phụ nữ, có tới 25% phụ nữ sanh con bị sa tạng chậu [1] và bệnh cũng ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống, lên đến 75% phụ nữ bị sa sinh dục cho rằng bệnh có ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống của họ [1].

Phân độ sa tạng chậu thường được đánh giá bằng khám lâm sàng, tuy nhiên sự chính xác của phương pháp bị giới hạn bởi các yếu tố phụ thuộc vào bệnh nhân cũng như là nhận định chủ quan của bác sĩ. Có hai hệ thống phân độ sa tạng chậu hiện nay được áp dụng rộng rãi trên lâm sàng là hệ thống phân độ theo Baden – Walker (B-W) và theo hệ thống định lượng POP-Q. Phân độ sa tạng chậu theo B-W thường được các bác sĩ sử dụng vì tính trực quang và dễ áp dụng [2]. Trong khi đó hệ thống phân độ sa tạng chậu theo POP-Q cung cấp thông tin một cách khách quan xác định được vị trí cũng như mức độ sa tạng chậu theo một trình tự cụ thể. Phương pháp này đã cho thấy có tính chính xác và tin cậy cũng như được khuyến cáo áp dụng thường qui bởi các hội chuyên ngành uy tín như: Hội Tiêu - Tiểu Tự chủ Quốc tế (International Continence Society), Hội Niệu Phụ khoa Hoa Kỳ (American Urogynecologic Society) [3]. Tuy nhiên, kết quả của cả hai phương pháp này cũng bị ảnh hưởng bởi sự hợp tác, khả năng gắng sức của bệnh nhân, nhận định của bác sĩ cũng như không đánh giá đầy đủ tạng nào và mức độ bị sa của sa tạng chậu (sa bàng quang, sa tử cung, sa ruột hay sa trực tràng…). Do đó cần một phương tiện chẩn đoán hình ảnh có thể cung cấp thông tin khách quan giúp đánh giá

mức độ và các khiếm khuyết về giải phẫu trong bệnh lý sa tạng chậu nhằm giúp bác sĩ chọn lựa phương pháp điều trị và tiên lượng kết quả điều trị. Chụp cộng hưởng từ động học (Dynamic MRI) là phương tiện rất có giá trị cung cấp hình ảnh các tạng chậu di chuyển khi bệnh nhân gắng sức. Phương pháp được thực hiện bằng cách bơm dung dịch dạng gel vào trực tràng và ghi nhận hình ảnh trong quá trình bệnh nhân tống xuất phân, nhờ vậy mà tình trạng sa các tạng vùng chậu có thể xuất hiện khi cơ vòng hậu môn và các cơ vùng chậu giãn ra [4].

Dù vậy, trong thực hành lâm sàng chúng tôi gặp nhiều bệnh nhân sa tạng chậu có kết quả khám lâm sàng theo B-W, phân độ sa tạng chậu theo POP-Q và kết quả dMRI không tương hợp. Một số bệnh nhân đánh giá trên lâm sàng theo phân độ B-W chỉ phát hiện có sa khoang chậu trước, nhưng sau khi đánh giá theo hệ thống định lượng POP-Q phát hiện bệnh nhân sa cả hai khoang chậu trước và khoang chậu giữa. Một số trường hợp kết quả phân độ cũng không tương hợp với hình ảnh chụp cộng hưởng từ động học vùng chậu. Như vậy, các phương pháp phân độ sa tạng chậu trên lâm sàng và trên hình ảnh chụp cộng hưởng từ có tương đồng hay không?

Nhằm trả lời cho câu hỏi nghiên cứu trên chúng tối tiến hành nghiên cứu: "So sánh các phương pháp đánh giá mức độ sa tạng chậu theo phân độ B-W, hệ thống định lượng POP-Q và chụp cộng hưởng từ động học".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp.

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân sa tạng chậu được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2020 đến tháng 03/2021 có thực hiện chụp cộng hưởng từ tống xuất phân (Defecography MRI).

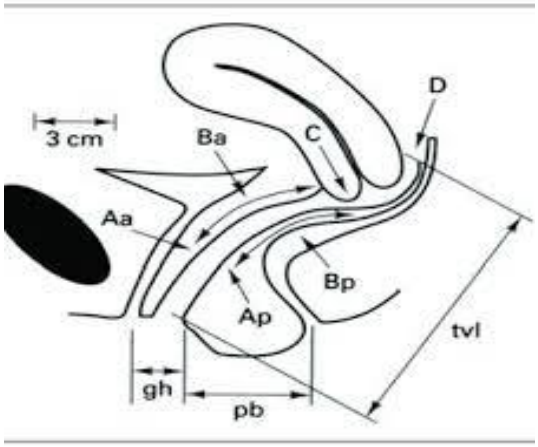
Tiến hành: các bệnh nhân sa tạng chậu đến khám tại phòng khám Niệu học chức năng Bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM được hỏi bệnh sử kĩ ghi nhận các triệu chứng đường tiết niệu dưới, ảnh hưởng của sa tạng chậu đến chất lượng cuộc sống. Khám lâm sàng tại phòng khám, bệnh nhân tư thế sản phụ khoa, được đánh giá mức độ sa tạng chậu trong lúc thực hiện nghiệm pháp Valsalva theo khoang chậu trước, khoang chậu giữa và khoang chậu sau.

Phân độ Baden – Walker [2]:

- Độ 0: không sa tạng chậu
- Độ 1: Phần thấp nhất chưa qua khỏi màng trinh
- Độ 2: Phần thấp nhất ngang mức màng trinh
- Độ 3: Khoảng ½ tạng chậu sa qua khỏi màng trinh
- Độ 4: Sa tạng chậu toàn bộ

Phân độ theo POP-Q [3]:

Bệnh nhân được đo POP-Q trước phẫu thuật sau khi đã vô cảm, sử dụng kẹp allis để kéo tạng chậu sa tối đa. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng điểm Aa và Ba để xác định khoang chậu trước, điểm C và D cho khoang chậu giữa và điểm Ap, Bp cho khoang chậu sau. Các điểm mốc được xác định và phương pháp phân độ được trình bày theo hình 1 và bảng 1:



Hình 1: Sơ đồ đo POP-Q

Aa: Điểm từ miệng niệu đạo vào thành trước âm đạo 3cm
Ba: Điểm thấp nhất của thành trước âm đạo
C: Điểm Cổ tử cung
D: Điểm cùng đồ sau hay túi cùng Douglas
Ap: Điểm từ màng trinh vào thành sau âm đạo 3cm
Bp: Điểm thấp nhất của thành sau âm đạo
Gh: Độ dài lỗ màng trinh
Pb: Khoảng cách bờ dưới lỗ màng trinh và trực tràng
Tvl (total vaginal length): Chiều dài toàn bộ âm đạo
Màng trinh được xác định ở mức 0

Bảng 1: Phân độ sa tạng chậu theo POP-Q

Độ 0	Các điểm Aa, Ba, Ap và Bp -3cm và C, D trong khoảng -tvl đến –(tvl – 2cm) so với màng trinh
Đô 1	Điểm thấp nhất nằm phía trên màng trinh 1 cm (-1cm)
Độ 2	Điểm thấp nhất nằm trong khoảng (-1cm đến 1cm)
Độ 3	Điểm thấp nhất sa xuống dưới màng trinh > 1cm và nhỏ hơn tvl - 2
Độ 4	Điểm thấp nhất sa xuống dưới màng trinh lơn hơn tvl - 2

Phân độ theo chụp cộng hưởng từ động học (dMRI):

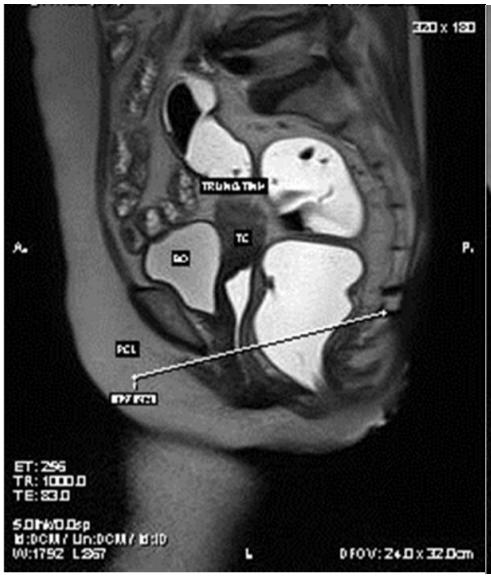
Chuẩn bị bệnh nhân: bệnh nhân được thụt tháo làm sạch trực tràng, hướng dẫn bệnh nhân rặn bụng tống xuất phân, bơm gel siêu âm vào trực tràng cho đến khi bệnh nhân có cảm giác đại tiện. Bệnh nhân nằm tư thế Fowler, gối gấp nhẹ và ghi hình bằng máy chụp cộng hưởng từ Siemens Verio 3.0.

Phân độ sa tạng chậu theo Andrew Yang và Barbaric (bảng 2), lấy mốc đường nối giữa bờ dưới khớp mu và khớp của 2 xương cụt cuối cùng (đường mu – cụt) làm mức 0, minh họa hình 2 (thì nghỉ) và hình 3 (thì rặn).

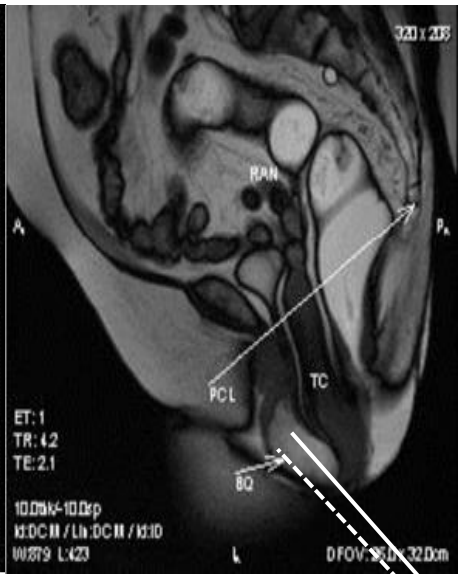
Bảng 2: Phân độ sa tạng chậu theo dMRI [5]:

Độ 0	Không sa tạng chậu
Độ 1	Điểm thấp nhất của tạng sa so với đường mu – cụt < 3cm
Độ 2	Điểm thấp nhất của tạng sa so với đường mu – cụt 3 – 6cm
Độ 3	Điểm thấp nhất của tạng sa so với đường mu – cụt > 6cm

Phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh phân độ sa tạng chậu trên lâm sàng theo B-W, POP-Q và trên MRI bằng phép kiểm Spearman, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.



Hình 2: Tạng chậu thì nghỉ



Hình 3: Tạng chậu thì rặn

BQ: bàng quang; TC: tử cung; PCL (Pubococygeal line): đường mu – cụt.

Đường đứt đoạn: khoảng cách điểm thấp nhất của bàng quang đến đường mu – cụt.

Đường liền: khoảng cách điểm thấp nhất của tử cung đến đường mu – cụt.

Thì nghỉ: bàng quang, tử cung nằm phía trên đường mu – cụt

Thì rặn (tống phân): khoảng cách từ điểm thấp nhất của bàng quang và tử cung so với đường mu – cụt > 6cm. Đây là một trường hợp sa bàng quang và sa tử cung độ 3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 25 bệnh nhân trong nghiên cứu này, tuổi trung bình 66,7 ± 6,8 tuổi. Khi bệnh nhân được hỏi sa tạng chậu ảnh hưởng như thế nào đến cuộc sống thường nhật? Với câu trả lời có 05 mức: rất nhiều, nhiều, có ảnh hưởng, ít và không ảnh hưởng, phần lớn bệnh nhân cho rằng bệnh ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống thường nhật, chiếm 52%. Các đặc điểm của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được trình bày trong bảng 3.

Bảng 3: Đặc điểm của bệnh nhân

Đặc điểm bệnh nhân	Số trường hợp (tỉ lệ)
Phẫu thuật cắt tử cung	2 (8%)
Sanh một con	1 (4%)
Sanh nhiều con	24 (96%)
Triệu chứng đường tiết niệu	
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	8 (32%)
Tiểu gấp và tiểu không kiểm soát gấp	4 (16%)
Tiểu khó	12 (48%)
Cảm giác khối phồng vùng âm đạo	24 (98%)

Đau vùng chậu	5 (20%)
Ảnh hưởng đến hoạt động tình dục	1 (4%)
Ảnh hưởng đến cuộc sống thường nhật	
Rất nhiều	6 (24%)
Nhiều	13 (52%)
Ảnh hưởng	4 (16%)
Ảnh hưởng ít	2 (8%)
Không ảnh hưởng	0 (0%)

Các mức độ sa tạng chậu chung, khoang chậu trước, khoang chậu giữa, khoang chậu sau theo B-W, POP-Q và trên dMRI được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4: Phân độ sa tạng chậu theo B-W, POP-Q và dMRI

	Độ 0 số TH (%)	**Độ 1 số TH (%)**	**Độ 2 số TH (%)**	**Độ 3 số TH (%)**	**Độ 4 số TH (%)**
Khoang chậu trước					
Baden – Walker	0 (0%)	3 (12,0%)	4 (16,0%)	17 (68,0%)	1 (4,0%)
POP-Q	0 (0%)	2 (8,0%)	1 (4,0%)	18 (72,0%)	4 (16,0%)
dMRI	0 (0%)	7 (28,0%)	10 (40,0%)	8 (32,0%)	
Khoang chậu giữa					
B-W	0 (0%)	5 (20,0%)	15 (60,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)
POP-Q	0 (0%)	1 (4,0%)	5 (20,0%)	12 (48,0%)	7 (28,0%)
dMRI	0 (0%)	7 (28,0%)	12 (48,0%)	6 (24,0%)	
Khoang chậu sau					
B-W	13 (52,0%)	6 (24,0%)	6 (24,0%)	0 (0%)	0 (0%)
POP-Q	4 (16,0%)	5 (20,0%)	14 (56,0%)	2 (8,0%)	0 (0%)
dMRI	6 (24,0%)	12 (48,0%)	7 (28,0%)	0 (0%)	
Sa tạng chậu chung					
B-W	0 (0%)	2 (8,0%)	3 (12,0%)	17(68,0%)	3 (12,0%)
POP-Q	0 (0%)	0 (0%)	1 (4,0%)	15 (60,0%)	9 (36,0%)
dMRI	0 (0%)	1 (4,0%)	11 (44,0%)	13 (52,0%)	

Phân tính sự tương quan trong phân độ sa tạng chậu chung, khoang chậu trước, khoang chậu giữa, khoang chậu sau giữa các phương pháp bằng phép kiểm Spearman được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5: Phép kiểm Spearman phân tích sự tương quan giữa phân độ B-W, POP-Q và dMRI

	Khoang chậu trước	**Khoang chậu giữa**	**Khoang chậu sau**	**Sa tạng chậu chung**
B-W và POP-Q	0,162 p = 0,439	0,276 p = 181	0,260 p = 0,209	0,076 p = 0,719
B-W và dMRI	0,224 p = 0,283	0,039 p = 0,854	0,424 p = 0,035	0,127 p = 0,546
POP-Q và dMRI	-0,001 p = 0,997	0,235 p = 0,259	0,216 p = 0,300	0,171 p = 0,414

Như thế, chúng tôi không tìm được mối liên hệ giữa phân độ sa tạng chậu giữa đánh giá trên lâm sàng theo B-W và POP-Q cũng như giữa phân độ sa tạng chậu trên lâm sàng và chụp cộng hưởng từ động học (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

So sánh giữa B-W và POP-Q trong phân độ sa tạng chậu:

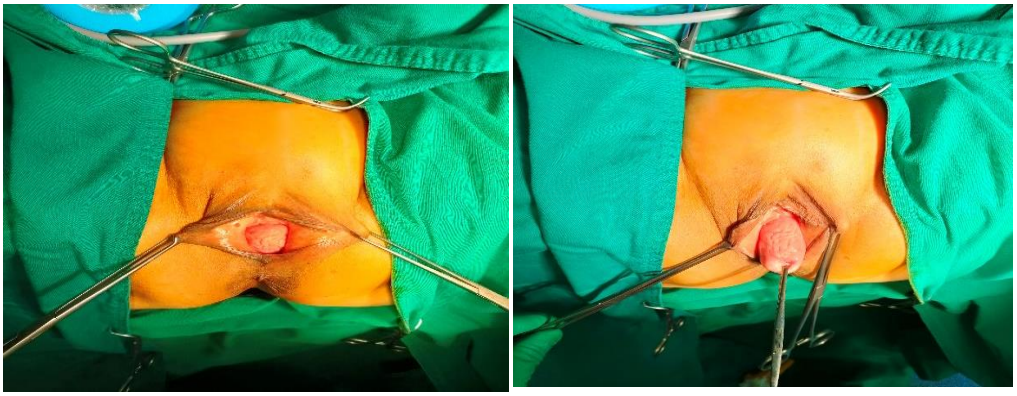
Phân độ sa tạng chậu trên lâm sàng là cách tiếp cận đầu tiên trong chẩn đoán bệnh nhân sa tạng chậu. Hệ thống phân độ sa tạng chậu được Baden và Walker giới thiệu vào năm 1972 đến nay vẫn được các bác sĩ áp dụng trên lâm sàng vì tính trực quang và thân thiện [2]. Tuy phương pháp của B-W dễ dàng được áp dụng nhưng cũng chỉ dựa trên các đánh giá vị trí tương đối của các tạng sa so với màng trinh mà không xem xét đến các chỉ số giải phẫu khác có khả năng ảnh hưởng đến đánh giá mức độ nặng của sa tạng chậu ví dụ như chiều dài âm đạo. Kết quả đánh giá phụ thuộc nhiều vào khả năng gắng sức của bệnh nhân. Cũng như việc đánh giá gặp khó khăn trên bệnh cảnh kết hợp sa nhiều tạng chậu hay sa phối hợp các khoang chậu vì khó xác định giới hạn của các khoang chậu. Thang đo POP-Q là hệ thống được xây dựng dựa trên chín chỉ số mô tả một cách xác thực tình trạng các khoang chậu. Chính vì vậy thang đo POP-Q ngày càng nhận được sự đồng thuận khuyến cáo sử dụng trong đánh giá sa tạng chậu của các Hội ngành nghề uy tín như: Hội Tiêu – Tiểu Tự chủ Quốc tế, Hội Tiết niệu – Phụ khoa Hoa Kỳ, Hội các nhà phẫu thuật phụ khoa Hoa Kỳ…[3].

Theo báo cáo của Madhu (2016), có sự tương đồng trong đánh giá mức độ sa tạng chậu giữa hai phương pháp B-W và POP-Q [6]. Trong một nghiên cứu đa trung tâm, Mitesh Parekh và cộng sự cũng cho thấy rằng đánh giá mức độ sa tạng chậu trên lâm sàng theo B-W có sự tương đồng với POP-Q trong đánh giá sa tạng chậu chung cũng như sa theo từng khoang chậu trước, giữa và sau [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ sa khoang chậu trước và giữa độ 4 theo POP-Q chiếm lần lượt là 16%, 28% là cao hơn so với B-W (4%, 8%). Sau khi phân tích các số liệu trong loạt bệnh 25 trường hợp với phép kiểm Spearman, chúng tôi thấy không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa 2 phương pháp đánh giá B-W và POP-Q.

Vậy thì tại sao kết quả đánh giá của chúng tôi trong khi đánh giá mức độ sa theo B-W và theo POP-Q là khác nhau ? Có lẽ do chúng tôi thực hiện phân độ Baden-Walker khi khám âm đạo ở phòng khám và bệnh

nhân không được vô cảm, trong khi việc đánh giá POP-Q tại phòng mổ sau khi bệnh nhân đã được vô cảm. Sau khi vô cảm các cơ vùng chậu giãn tối đa, chúng tôi dùng cặp Allis kẹp vào thành âm đạo kéo tạng chậu xuống với lực kéo nhẹ nhàng vừa phải để các tạng chậu có thể đạt được mức độ sa tối đa, và thường thì độ sa sẽ nhiều hơn. Chúng tôi cho rằng đo POP-Q sau khi đã vô cảm sẽ có được sự đánh giá chính xác hơn mức độ sa tạng chậu so với đo bằng B-W tại phòng khám không được vô cảm.



Hình 4: a) Bệnh nhân chỉ được phân độ là sa khoang trước độ III khi đánh giá theo B-W ở phòng khám; b) Khi đo lại theo POP-Q ở phòng mổ sau khi vô cảm, bệnh nhân được đánh giá lại là sa cả hai khoang trước và khoang giữa mức độ IV.

Hiệp hội Tiêu – Tiểu Tự chủ Quốc tế cũng khuyến cáo rằng mặc dù phương pháp B-W có thể giúp bác sĩ đánh giá bước đầu bệnh nhân sa tạng chậu nhưng hệ thống định lượng POP-Q nên được áp dụng thường qui trong đánh giá bệnh nhân nhằm theo dõi kết quả phẫu thuật và trong các nghiên cứu về sa tạng chậu vì tính chính xác và tin cậy của thang đo. Dù vậy phương pháp đo POP-Q cũng có hạn chế là không thể xác định được tạng nào bị sa phía sau niêm mạc âm đạo, đặc biệt đối với khoang chậu sau, có thể xuất hiện sa ruột.

Bàn luận về phân độ sa tạng chậu với dMRI. Chụp cộng hưởng từ động học vùng chậu (dynamic pelvic MRI) cho thấy là phương tiện chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị giúp bác sĩ biết rõ các tạng bị sa cũng như có thể nhìn thấy các khiếm khuyết về giải phẫu của các dây chằng và cân cơ nâng đỡ sàn chậu. Từ đó, bác sĩ lập kế hoạch lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cũng như tiên lượng kết quả và cả tai biến phẫu thuật [8]. Chụp cộng hưởng từ động học (dMRI) cũng giúp đánh giá được mức độ sa tạng vùng chậu theo Andrew Yang hay theo hệ thống HMO, được phân làm 3 độ theo thứ tự: nhẹ, trung bình và nặng [5]. Vị trí các tạng chậu so với đường mu – cụt được xác định trong lúc nghỉ và trong quá trình tống xuất phân.

Khi so sánh phân độ sa tạng chậu theo B-W và hình ảnh dMRI bằng phép kiểm Spearman chúng tôi không ghi nhận được sự tương quan. Trong nghiên cứu của Lin FC và cộng sự nhận thấy rằng, phân độ sa tạng chậu theo B-W chỉ tương đồng với dMRI đối với khoang chậu trước, trong khi đó ít tương đồng ở khoang chậu giữa và khoang chậu sau [9]. Tác giả cho rằng khám lâm sàng đơn thuần có thể áp dụng đối với những bệnh

nhân chỉ có dấu hiệu sa khoang chậu trước rõ ràng. Đối với khoang chậu sau, hình ảnh trên dMRI giúp phân biệt túi sa ruột, sa đại tràng sigma hay sa trực tràng trong khi đó khám lâm sàng khó xác định được.

Pollock và cộng sự trong nghiên cứu 54 bệnh nhân sa tạng chậu, tác giả nhận thấy rằng dMRI không tương quan trong đánh giá mức độ sa tạng chậu giữa B-W với dMRI và khi so sánh giữa POP-Q và dMRI tác giả chỉ ghi nhận sự tương đồng ở khoang chậu trước [10]. Tác giả cho rằng sự tương quan trong đánh giá mức độ sa tạng chậu giữa POP-Q và dMRI là tốt hơn khi so với phân độ theo B-W. Tuy vậy, nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận sự tương quan trong phân độ sa tạng chậu theo POP-Q và trên dMRI. Kết quả chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Woodfield và cộng sự (2009), tác giả nhận thấy ít có sự tương đồng trong đánh giá mức độ sa tạng chậu theo POP-Q và trên dMRI [11]. Sự không tương đồng này có thể bị ảnh hưởng bởi tư thế bệnh nhân, tư thế bệnh nhân khi chụp MRI không ở tư thế đứng thẳng hay ngồi thẳng cũng như việc thực hiện nghiệm pháp tống xuất phân trong không gian không thuận lợi cũng khiến bệnh nhân ngại ngùng từ đó ảnh hưởng đến kết quả. Việc áp dụng các mốc giải phẫu khác nhau làm mức 0, trên lâm sàng là màng trinh và trên hình ảnh MRI là đường mu – cụt có thể dẫn đến việc đánh giá mức độ sa tạng chậu không tương đồng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận có 3 bệnh nhân có sa ruột và 4 bệnh nhân sa mỡ phúc mạc ở khoang chậu sau, có tỉ lệ lần lượt là 12% và 16%. Kết quả của nghiên cứu này gợi ý rằng, đánh giá sa tạng chậu trên lâm sàng và kết quả dMRI cung cấp những thông tin hữu ích theo các khía cạnh khác nhau, hình ảnh trên dMRI có thể giúp bác sĩ xác định các tạng bị sa và các khiếm khuyết ở dây chằng và cân cơ nâng đỡ sàng chậu giúp bác sĩ đánh giá và tiên lượng trước phẫu thuật tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Với việc đánh giá mức độ sa tạng chậu của 25 bệnh nhân, chúng tôi có những nhận định sau:

- Phân độ sa tạng chậu trên lâm sàng theo phương pháp của Baden – Walker và POP-Q không có tương quan với phân độ sa tạng chậu trên dMRI.

- Đánh giá phân độ theo B-W giúp bác sĩ có nhận định ban đầu tại phòng khám. Đánh giá theo hệ thống định lượng POP-Q sau khi vô cảm bệnh nhân có thể giúp đánh giá xác thực hơn mức độ nặng sa tạng chậu.

Kết quả hình ảnh dMRI cung cấp thêm thông tin về tạng bị sa đặc biệt ở khoang chậu sau. Dù sao, chúng tôi cần tiếp tục nghiên cứu với lượng mẫu lớn hơn để kết quả của nghiên cứu tăng thêm giá trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tamanini JTN, Pallone LV, Sartori MGF, et al (2018).** A populational-based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults-results from the "SABE STUDY", Neurourol Urodyn 37(1): 466–77.
2. **Baden WF, Walker TA, Lindsay HJ (1968**). The vaginal profile, Tex Med 64: 56–8.
3. **Persu C, et al (2011).** Pelvic Organ Prolapse Quantification System (POP-Q) - a new era in pelvic prolapse staging. J Med Life, 4 (1): 75-81.
4. **Pannu HK (2003).** Dynamic MR imaging of female organ prolapse. Radiol Clin North Am, 41(2): 409-23.

5. **Yang A, et al (1991).** Pelvic floor descent in women: dynamic evaluation with fast MR imaging and cinematic display. Radiology, 179 (1): 25-33.
6. **Madhu C, et al (2018).** How to use the Pelvic Organ Prolapse Quantification (POP-Q) system? Neurourol Urodyn, 37 (S6): S39-S43.
7. **Parekh M, Swift S, Lemos N, et al (2011).** Multicenter inter-examiner agreement trial for the validation of simplified POPQ system. Int Urogynecol J, 22 (6): 645-50. doi: 10.1007/s00192-011-1395-2. .
8. **Khatri G, de Leon AD, Lockhart ME (2017).** MR Imaging of the Pelvic Floor. Magn Reson Imaging Clin N Am. 25 (3): 457-80. doi: 10.1016/j.mric.2017.03.003. PMID: 28668155.
9. **Lin FC, Funk JT, Tiwari HA, et al (2008).** Dynamic Pelvic Magnetic Resonance Imaging Evaluation of Pelvic Organ Prolapse Compared to Physical Examination Findings. Urology, 119: 49-54. doi: 10.1016/j.urology.2018.05.031. Epub 2018 Jun 23. PMID: 29944912.
10. **Pollock GR, Twiss CO, Chartier S, et al (2021).** Comparison of magnetic resonance defecography grading with POP-Q staging and Baden-Walker grading in the evaluation of female pelvic organ prolapse. Abdom Radiol (NY), 46(4):1373-80. doi: 10.1007/s00261-019-02313-8. PMID: 31720767.
11. **Woodfield CA, Hampton BS, Sung V, et al (2009).** Magnetic resonance imaging of pelvic organ prolapse: comparing pubococcygeal and midpubic lines with clinical staging. Int Urogynecol J, 20: 695–701. https://doi.org/10.1007/s00192-009-0865-2.

ÁP DỤNG KỸ THUẬT V-FLAP ĐỂ MỞ NIỆU QUẢN RA DA

Nguyễn Văn Ân[1], Phạm Huy Vũ[1], Đoàn Vương Kiệt[1], Lê Trương Tuấn Đạt[1], Trần Quang Phúc[2], Danh Hào[2], Vũ Đình Kha[2], Trần Đình Bảo[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tính hiệu quả và an toàn của việc áp dụng kỹ thuật V-flap để mở niệu quản ra da.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu loạt trường hợp. Bệnh nhân được chỉ định mở niệu quản ra da sau phẫu thuật cắt bỏ ung thư bàng quang hoặc chức bàng quang bị bệnh lý nặng không dùng được nữa, và thể trạng hoặc tình trạng bệnh không cho phép thực hiện chuyển lưu nước tiểu kiểu khác. Kỹ thuật mổ tương tự như các báo cáo về V-flap trong y văn. Khảo sát biến chứng trong mổ và sau mổ, cũng như mức độ dễ dàng của việc thay thông niệu quản định kỳ.

Kết quả: Từ tháng 1/2019 đến 03/2021, có 14 trường hợp với 26 niệu quản được mở ra da kiểu V-flap. Tỉ lệ nam/nữ = 11/3. Tuổi trung bình

[1]*Bệnh viện Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang*
[3]*Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Sài Gòn*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Văn Ân.
Email: bsan.nieukhoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 1/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt đăng: 25/8/2021

66,28. Thời gian nằm viện trung bình 11,57 ngày. Thời gian hay thông niệu quản lần đầu trung bình 20,5 ngày. Thời gian theo dõi trung bình 9,85 tháng. Cho tới nay chưa ghi nhận trường hợp nào có biến chứng trong mổ, cũng chưa ghi nhận biến chứng sau mổ như hẹp, tụt miệng niệu quản hoặc đặt thông niệu quản lạc đường. Hầu hết các trường hợp đều thay thông niệu quản định kỳ dễ dàng. Sử dụng kết hợp với dán túi hứng, hầu hết các bệnh nhân khá hài lòng về chất lượng sống.

Kết luận: Kỹ thuật V-flap có thể thực hiện dễ dàng, an toàn và hiệu quả, ít khi bị biến chứng hẹp niệu quản về sau. Phương pháp này nên được phổ biến rộng rãi cho những trường hợp mở niệu quản ra da.

Từ khóa: Mở niệu quản ra da; V-flap

SUMMARY

APPLICATION OF V-FLAP TECHNIQUE TO PERFORM CUTANEOUS URETEROSTOMY

Purpose: To evaluate effectiveness and safety of applying V-flap technique to perform cutaneous ureterostomy

Patients & Methods: This is a retrospective study. The patients were indicated to perform cutaneous ureterostomy after radical cystectomy caused by bladder cancer or no longer using the bladder caused by severe defect, and their conditions did not allow to realize other kinds of urinary diversion. Our technique of V-flap cutaneous ureterostomy is similar to many international authors in literature. We survey peri-op and post-op complications, as well as feasibility of periodic replacement of ureteral catheter.

Results: From Jan 2019 to Mar 2021, there were 14 cases with 26 cutaneous ureterostomy using V-flap technique. Male/female ratio was 11/3. Mean age was 66.28. Mean hospital stay was 11.57 days. The average time for the first ureteral cathter replacement was 20.5 days. Mean follow-up time was 9.85 months. So far, there habe been no cases of peri-op nor post-op complications such as stenosis or retraction of ureteral orifices as well as misplaced ureteral catheterization. In most cases, routine catheter replacement is easy. Used in conjunction with collection bags, most patients have been satisfied with their quality of life.

Conclusion: V-flap technique can be performed easily, safely and effectively, rarely having complication of ureteral stricture later on. This method should be popularized in cases of cutaneous ureterostomy.

Keywords: Cutaneous ureterostomy, V-flap.

I. GIỚI THIỆU

Mở niệu quản ra da là một trong những biện pháp chuyển lưu nước tiểu trên bàng quang (supra- vesical urinary diversion) sau phẫu thuật cắt bỏ bàng quang do ung thư hoặc khi bàng quang bị thương tổn nặng nề không còn sử dụng được nữa. Các biện pháp chuyển lưu nước tiểu khác sau khi cắt bỏ bàng quang có thể là chuyển lưu không tự chủ (incontinent diversion) - như phương pháp Bricker (ilial conduit), hoặc chuyển lưu tự chủ (continent diversion) - như bàng quang tân tạo trực vị (orthotopic enterocystoplasty) hoặc túi chứa nước tiểu bằng ruột có van chuyển lưu (urinary pouch with continent stoma). Theo Argawal (2018), mở niệu quản ra da là một chọn lựa khả thi cho những bệnh nhân già yếu, nguy cơ cao sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc hoặc sau xạ trị, hoặc không thuận lợi khi dùng ruột để chuyển lưu nước tiểu. Mặc dù sau khi mở niệu quản ra da, bệnh nhân phải thực hiện thay thông định kỳ kéo dài, nhưng biến chứng sau mổ ít hơn nhiều so với các biện

pháp chuyển lưu nước tiểu khác [1]. Deliveliotis (2005) thì cho rằng mở niệu quản ra da là biện pháp thay thế cho phẫu thuật chuyển lưu qua ống hồi tràng (ileal conduit) dùng cho những bệnh nhân rất suy yếu, làm giảm nguy cơ phẫu thuật và nguy cơ biến chứng. Phương pháp này cũng tránh những biến chứng của cắt nối ruột như tắc ruột, liệt ruột, hồi phục sau mổ chậm, rối loạn chuyển hóa … [2]

Nhiều tác giả vẫn e ngại biện pháp mở niệu quản ra da, không chỉ vì phiền toái phải thay thông định kỳ, mà còn vì những biến chứng về sau, chủ yếu là viêm bể thận-thận và các biến chứng ở miệng niệu quản (hoại tử, hẹp, tụt vào trong), thông lạc đường … Báo cáo của Kizilay (2018) trên 36 bệnh nhân được mở niệu quản ra da với thời gian theo dõi trung bình đến hơn 10 năm: 128,5 tháng (min = 8, max = 192) cho thấy tỉ lệ viêm bể thận-thận là 6/36 (16,66%) và liên quan miệng niệu quản là 5/36 (13,88%) [3].

Chúng tôi chưa thấy có báo cáo về tỉ lệ biến chứng của phương pháp mở 2 niệu quản ra da ở Việt Nam, nhưng trên thực tế lâm sàng, chúng tôi đã gặp rất nhiều bệnh nhân phải vào cấp cứu do tình huống tuột ống thông niệu quản rồi không lại được thông do hẹp hay tụt miệng niệu quản mở ra da. Một số trường hợp may mắn đặt lại được thông niệu quản (dùng thông cỡ nhỏ, dùng guidewire trợ giúp, dùng máy soi niệu quản trợ giúp …), một số khác phải mổ lại để tạo hình lại miệng niệu quản, mà cuộc mổ thường không dễ dàng.

Chúng tôi cũng nhận thấy đa số các bác sĩ niệu khoa ở trong nước hiện nay sử dụng kỹ thuật lộn tay áo (nipple technique) khi mở niệu quản ra da, nhưng chưa thấy có báo cáo về kỹ thuật mở niệu quản kiểu V-flap. Trước đây, chúng tôi đã từng thực hiện mở niệu quản ra da kiểu V-flap trong nhiều năm khi là việc tại bệnh viện Bình Dân TpHCM và nhận xét rằng dường như tỉ lệ biến chứng ở miệng niệu quản ít hơn so với kiểu lộn tay áo. Nhận xét này thực ra chưa có kiểm chứng bằng số liệu cụ thể. Vì thế, chúng tôi muốn khảo sát tính khả thi, hiệu quả và an toàn của kỹ thuật mở niệu quản ra da kiểu V-flap trong thời gian qua chúng tôi làm việc ở BV Đại học Y dược TpHCM.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu hồi cứu loạt trường hợp.

Chọn bệnh: Khảo sát những bệnh nhân đã được mở niệu quản ra da kiểu V-flap do 1 phẫu thuật viên chính thực hiện, trong thời gian từ tháng 1/2019 đến tháng 3/2021. Tất cả các bệnh nhân đều do 1 phẫu thuật viên thực hiện, được tiến hành tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, bệnh viện Hoàn Mỹ TPHCM và bệnh viện đa khoa Kiên Giang.

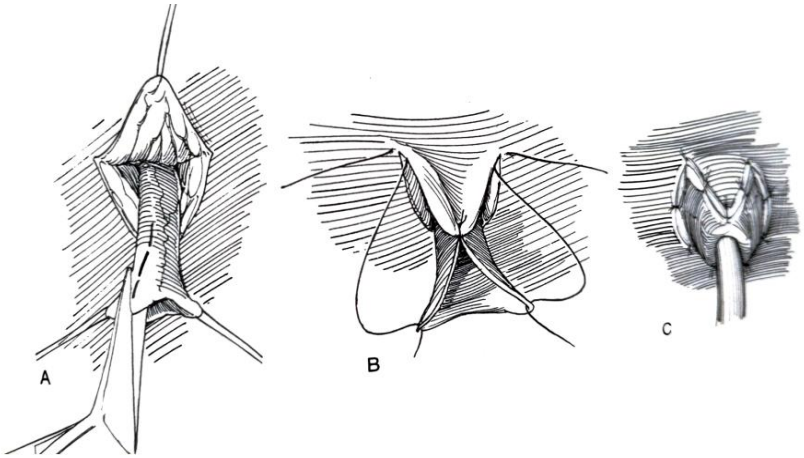
Kỹ thuật mổ:

Sau khi cắt và khâu cột niệu quản gần bàng quang, đoạn niệu quản chậu phía trên sẽ được giải phòng vừa đủ dài để mở ra da. Độ dài của việc bóc tách niệu quản phụ thuộc nhiều vào tình trạng mập bụng của bệnh nhân. Tuy nhiên lưu ý không bóc tách quá gần thành niệu quản và cố gắng bảo tồn mạch máu nuôi niệu quản, không quá ngắn sợ bị kéo căng, cũng không quá dài vì sẽ tổn thương nhiều mạch máu hơn, tất cả nhằm hạn chế các biến chứng thiếu máu, hoại tử và tụt miệng niệu quản về sau.

Niệu quản theo hướng sau phúc mạc, mở ra da ở bờ ngoài cơ thẳng bụng. Thường vị trí mở ra da ở hố chậu 2 bên nhưng có khi phải ngang rốn hoặc cao hơn nữa, tùy theo độ dài còn lại của niệu quản nếu đoạn gần bàng quang bị xơ dính nhiều, nhưng tránh

ngang vị trí thắt lưng quần để tránh bị đè ép khi mặc quần.

Về kỹ thuật mở ra da kiểu V-flap, chúng tôi tham khảo trình bày trong Atlas of Urologic Surgery của Hinman (1998) [4] và theo mô tả của Kearney (1992) [5] nhưng có ít nhiều cải biên. Rạch da hình chữ V hướng xuống dưới (về phía chân bệnh nhân), kích thước tương ứng với kích cỡ của niệu quản. Dùng dao điện cắt xẻ cân cơ thành bụng hình chữ thập, rồi dùng Kelly bóc tách xuyên các cơ thành bụng để gắp mối chỉ cột đầu tận của niệu quản đưa ra ngoài da. Chiều dài đoạn niệu quản đưa ra da ~ 1- 1,5 cm. Đặt thông nòng khoảng 6 – 12F tùy kích cỡ niệu quản. Xẻ dọc niệu quản hướng lên trên (về phía đầu), kích thước xẻ tương ứng với đoạn xẻ da hình chữ V (lưu ý quan sát tránh để xoắn niệu quản). Khâu cố định thành niệu quản vào cân cơ bụng bằng 4 mũi vicryl 4.0. Khâu tạo hình miệng niệu quản với da hình chữa V bằng 8 mũi vicryl 4.0. Lưu ý 3 mũi ở mép dưới kỹ thuật khâu để lộn mép niêm mạc niệu quản ra ngoài. Sau cùng, khâu cố định thông niệu quản mở ra da bằng chỉ nylon 2.0, hoặc thay thông niệu quản bằng thông JJ. Nước tiểu từ niệu quản qua thông được hứng bằng túi dán.



Hình 1: Kỹ thuật mở niệu quả ra da kiểu V-flap (nguồn: Mesrobian (1998) [4])

Ghi nhận các chỉ số:

- Tuổi tác, phái tính, bệnh gốc dẫn đến phẫu thuật mở niệu quản ra da, thời gian nằm viện, thời gian thay thông niệu quản lần đầu (những lần thay thông sau thường hẹn định kỳ mỗ 2 tuần), thời gian theo dõi bệnh nhân.

- Các chỉ số lẫn lộn trong phẫu thuật của bệnh gốc (thường là cắt bàng quang) như thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, biến chứng trong mổ và sau mổ …, nên chúng tôi không ghi nhận trong nghiên cứu này.

- Chúng tôi cũng ghi nhận các biến chứng sớm và muộn của phẫu thuật mở niệu quản ra da.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2019 – 3/2021, có 14 bệnh nhân, gồm 11 nam và 3 nữ đã được chúng tôi thực hiện mở niệu quản ra da kiểu V-flap. Những đặc điểm của bệnh nhân được ghi nhận trong bảng 1, những đặc điểm của cuộc mổ theo dõi sau mổ được ghi nhận trong bảng 2.

Bảng 1- Những đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi trung bình	66,28 ± 11,07 (min = 55, max = 90)	
Phái	Nam / Nữ = 11 / 3 (nam ~ 78,6%, nữ ~ 21,4%)	
Bệnh gốc	Ung thư bàng quang	12 t/h
	Ung thư cổ tử cung - viêm bàng quang do xạ trị	1 t/h
	Ung thư bàng quang tân tạo	1 t/h

Bảng 2- Những đặc điểm của cuộc mổ và theo dõi sau mổ

Phương pháp mổ	- Cắt bàng quang, mở 2 niệu quản ra da	- 11 t/h
	- Cắt thận và niệu quản phải + cắt bàng quang tân tạo, mở niệu quản trái da da	- 1 t/h
	- Chỉ mở 2 niệu quản ra da	- 2 t/h
Thời gian nằm viện trung bình	11,57 ± 3,20 ngày (min = 7 , max = 18)	
Thời gian thay thông niệu quản lần đầu	20,5 ± 2,8 ngày (min = 14, max = 21)	
Thời gian theo dõi sau mổ trung bình	9,85 ± 8,82 tháng (min = 4, max = 30)	

Trong số 14 bệnh nhân, chỉ có 26 niệu quản mở ra da kiểu V-flap:

- 1 bệnh nhân bị ung thư tái phát ở vị trí niệu quản phải đoạn cuối ăn vào bàng quang tân tạo (trước đó 3 năm, bệnh nhân được cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng ruột kiểu trực vị)
- 1 bệnh nhân bị viêm bàng quang xuất huyết nặng / ung thư cổ tử cung đã xạ trị, được mở 2 niệu quản ra da, nhưng đoạn niệu quản phải chậu gần bàng quang quá dính không bóc tách được, mà bụng bệnh nhân lại qúa mập, nên khi đưa niệu quản phải ra da bị ngắn. Phẫu thuật viên đã cố gắng mở miệng niệu quản phải ra da quá căng mà không theo kiểu lộn tay áo hay V-flap. Hai ngày sau, niệu quản tụt vào trong bụng và chúng tôi phải mổ lại, dùng một đoạn ruột non tạo hình kiểu Monti nối với đầu niệu quản và mở lại ra da.

Theo dõi các biến chứng hậu phẫu:

- Trường hợp tụt miệng niệu quản ngày hậu phẫu thứ 2 nêu trên không phải kiểu V-flap, nên không được tính vào số liệu của báo cáo này
- Trong số 26 miệng niệu quản mở ra da kiểu V-flap: 1 trường hợp hơi khó đặt vào ở lần thay thông đầu tiên, 1 trường hợp hơi khó thay thông vào lần thay thứ 2. Cả 2 bệnh nhân này và tất cả những bệnh nhân còn lại đều thay thông niệu quản dễ dàng vào những lần sau.
- Với thời gian theo dõi trung bình 9,85 tháng, loạt bệnh của chúng tôi cho tới nay chưa ghi nhận biến chứng khác của các trường hợp mở niệu quản ra da kiểu V-flap.

a **b** **c** **d**

Hình 2- Bệnh nhân Phạm Đình V., nam, 63 tuổi, SHS = N21-25521, mổ cắt bàng quang tận gốc do ung thư bàng quang giai đoạn IV, tháng 3/2021 tại BV Đại học Y Dược TpHCM. 2a,b) Vết rạch da hình chữ V; 2c) Miệng niệu quản mở da da chuẩn bị khâu tạo hình kiểu V-flap; 2d) Phẫu thuật mở niệu quản ra da kiểu V-flap 2 bên hoàn tất.

IV. BÀN LUẬN

Nhận định của chúng tôi về kỹ thuật mở niệu quản ra da kiểu V-flap:

- Kỹ thuật khâu tạo hình miệng niệu quản không quá phức tạp. Phẫu thuật viên niệu khoa được hướng dẫn cẩn thận chỉ cần thực hiện khoảng 2 – 3 lần là thành thạo.

- Đoạn niệu quản đưa ra da không cần quá dài đến > 3 cm như mô tả của Mesrobian J. trong Altlas of Urologic Surgery (1998) [4]. Lưu ý rằng trong một số trường hợp, do xơ dính nhiều vùng chậu hoặc do bụng quá mập, thậm chí còn không đủ chiều dài niệu quản để đưa ra da, cho nên việc tiết kiệm ~ 2cm là không ít.

Nhận định một số ưu điểm của kỹ thuật V-flap:

- Giúp luôn có thể tạo hình miệng niệu quản đủ rộng mặc dù kích thước niệu quản nhỏ.

- Vạt da hình V chạy vào trong miệng niệu quản, vừa giúp làm dài thêm một chút mà không sợ tụt miệng niệu quản, vừa có tác dụng dẫn đường khi đặt thông niệu quản.

- Phía đối bên của vạt da hình V, thành niệu quản được khâu lộn mép ra ngoài, vừa tránh hẹp miệng niệu quản, vừa giúp dễ nhận định vị trí đặt thông niệu quản.

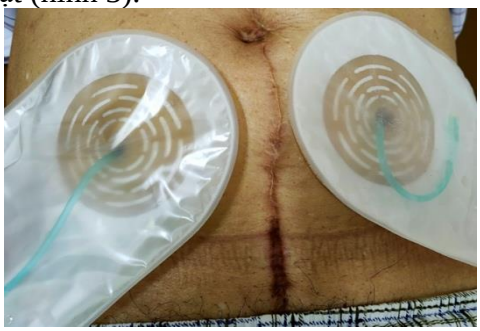
- Hiratsuka & cs (2008) trình bày 1 trường hợp bị sớm hẹp miệng niệu quản kiểu lộn tay áo, sau đó chọn kiểu V-flap để tạo hình lại miệng niệu quản, nhận định rằng vạt da hình V có nhiều mạch máu nuôi giúp làm giảm nguy cơ thiếu máu nuôi vốn là một trong những nguyên nhân gây hẹp miệng niệu quản [6].

Chúng tôi chọn mở từng niệu quản ra da riêng rẽ, tức là với những trường hợp mở 2 niệu quản 2 bên thì mở ra da ở cạnh cơ thẳng bụng 2 bên. Xem trong y văn, một số tác giả đưa 2 đầu niệu quản ở một vị trí mở ra da, như Ubrig & cs (2004) [7], Lusuardi & cs (2005) [8], hoặc Tsaturyan & cs (2017) [9]. Một số tác giả khác mở niệu quản thứ nhất vào niệu quản thứ hai kiểu tận – bên, rồi mở niệu quản thứ hai ra da, như trình bày của Sugandhi & cs (2013) [10] hoặc Yadav & cs (2018) [11].

Chúng tôi chọn cách lưu ống thông thường trực để dẫn lưu nước tiểu qua miệng niệu quản. Một số tác giả báo cáo mở niệu quản ra da mà không lưu thông nòng

(tubeless), như Sugandhi [10], Yadav [11] và Kizilav [3]. Có lẽ chính vì vậy mà chúng tôi rất ít khi gặp phải biến chứng viêm bể thận – thận. Tác giả Kizilav báo cáo tỉ lệ biến chứng viêm bể thận-thận ~ 16,6% còn cao hơn cả các loại biến chứng của miệng niệu quản ~ 13,8%, mà chúng tôi cho rằng do không lưu thông nòng niệu quản nên ít nhiều có nguyên nhân sự ứ đọng nước tiểu ở niệu quản và bể thận.

Ngoài ra, khi chăm sóc hậu phẫu sau nhiều năm, chúng tôi thấy đa số các bệnh nhân hài lòng về chất lượng sống với cách lưu thông nòng niệu quản kết hợp với túi dán hứng nước tiểu vì ít vướng bận trong sinh hoạt (hình 3).



Hình 3- Hai thông niệu quản qua 2 miệng chuyển lưu ra da kiểu V-flap.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp mở niệu quản ra da kiểu V-flap tương dễ thực hiện về mặt kỹ thuật, về sau ít bị biến chứng hẹp hay tụt miệng niệu quản, nên được phổ biến rộng rãi cho các phẫu thuật viên niệu khoa. Nghiên cứu này có số liệu còn ít và thời gian nghiên cứu còn ngắn, nên chúng tôi sẽ tiếp tục với số lượng bệnh nhân nhiều hơn và theo dõi lâu hơn có những nhận xét giá trị hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal S, Sarpal R, Dang S, et al (2018).** "Indications and outcome of patients undergoing cutaneous ureterostomy as a mode of urinary diversion after radical cystectomy: an experience from a tertiary care center". Int Surg J; 5 (9): 3038-42.
2. **Deliveliotis C, Papatsoris A, Chrisofos M, et al (2005).** "Urinary diversion in high-risk elderly patients: modified cutaneous ureterostomy or ileal conduit ?" Urology; 66: 299-304.
3. **Kızılay F, Şimşir A, Cüreklibatır I (2018).** "Long-term outcomes of patients who underwent ureterocutaneostomy". Bulletin of Uro-Oncology; 17: 54-8.
4. **Mesrobian H-G J (1998).** "Cutaneous ureterostomy and pyelostomy", in Atlas of Urologic Surgery, edited by Hinman F, WB Saunder, 2nd edition, chap 15: pp 642-3.
5. **Kearney GF, DocimoSG, Doyle CJ, Mahoney EM (1992).** "Cutaneous ureterostomy in adults". Urology; 49 (1): 1-6.
6. **Hiratsuka Y, Ishii T, Taira H, Oonishi H (2008).** "Skin flap technique for the reconstruction of a deep ureteral stomal obstruction". Int J Urol; 15: 649-50.
7. **Ubrig B, Lazica M, Waldner M, Roth S (2004).** "Extraperitoneal bilateral cutaneous ureterostomy with midline stoma for palliation of pelvic cancer". Urology; 63**:** 973–5.
8. **Lusuardi L, Lodde M, Pycha A.** "Surgical atlas cutaneous ureterostomy". BJU Int; 96:1149-59.
9. **Tsaturyan AA, Smith AK, Oganov TA, et al (2017).** "Single stoma tubeless cutaneous ureterostomy: A new approach to an old operation". JOJ Uro & Nephron 3 (1): 1-4.
10. **Sugandhi N, Agarwala S (2013).** "Ureterostomy", in Basic Techniques in Pediatric Surgery, edited by Bradnock TJ, Part G, G10: pp 461-4.
11. **Yadav P, Mittal V, Gaur P, et al (2018).** "A modified cutaneous ureterostomy provides satisfactory short and midterm outcomes in select cases". Turk J Urol; 44 (5): 399-405.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TÁN SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN GIAO THÔNG VẬN TẢI

Bùi Sỹ Tuấn Anh[1], Nguyễn Vũ Minh Thiện[1]
Đặng Thành Đông[1], Trần Kiên[1], Nguyễn Văn Dương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi ngược dòng ống mềm tại bệnh viện Giao Thông Vận Tải.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu 34 trường hợp tán sỏi thận qua nội soi ngược dòng ống mềm tại khoa Ngoại Tổng Hợp-Bệnh viện Giao Thông Vận tải từ tháng 1/2018-12/2020.

Kết quả: 34 bệnh nhân (gồm 28 nam và 6 nữ), với độ tuổi trung bình: 45,32 ± 14,38 tuổi (31-72). Kích thước sỏi trung bình là: 15,6 ± 5,4mm. Sỏi đài dưới chiếm 55,88%. Sỏi thận phải: 55,88%. Sỏi thận trái: 44,12%. Mức độ ứ nước thận trên CT-Scanner trước mổ: 12 trường hợp đài bể thận bình thường (chiếm 35,29 %),18 trường hợp độ I (chiếm 52,94%), 4 trường hợp độ II (chiếm 11,75%). Thời gian mổ trung bình: 55,08 ± 18,32 phút (45-92). Thời gian nằm viện TB: 2,83 ± 1,23 ngày; có 85,29% bệnh nhân hết sỏi sau 2 tuần phẫu thuật, 94,12% bệnh nhân hết sỏi sau 1 tháng phẫu thuật.

Kết luận: Tán sỏi thận qua nội soi ngược dòng ống mềm mang lại nhiều ưu điểm: an toàn, ít xâm lấn, hồi phục nhanh, tỷ lệ sạch sỏi cao, ít biến chứng

Từ khóa: Phẫu thuật trong thận nội soi ngược dòng, nội soi ống mềm.

[1]*Bệnh viện Giao Thông Vận Tải*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Vũ Minh Thiện
Email: Nguyenvuminhthiendr@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/7/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 31/7/2021

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF TREATMENT OF RENAL CALCULI WITH FLEXIBLE URETEROSCOPES AT TRANSPORT HOSPITAL

Objectives: To evaluation the results of treatment of renal calculi with flexible uretororenoscopy at Transport Hospital.

Subjects and methods: Prospective study of 34 retrograde nephrolithotripsy cases treated by flexible ureterorenoscopy at Transport Hospital from 1-2018 to 12-2020.

Results: 34 patients (28 male and 6 female) with mean age of 45.32 ± 14.38 year (31-72). Mean size stone: 15.6 ± 5.4mm. The location of the stone was at only lower calyx 55.88%. Righ kidney stone: 55,88%. Left kidney stone: 44.12%. Estimate the hydronephrosis on preoperative CT-Scanner includes: 12 normal (3.29%), 18 grade I (52.94%), 4 grade II (11.75%). Median surgeon time: 55.08 ± 18.32 phút. The mean of hospital stay: 2.83 ± 1.23 day. 85.29% patients were stone free after 2 weeks surgeon. 94.12% patients were stone free after 1 month surgeon.

Conclusion: Flexible ureterorenoscopy and laser lithotripsy for treatment and penvicalyceal stones is a new, safe and less invasive traetment.

Key words: retrograde intrarenal surgery, flexible ureterorenoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, sự phát triển của khoa học kỹ thuật đã góp phần làm thay đổi tư duy, chiến

lược điều trị bệnh lý sỏi tiết niệu. Điều trị sỏi thận qua nội soi ống mềm ngược dòng là phương pháp điều trị ít xâm lấn lý tưởng nhất, đảm bảo tính an toàn và hiệu quả cao với nhiều ưu điểm. Tán sỏi thận nội soi ống mềm được thực hiện trên thế giới từ năm 1996 và trong nước từ năm 2010 với tỷ lệ thành công đạt 70-93%[1][2][3][4]. Với nguồn tán Holmium laser có thể điều trị sỏi ở các vị trí trong đài bể thận với tỷ lệ sạch sỏi cao. Tán sỏi thận ống mềm là phương pháp được lựa chọn hàng đầu cho sỏi thận ≤ 2cm, thay thế cho mổ mở[1]. Đặc biệt, tán sỏi ống mềm được chỉ định cho sỏi khó tiếp cận trong đài thận[1]. Tuy nhiên, kết quả của phẫu thuật này phụ thuộc nhiều vào đặc điểm của sỏi, giải phẫu đường tiết niệu, chi phí trang thiết bị còn cao. Do vậy, chỉ định phẫu thuật cần chặt chẽ và thực hiện đúng quy trình, đúng kĩ thuật là rất cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị và hạn chế tai biến, biến chứng trong và sau mổ, nhất là sỏi trong cổ đài khó tiếp cận và sỏi còn sót lại sau can thiệp, phẫu thuật khác. Đây là vấn đề còn tồn tại, gây khó khăn và là thách thức trong điều trị sỏi đài bể thận.

Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua nội soi ngược dòng ống mềm bằng laser Holmium tại bệnh viện Giao Thông Vận Tải.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 34 bệnh nhân được tán sỏi nội soi bằng ống mềm tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Giao Thông Vận Tải từ 1/2018 – 12/2020.

1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân có sỏi thận được xác định bằng chụp CT-Scanner.

Sỏi đài bể thận có kích thước từ 1 đến 2cm.

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Sỏi đài, bể thận > 2cm, < 1cm.

Hẹp niệu quản, dị dạng thận niệu quản không đặt được máy nội soi.

Sỏi đài dưới với góc bể thận đài dưới(LIP) < 30 độ và đường kính cổ đài < 5mm.

Nhiễm khuẩn tiết niệu chưa được điều trị, thận mất chức năng.

Có rối loạn đông máu, suy tim, suy hô hấp nặng.

Bệnh nhân không tuân thủ điều trị.

Bệnh nhân không đủ hồ sơ bệnh án.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu theo dõi dọc, không đối chứng.

3. Quy trình phẫu thuật.

Chuẩn bị trước mổ: 100% bệnh nhân sỏi thận được chụp CLVT, các xét nghiệm cơ bản(công thức máu, nhóm máu, đông máu, sinh hóa máu, điện tim, X-quang tim phổi). 100% bệnh nhân được đặt JJ 7F trước mổ 10 ngày. Bệnh nhân được giải thích, thụt tháo trước mổ. Phương tiện phẫu thuật: Dàn máy nội soi hãng Karl-Storz, máy tán laser, ống nội soi mềm, ống nội soi bán cứng, Guidewide, Sheat, sonde JJ 6F,7F.

Phương pháp vô cảm: Gây tê tủy sống.

Phẫu thuật: Tư thế sản khoa. Đặt ống soi bán cứng lên niệu quản bên có sỏi thận, đặt guidewide lên. Đặt Sheat qua guidewide, rút nòng trong của Sheat. Đặt ống soi mềm lên thận qua Sheat. Tiến hành tìm sỏi thận qua các đài. Sau khi thấy sỏi, điều chỉnh đầu laser để tán sỏi vỡ nhỏ, kích thước dưới 4(mm). Rút máy, đặt JJ 6F vào niệu quản tương ứng.

4. Theo dõi bệnh nhân sau tán sỏi

100% bệnh nhân được chụp X-quang hệ tiết niệu sau mổ ngày thứ 2

100% bệnh nhân được tái khám tại thời điểm sau mổ 2 tuần và 1 tháng: Được khám lâm sàng, siêu âm, chụp X-quang hệ tiết niệu không chuẩn bị. Nếu thời điểm khám lại 2 tuần kiểm tra hết sỏi thì được rút JJ tại thời điểm đó. Nếu còn sỏi thì hẹn khám lại sau 1 tháng. Thời điểm 1 tháng, sau khám lại, tất cả các bệnh nhân đều được rút JJ.

5. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, đặc điểm sỏi thận (vị trí thận có sỏi, vị trí sỏi trong thận, số lượng sỏi, kích thước sỏi trung bình, mức độ thận ứ nước).

Kết quả điều trị: Thời gian mổ; Thời gian nằm viện

Biến chứng: Nhiễm khuẩn tiết niệu, chảy máu, tắc niệu quản do máu cục hoặc mảnh sỏi, hẹp niệu quản.

Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ 2 tuần, sau mổ 1 tháng.

Đánh giá hết sỏi khi: Kiểm tra bể thận và các đài thận hết sỏi, chụp phim Xquang hệ tiết niệu hết sỏi hoặc còn mảnh sỏi ≤ 4mm.

Không hết sỏi khi: Không tiếp cận được sỏi, không tán được sỏi; Không đưa được ống soi mềm vào thận; Đưa ống soi mềm vào thận nhưng không soi thấy sỏi mục tiêu do bít hẹp cổ đài thận, hoặc soi thấy sỏi thận nhưng không thao tác đưa ống soi tiếp cận được sỏi; Tán được sỏi nhưng còn sót sỏi >4mm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 34 bệnh nhân sỏi thận được tán sỏi nội soi ngược dòng ống mềm tại khoa Ngoại Tổng Hợp- Bệnh viện Giao Thông Vận Tải từ 1/2018-12/2020, cho kết quả:

Đặc điểm chung:

Độ tuổi trung bình là:45,32 ± 14,38 tuổi (31-72). Độ tuổi gặp nhiều nhất 39-55 tuổi (gặp 28 bệnh nhân).

Tỷ lệ nam có 28 trường hợp chiếm 82,35%, nữ có 6 trường hợp chiếm 17,65%.

***Bảng 1**. Đặc điểm sỏi thận*

Đặc điểm sỏi thận	n	%
Vị trí thận có sỏi		
Thận phải	19	55,88
Thận trái	14	44,18
Vị trí sỏi trong thận		
Bể thận	8	23,53
Đài trên,đài giữa	7	20,59
Đài dưới	19	55,88
Số lượng sỏi		
1 viên	15	44,12
2 viên	16	47,05
≥3 viên	3	8,82
Độ ứ nước thận		
Không	12	35,29
Độ I	18	52,94
Độ II	4	11,75
Độ III	0	0

Kích thước sỏi trung bình: 15,6 ± 5,4mm (0,9-21)

Kết quả điều trị:

***Bảng 2**. Kết quả điều trị*

Kết quả điều trị	n	%
Thời gian mổ (phút)		
30-60	26	76,48
>60	8	23,52
Thời gian nằm viện (ngày)	19	
1-2	14	55,88
3	1	41,18
>3	2,83± 1,23(1-4)	2.94
Trung bình		
Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ		
Sau mổ 2 tuần	29	85,29
Sau mổ 1 tháng	32	94,12

Không có tai biến biến chứng hẹp niệu quản, đứt niệu quản, lộn nòng niệu quản. Có 1 trường hợp tiểu máu sau mổ, chiếm 2,94%, được điều trị nội khoa sau 2 ngày ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 45,32 ± 14,38 tuổi, nam giới chiếm 82,35%, nữ giới chiếm 17,65%. Kết quả nghiên cứu tương đương với các tác giả trong và ngoài nước. Theo Okan Bas và cộng sự 2017 [7], độ tuổi trung bình nhóm bệnh nhân tán sỏi thận ống mềm là 45,68± 14,0 (2-86 tuổi). Theo Caccuza và cộng sự 2009 [5] tuổi trung bình là 44,8±11,3 tuổi, trong đó nam 61%, nữ 39%. Kết quả nghiên cứu thấy sỏi thận phải chiếm 55,88%, sỏi thận trái chiếm 44,12%, tỷ lệ có sỏi đài dưới chiếm 55,88%. Theo tác giả Phan Trường Bảo 2016[3], cho thấy 86,6% có sỏi đài dưới trong đó sỏi đài dưới đơn thuần chiếm 40%. Theo Phạm Ngọc Hùng và cộng sự 2020 [2], tỷ lệ sỏi đài dưới chiếm 75%. Qua các nghiên cứu, các tác giả thống nhất sỏi đài dưới chiếm tỷ lệ nhiều nhất so với các vị trí khác. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có 1 viên sỏi chiếm 44,12%, 2 viên sỏi chiếm 47,05%, ≥3 viên chiếm 8,82%. Kích thước sỏi trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 15,6 ± 5,4mm. Theo Okan Bas 2019 [7], kích thước sỏi trung bình là 15,15± 8,32mm. Các tác giả thống nhất lựa chọn nhóm bệnh nhân tán sỏi ống mềm có kích thước sỏi dưới 2cm. Kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân thận không ứ nước chiếm 35,29%, thận ứ nước độ 1 chiếm 52,94%, thận ứ nước độ 2 chiếm 11,75%, không có bệnh nhân nào thận ứ nước độ 3. Do tỷ lệ bệnh nhân có sỏi đài dưới, nằm trong cổ đài cao nên tỷ lệ thận không ứ nước cao chiếm 35,29%.

Thời gian mổ trung bình trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55,08±18,32 phút, (30-90 phút) chiếm 76,48%, >60 phút chiếm 23,52%. Theo Riley [6], thời gian mổ trung bình là 72 phút(28-130 phút). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,83±1,23 (1-4 ngày). Tỷ lệ sạch sỏi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau mổ 2 tuần chiếm 85,29%, sạch sỏi sau 1 tháng chiếm 94,12%. Theo Riley [6], tỉ lệ sạch sỏi sau 12 tháng là 90,9%. Theo Okan Bas [7], tỷ lệ này là 95,6%. Tất cả bệnh nhân còn sỏi sau tán sỏi ống mềm trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu được tư vấn theo dõi thêm, chưa cần chỉ định các phương pháp can thiệp khác. Theo Riley [6], nghiên cứu 22 trường hợp sỏi thận được tán sỏi ống mềm, có 5 trường hợp tán sỏi 1 lần, 14 trường hợp tán sỏi 2 lần, 1 trường hợp tán sỏi 3 lần, 2 trường hợp phải tán sỏi qua da.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, không có trường hợp nào bị chảy máu hay lộn nòng niệu quản, không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn tiết niệu hay tắc sonde JJ do máu cục, không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn huyết. Theo Riley [6], cho thấy 13,64% bị đau do đặt sonde JJ, có 0,45% bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết ngày thứ 3 sau tán sỏi, nguyên nhân do bệnh nhân không tuân thủ điều trị kháng sinh trước và sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá kết quả bước đầu 34 trường hợp nội soi tán sỏi thận ống mềm tại bệnh viện Giao Thông Vận Tải, cho kết quả an toàn, ít biến chứng, hồi phục nhanh, tỷ lệ sạch sỏi cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Thịnh, Nguyễn Văn Luân, Tạ Đức Thành và cộng sự**. Ứng dụng tán sỏi nội soi ống mềm điều trị sỏi thận tại bệnh viện Thanh Nhàn: Kết quả bước đầu, Tạp chí y dược học (2020), số đặc biệt (229-233)
2. **Phạm Ngọc Hùng, Phan Hữu Quốc Việt, Cao Xuân Thành và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm sử dụng một lần tại bệnh viện Trung ương Huế, Tạp chí y dược học(2020), số đặc biệt (382-386)
3. **Phan Trường Bảo.** Đánh giá vai trò nội soi ống mềm trong điều trị sỏi thận, Luận văn tiến sĩ y học (2016), Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. **Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh.** Nghiên cứu ứng dụng nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi đài bể thận bằng laser Holmium, Y học Việt Nam (2017), tập 452, số 1/2017, (8-11).
5. **Cacuzza, Marcello, Colombo junior, et al.** Outcomes of flexible ureteroscopic lithotripsy with holmium laser for upper urinary tract calculi. International Brazil journal urology(2009), 34,(143-150)
6. **Julie M.Riley, Laura Stearman, Scott Chosen(2009)**. Retrograde Ureteroscopy for Renal Stones Larger Than 2.5 cm. Journal of endourology (2009), 23(9)
7. **Okan Bas, Cantuygun, Onur Dede, et al.** Factors affecting complication rates of retrograde flexible ureterorenoscopy: analysis of 1571 procedures—a single-center experience. Would Journay of Urology (2017), 35,(819-826).

ĐÁNH GIÁ TÍNH AN TOÀN, KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH CỦA KỸ THUẬT CẮT TRỌN BƯỚU BÀNG QUANG QUA NGẢ NIỆU ĐẠO

Trịnh Nguyên Bách[1], Nguyễn Ngọc Châu[1], Văn Thành Trung[1]
Hồ Xuân Tuấn[1], Nguyễn Mạnh Tiến[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật cắt bướu bàng quang qua ngả niệu đạo (TURBT) đã là phẫu thuật tiêu chuẩn cho chẩn đoán, điều trị và phân giai đoạn của ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ. Tuy nhiên, TURBT vẫn còn có điểm hạn chế, trong quá trình hoàn thiện kỹ thuật điều trị, TURBT cắt trọn bướu bằng dao cắt điện lưỡng cực ra đời. Bài viết này phân tích tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật cắt trọn bướu bàng quang (en bloc TURBT) qua ngả niệu đạo.

Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 02/2019 đến tháng 11/2019, có 116 bệnh nhân được áp dụng kỹ thuật en bloc TURBT. Chúng tôi phân tích các đặc điểm trong mổ, sau mổ và giải phẫu bệnh, cũng như các biến chứng trong mổ và sau mổ.

Kết quả: Có tổng cộng 116 bệnh nhân được phẫu thuật với 182 bướu được cắt. kích thước bướu trung bình là 2,12cm. Thời gian mổ trung

[1]*Khoa Nội Soi Niệu, Bệnh viện Bình Dân*
Tác giả liên lạc: Trịnh Nguyên Bách
Email: bstrinhnguyenbach@gmail.com
Ngày nhận bài: 14/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 10/8/2021

bình là 39,15 phút. Không có biến chứng như chảy máu, thủng bàng quang. Giải phẫu bệnh cho thấy số bệnh nhân ung thư tế bào chuyển tiếp là 79. Lớp cơ Detrusor của bàng quang hiện diện trong 75 trường hợp.

Kết luận: Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy en bloc TURBT là an toàn và hiệu quả trong điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ.

Từ khóa: Bướu bàng quang, cắt trọn bướu bàng quang qua ngả niệu đạo.

SUMMARY

THE SAFETY AND PAHTHOLOGY OUTCOMES OF EN BLOC TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR

Purpose: Transurethral resection of bladder tumor (TURBT) using wire loop is considered the standard for dignosing, staging and treating non muscle invasive bladder cancer (NMIBC). However, TURBT has some disadvantages, in the process of perfecting the treatment technique, en bloc TURBT with the bipolar electrode was invented. This article analyzes the safety and efficacy of en bloc transurethral resection of bladder tumor (en bloc TURBT).

Methods: From January 2019 to November 2019, 116 patients with NMIBC received en bloc TURBT. Operative details, pathological result and intraoperative and postoperative complication was analyzed.

Results: A total of 182 neoplasms were removed by en bloc TURBT from 116 patients. The mean tumor diameter was 2.12cm. The average operation time was 39.15min. No complication such as bladder bleeding, vesicle perforation occurred during the treatment. Pathological evaluations showed transitional carcinoma was 79 patients. The bladder detrusor muscle layer was in 75 patients

Conclussion: The current results demonstrated that en bloc TURBT with bipolar electrode is an effective and safe treatment for NMIBC.

Keywords: Bladder cancer, en bloc transurethral resection of bladder tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bướu bàng quang qua ngả niệu đạo (TURBT) vẫn là tiêu chuẩn vàng cho điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ hiện nay. TURBT là công cụ để chẩn đoán, phân giai đoạn, và cũng để điều trị[1],[2],[5]. Tuy nhiên, đặc thù của bướu bàng quang là tái phát nhiều, cùng với việc cắt hết bướu trong một số trường hợp còn khó khăn[3]. Ngoài ra việc cắt đốt bướu thành từng mẫu nhỏ không đảm bảo được nguyên tắc điều trị ung thư cổ điển là lấy trọn bướu, cách ly mô bướu và mô lành, làm tăng nguy cơ gieo rắc tế bào bướu. Điều này đặt ra vấn đề cần phải tối ưu hóa TURBT, để có tiên lượng tốt về mặt ung thư.

Thêm nữa, vai trò của nhà giải phẫu bệnh trong ung thư bàng quang rất quan trọng, không những phải nhận diện sự bất thường của tế bào niệu mạc, mà còn phải đi sâu vào đánh giá mức độ xâm lấn. Trong khi những mẫu bệnh phẩm gửi cho bác sĩ giải phẫu bệnh là những mô cắt rời rạc và bị đốt cháy nhiều, mức độ chính xác để đánh giá giai đoạn là khó đạt được[6].

Điều này thúc đẩy sự ra đời của một kỹ thuật mới trong cắt bướu bàng quang, là cắt trọn bướu (en bloc resection), với sự hỗ trợ của dao cắt lưỡng cực hoặc laser[2],[4],[3]. Những khối bướu được cắt trọn, lấy rộng mô xung quanh, lấy sâu qua lớp cơ bàng quang, đưa ra ngoài thành một khối, để đảm bảo không sót mô bướu và quan sát các lớp qua vi thể được chính xác nhất.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu về kỹ thuật cắt trọn bướu bàng quang qua ngả niệu đạo trong khoảng thời gian từ 02/2019 đến 05/2019 tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các trường hợp bướu bàng quang có chỉ định cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo từ 02/2019 đến 11/2019.

Ghi nhận các thông số trước mổ: soi bàng quang, siêu âm, MSCT hệ niệu. Ghi nhận các đặc điểm trong mổ: vị trí, kích thước, số lượng bướu, nghi ngờ CIS trên NBI, phản xạ thần kinh bịt, lượng máu mất, thời gian mổ, biến chứng trong mổ. Ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: loại tế bào, cơ bàng quang trong mẫu cắt đốt, mức độ biệt hóa. Ghi nhận theo dõi hậu phẫu: biến chứng, ngày rút thông tiểu, ngày xuất viện.

Trong quá trình phẫu thuật, bệnh nhân được kê tư thế tán sỏi, sử dụng nước muối sinh lý làm dung dịch tưới rửa. En bloc TURBT được thực hiện bằng máy Olympus 26fr, sử dụng điện lưỡng cực, năng lượng cắt được chỉnh ở 40-100 W và đốt ở 100W, dao cắt được sử dụng gồm kim (plasmaneedle), vòng cắt (plasmaloop), ovan (plasma ovalbutton), con lăn (plasmaroller).

Đầu tiên, soi toàn bộ bàng quang đánh giá bướu và tương quan của bướu với niệu quản, soi lại thêm một lần nữa bằng ánh sáng NBI, xác định biên sẽ cắt, dùng kim cắt đánh dấu biên phẫu thuật. Cắt bằng kim sâu tới lớp cơ theo chu vi bướu, bóc tách và đưa nguyên khối bướu ra ngoài. Đánh giá lại đáy bướu và biên phẫu thuật, có thể lấy thêm làm giải phẫu bệnh, đốt cầm máu. Đặt thông niệu đạo lưu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1, tuổi trung bình là 57,34, bệnh nhân nam chiếm ưu thế, tiểu máu là triệu chứng nổi bật.

Bảng 1: đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi	57,34 ± 13,08
Giới tính	(22 – 87)
Nam (%)	91 (78%)
Nữ (%)	25 (12%)
Triệu chứng	
Tiểu máu (%)	110 (95%)
Tiểu đau (%)	6 (5%)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2. Kích thước bướu trung bình là 2,12cm, lớn nhất là 5cm và nhỏ nhất là 0,5cm. Vị trí bướu thường gặp nhất là vách bàng quang, đây cũng là vùng có phản xạ thần kinh bịt nhiều nhất, và có 36% bệnh nhân có phản xạ thần kinh bịt trong mổ. Thời gian mổ trung bình là 39,48 phút. Lượng máu mất không đáng kể. Không có trường hợp chảy máu cần truyền máu hay lủng bàng quang trong mổ.

Bảng 2: phân tích trong mổ

Kích thước bướu (cm)	2,12 ± 1,05
	(0,5 – 5)
Vị trí bướu	4 (3%)
Đáy	14 (12%)
Thành sau	65 (56%)
Vách	24 (21%)
Tam giác	9 (8%)
Cổ bàng quang	116 (100%)
Tổng số	39,48 ± 16,44
Thời gian mổ (phút)	(20 – 120)
Phản xạ thần kinh bịt	36 (31%)
Thủng bàng quang	0

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3. Rút thông niệu đạo sau khoảng 3,22 ngày và xuất viện sau khoảng 2,97 ngày.

Trong 116 trường hợp mổ, ghi nhận có 9 trường hợp viêm mạn tính, 1 trường hợp bướu mạch máu, 22 trường hợp u nhú tiềm năng ác tính thấp, 1 trường hợp bướu cơ trơn, 1 trường hợp lạc nội mạc tử cung, 3 trường hợp u nhú đảo ngược và 79 trường hợp Carcinoma tế bào chuyển tiếp.

Trong 79 trường hợp TCC này, có 5 trường hợp không có cơ trên mẫu sinh thiết, 21 trường hợp bướu xâm lấn cơ và 53 trường hợp chưa xâm lấn cơ.

Bảng 3: theo dõi hậu phẫu

Ngày rút thông niệu đạo (ngày)	3,22 ± 1,22 (1-7)
Ngày xuất viện (ngày)	2,97 ± 1,31 (1-7)
Giải phẫu bệnh	
TCC	79 (68%)
Viêm mạn	9 (8%)
U nhú	22 (19%)
Bướu mạch máu	1 (1%)
Bướu cơ trơn	1 (1%)
Lạc nội mạc tử cung	1 (1%)
U nhú đảo ngược	3 (3%)
Tổng số	116 (100%)
Cơ Detrusor (xét 79 bệnh nhân có giải phẫu bệnh là TCC)	
Không có cơ	5 (6%)
Xâm lấn cơ	21 (27%)
Không xâm lấn cơ	53 (67%)
Tổng số	**79 (100%)**

IV. BÀN LUẬN

1. Kỹ thuật cắt trọn bướu bàng quang qua ngả niệu đạo cho thấy tính an toàn, không có trường hợp biến chứng nặng trong mổ như chảy máu phải truyền máu hay thủng bàng quang. Trường hợp mất máu nhiều nhất là 200ml là ở bướu lớn khoảng 5x5cm và thời gian mổ của trường hợp này cũng khá lâu là 100 phút.

2. Yêu cầu bắt buộc trong cắt đốt nội soi chẩn đoán và điều trị bướu bàng quang là phải có lớp cơ trong mẫu bệnh phẩm, bảo đảm việc đánh giá đầy đủ, chính xác giai đoạn, quyết định kế hoạch điều trị cho bệnh nhân. En bloc TURBT đã cắt trọn được bướu qua đánh giá trong mổ. Tỉ lệ lấy được lớp cơ là khá cao (94%), cung cấp mẫu bệnh phẩm hoàn hảo, đảm bảo cho bác sĩ giải phẫu bệnh đánh giá chính xác có xâm lấn cơ hay không, cũng như giúp bác sĩ lâm sàng đưa ra quyết định phù hợp trong giai đoạn tiếp theo cho từng bệnh nhân, qua đó nâng cao chất lượng điều trị. Điều này có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong điều trị ung thư bàng quang.

Một số nghiên cứu chỉ ra việc không có lớp cơ trong mẫu cắt đốt sẽ làm gia tăng tỉ lệ tái phát, việc theo dõi tái phát dài hạn ở 53 bệnh nhân không xâm lấn cơ sẽ củng cố thêm cho các nghiên cứu này[7].

Một thực tế trong điều trị bướu bàng quang là việc đánh giá giai đoạn TNM, khi đánh giá T dựa vào giải phẫu bệnh, chúng ta mới chỉ dừng lại ở xâm lấn cơ hay không xâm lấn cơ, trong khi chỉ định cắt đốt nội soi bướu bàng quang lần 2 (second look) lại cần mức độ cao hơn như: CIS, Ta, T1, mức độ biệt hóa tế bào[2],[5]. Do đó, việc bảo đảm các lớp được giữ nguyên thành một khối trong kỹ thuật en bloc TURBT sẽ góp phần hỗ trợ cho các nhà giải phẫu bệnh trong việc xác định chính xác các lớp của bàng quang và cũng là giúp chính các bác sĩ lâm sàng trong điều trị bệnh nhân bướu bàng quang.

3. Phản xạ thần kinh bịt luôn là trở ngại cho các bác sĩ lâm sàng khi làm TURBT đơn thuần, đôi khi phải kết thúc sớm phẫu thuật

và làm lại lần 2 sau này, việc dùng kim cắt (plasmaneedle) để thao tác ở vị trí vách bàng quang cho thấy sự thuận lợi, và trong trường hợp phản xạ xảy ra, thương tổn gây nên cho bàng quang được hạn chế ở mức thấp nhất[1]. Trong 36 trường hợp có phản xạ thần kinh bịt, không có trường hợp nào thủng bàng quang hay biến chứng cần can thiệp mổ mở.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi bước đầu nhận thấy en bloc TURBT an toàn và hiệu quả trong điều trị bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ, cũng như mang lại sự chính xác trong phân giai đoạn bướu bàng quang xâm lấn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Balan G. X., Geavlete P. A., Georgescu D. A., Ene C. V., Bulai C. A., et al. (2018),** "Bipolar en bloc tumor resection versus standard monopolar TURBT - which is the best way to go in non-invasive bladder cancer?". Rom J Morphol Embryol, 59 (3), pp. 773-780.
2. **Herrmann T. R., Wolters M., Kramer M. W. (2017**), "Transurethral en bloc resection of nonmuscle invasive bladder cancer: trend or hype". Curr Opin Urol, 27 (2), pp. 182-190.
3. **Kramer M. W., Rassweiler J. J., Klein J., Martov A., Baykov N., et al. (2015),** "En bloc resection of urothelium carcinoma of the bladder (EBRUC): a European multicenter study to compare safety, efficacy, and outcome of laser and electrical en bloc transurethral resection of bladder tumor". World J Urol, 33 (12), pp. 1937-43.
4. **Kramer M. W., Wolters M., Cash H., Jutzi S., Imkamp F., et al. (2015),** "Current evidence of transurethral Ho:YAG and Tm:YAG treatment of bladder cancer: update 2014".World J Urol, 33 (4), pp. 571-9.
5. **Kramer M. W., Altieri V., Hurle R., Lusuardi L., Merseburger A. S., et al. (2017),** "Current Evidence of Transurethral En-bloc Resection of Nonmuscle Invasive Bladder Cancer". Eur Urol Focus, 3 (6), pp. 567-576.
6. **Ouzaid I., Panthier F., Hermieu J. F., Xylinas E. (2019),** "Contemporary surgical and technical aspects of transurethral resection of bladder tumor". Transl Androl Urol, 8 (1), pp. 21-24.
7. **Zhang J., Wang L., Mao S., Liu M., Zhang W., et al. (2018),** "Transurethral en bloc resection with bipolar button electrode for non-muscle invasive bladder cancer". International urology and nephrology, 50 (4), pp. 619-623.

CÁC TIẾN BỘ KỸ THUẬT TÁC ĐỘNG ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC VÀ TẠO HÌNH BÀNG QUANG RUỘT

Nguyễn Ngọc Châu[1], Văn Thành Trung[1], Hồ Xuân Tuấn[1], Trịnh Nguyễn Bách[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt bàng quang tận gốc là chỉ định bắt buộc đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Sau cắt bàng quang việc tạo hình bàng quang bằng hồi tràng giúp bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn. Đây là một trong những phẫu thuật lớn nhất của niệu khoa. Nhiều kỹ thuật, thủ thuật được áp dụng để làm giảm nguy cơ, bệnh suất và tử suất trong và sau mổ.

Mục tiêu: Báo cáo kết quả của việc ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến, các dụng cụ mới vào phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng hay chuyển lưu nước tiểu

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, không nhóm chứng.

Kết quả: Từ tháng 4/2107 đến tháng 10/2019 có 194 trường hợp cắt bàng quang tận gốc do ung thư, có 171 bệnh nhân nam và 23 nữ, trong đó có 61 trường hợp mổ mở cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng, 78 trường hợp cắt bàng quang chuyển lưu nước tiểu, 55 trường hợp phẫu thuật nội soi robot gồm 48 nam và 7 bệnh nhân nữ, có 43 trường hợp tạo hình bàng quang ruột và 12 trường hợp chuyển lưu nước tiểu. Tất cả các trường hợp cắt bàng quang đều có sử dụng dao cắt siêu âm. Các trường hợp bàng quang tân tạo được đặt thông JJ niệu quản. Có 12 bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ. Thời gian cắt bàng quang trung bình đối với mổ mở và PTNS robot là 115 phút và 100 phút. Thời gian tạo hình bàng quang là 115 phút đối với mổ mở và 135 phút đối với PTNS robot. Thời gian mổ toàn bộ của mổ mở là 330 phút so với 340 phút của PTNS robot. Lượng máu mất trung bình đối với mổ mở là 531ml và 417ml đối với PTNS robot. Thời gian dùng kháng sinh trung bình của mổ mở cắt bàng quang tạo hình và mổ robot là 6,6 ngày (1-13 ngày). Đối với cắt bàng quang và chuyển lưu nước tiểu ra da chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng 3 liều. Thời gian hậu phẫu trung bình của mổ mở và PTNS robot lần lượt là 10,2 và 7,2 ngày. Biến chứng nhiễm khuẩn niệu tính chung là 3,1%, các biến chứng khác như biến chứng tiêu hóa, bệnh lý nội khoa tính chung của mổ mở và của PTNS robot là 8,3%. Tỷ lệ nhập viện lại trong vòng 3 tháng sau mổ của mổ mở và PTNS robot lần lượt là 16,7% và 14,9%.

Kết luận: Việc ứng dụng những kỹ thuật mới, dụng cụ mới vào trong phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang ruột, góp phần giảm lượng máu mất, giảm thời gian nằm viện, giảm thời gian sử dụng kháng sinh, không làm giảm thời gian mổ trung bình, không ảnh hưởng đến các biến chứng chu phẫu cũng như tỷ lệ nhập viện lại trong vòng 3 tháng sau mổ. PTNS robot cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị là một chọn lựa mới, có lượng máu mất ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Không có khác biệt quan trọng với mổ mở về thời gian mổ toàn bộ, các biến chứng chu phẫu và tỷ lệ nhập viện lại trong 3 tháng sau mổ . Cần những nghiên cứu

[1]*Bệnh viện Bình Dân TpHCM.*
Tác giả liên hệ: BS Nguyễn Ngọc Châu.
Email: chaunguyentk2003@yahoo.com
Ngày nhận bài: 16/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 10/8/2021

được thiết kế tốt hơn để đánh giá loại phẫu thuật nội soi robot này.

Từ khóa: cắt bàng quang tận gốc, bàng quang tân tạo, phẫu thuật nội soi robot.

SUMMARY

THE ADVANCES AND IMPROVEMENTS IN TECHNOLOGY INFLUENCED TO PERIOPERATIVE OUTCOMES OF RADICAL CYSTECTOMY AND ORTHOTOPIC NEOBLADDER

Introduction: Radical cystectomy represents the standard of care for muscle invasive bladder cancer. This is the most complicated urinary surgery. There are many advances in technology to reduce complication and improve perioperative outcome.

Objective: In this study we evaluate and report perioperative characteristic of patients with ORC, RARC with neobladder and urinary diversion in our Bladder Surgery Unit at Binhdan hospital since April 2018 to October 2019.

Material and methods: Since April 2018 to October 2019, we identified patients with non metastatic bladder cancer, performed ORC or RARC. We obtained all periopertive patients characteristics: TNM, neoadjuvant, operating time, blood loss, transfusion, complications, lenght of stay, length of antibiotic, re-admisstion rate in first 3 months post operation.

Results: A total of 194 patients with radical cystectomy in 18 months at Bladder Tumor Surgery Unit of Binh Dan hospital, staging from T2N0M0 to T3N0M0, 171 male and 23 female patients, 55 patients undergoing RARC, 43 patients with neobladders, 12 patients with urinary diversion; 61 patients undergone open radical cystectomy and neobladder, 78 patients with urinary diversion(ileal conduit, pouch or cutaneous ureterostomy), neobladder composed V-shape, Hautmann and Padua type. 12 patients with neoadjuvant. Average time of open cystectomy and robotics assited are 115 and 100 minutes, time of open neobladder reconstruction was 115, 135 minutes for robotic assited neobladder, total operative time were 330 and 340 minutes for open and robotic surgery. Blood loss of ORC and RARC are 531 and 417 ml, antibiotic length of patients with RARC neobladder and ORC neobladder were 6.6 days (1-13 days), urinary diversion was used prophylaxis. Lenghth of stay were 10.2 and 7.2 days for ORC and RARC neobladder. Overall perioperative complication was 8.3% and 9.1% for ORC and RARC. Three months readmissions rate were 16.7% and 14.9% for ORC and RARC.

Conclusion: Applying new techniques and equipments ro radical cystectomy and neobladder were related to reduce blood loss, antibiotic using time, length of stay. However, this trial failed to identify large advantages in operative time, perioperative complication and readmission rates in compare with our previous series. RARC is a novelty alternative for open cystectomy neobladder with advantages in blood loss, length of stay and need more well- designed trials.

Keywords: open radical cystectomy, robotic assisted radical cystectomy, neobladder intracoporeal, extracoporeal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng bệnh nhân ung thư bàng quang được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Bình Dân năm 2018 khoảng 1200 trường hợp, trong đó có 500 trường hợp bệnh mới, tỷ lệ bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ chiếm tỷ lệ 25–30%.

Cắt bàng quang tận gốc là chỉ định bắt buộc đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ và là chỉ định cân nhắc trong một số trường hợp khác của ung thư bàng quang. Sau cắt

bàng quang việc tạo hình bàng quang bằng hồi tràng giúp bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn, dễ hòa nhập với cộng đồng hơn. Đây là một trong những phẫu thuật lớn nhất của niệu khoa: bởi mức độ xâm lấn của phẫu thuật, thời gian mổ, thời gian hồi phục và các quy trình chăm sóc hết sức công phu để đạt được hiệu quả trước mắt và lâu dài của phẫu thuật.

Đã có nhiều nghiên cứu về loại phẫu thuật này, về các phương tiện phẫu thuật cắt bàng quang trong mổ mở, mổ nội soi kinh điển và gần đây là PTNS robot được ứng dụng tăng dần vào loại phẫu thuật này với tỷ lệ gia tăng từ 0,8%-20,4% trong 5 năm 2008-2013 và cho đến nay vẫn còn nhiều thử thách cho loại phẫu thuật này[8].

Nhu cầu cấp thiết đặt ra là phải có những kỹ thuật, phương tiện, dụng cụ hỗ trợ làm sao cho những phẫu thuật này trở nên an toàn hơn, ít tai biến biến chứng, giảm tỷ lệ truyền máu, thời gian hồi phục nhanh hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn. Tại Bệnh viện Bình Dân chúng tôi thực hiện phẫu thuật cắt bàng quang tạo hình bàng quang trực vị từ hơn 25 năm và PTNS robot từ năm 2016, những yêu cầu trên đã thúc đẩy chúng tôi tìm hiểu và áp dụng các kỹ thuật mới, sử dụng các trang thiết bị hiện đại vào trong loại phẫu thuật này.

Gần đây chúng tôi tiếp tục đẩy mạnh nghiên cứu và ứng dụng các phương tiện, dụng cụ kỹ thuật mới vào trong loại phẫu thuật này nhằm tiếp tục cải tiến hơn nữa kết quả chu phẫu cho bệnh nhân, giảm chi phí, giảm thời gian điều trị và nâng cao chất lượng của loại phẫu thuật này.

Mục tiêu

- Đánh giá tác động của việc ứng dụng các kỹ thuật, các dụng cụ phẫu thuật lên kết quả chu phẫu của phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang ruột.

- Báo cáo kết quả của việc ứng dụng các kỹ thuật tiên tiến, các dụng cụ mới vào phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng hay chuyển lưu nước tiểu bằng phương pháp mổ mở và mổ nội soi robot.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu

Bệnh nhân ung thư bàng quang đến khám và điều trị tại bệnh viện Bình Dân

Dân số nghiên cứu

Bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ có chỉ định cắt bỏ bàng quang tận gốc

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ có chỉ định cắt bỏ bàng quang tận gốc đồng ý và có khả năng chịu được phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ, bệnh lý nội khoa được bác sĩ gây mê đánh giá không phẫu thuật được

Tiêu chuẩn đánh giá

Dựa trên phân độ TNM của ung thư bàng quang trên hình ảnh học và giải phẫu bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca, không nhóm chứng.

Thời gian - địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành tại đơn vị phẫu thuật bướu bàng quang bệnh viện Bình Dân từ tháng 4/2018 đến tháng 10/2019.

Cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả, thu thập tất cả các số liệu của bệnh nhân đạt tiêu chuẩn chọn mẫu.

Thu thập và xử lý số liệu

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Mô tả nghiên cứu

Trước mổ chúng tôi ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh của bướu, đánh giá giai đoạn TNM của bướu. Thực hiện MSCT cho tất cả các trường hợp bướu bàng quang có chỉ định cắt bàng quang vừa để đánh giá đường tiểu trên, phân giai đoạn TNM vừa giúp loại trừ bướu niệu mạc có thể xuất phát từ đường tiểu trên.

Tùy theo sự đồng thuận của bệnh nhân chúng tôi tiến hành phẫu thuật mổ mở hoặc mổ nội soi có robot hỗ trợ.

- Đối với mổ mở, chúng tôi tiến hành cắt bàng quang tận gốc, nạo hạch chậu bịt hai bên, sau đó tiến hành tạo hình bàng quang trực vị kiểu Hautmann, Padua, kiểu chữ V hoặc chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi manh tràng kiểu Bricker hoặc mở hai niệu quản ra da.

- Đối với phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ, sau khi cắt bàng quang tận gốc, nạo hạch chậu bịt chúng tôi tiến hành tạo hình bàng quang bằng hồi tràng trong cơ thể kiểu hình chữ V, hoặc tạo hình bàng quang bằng hồi tràng ngoài cơ thể kiểu Hautmann, kiểu chữ V sau đó đưa bàng quang tân tạo vào bụng qua chỗ mở bụng lấy bướu và khâu nối xuống niệu đạo bằng robot. Hoặc chuyển lưu nước tiểu theo kiểu Bricker hoặc mở 2 niệu quản ra nếu bệnh nhân không có chỉ định tạo hình bàng quang ruột.

- Tất cả các trường hợp cắt bàng quang đều sử dụng dao cắt siêu âm Harmonic hoặc Ligasure. Thực hiện khâu nối ruột ruột bằng stappler hoặc nối tay cổ điển. Tất cả các trường hợp bàng quang tân tạo đều đặt thông JJ niệu quản và mở bàng quang tân tạo ra da.

- Trong mổ chúng tôi ghi nhận thời gian cắt bàng quang, lượng máu mất, có truyền máu, số hạch chậu, thời gian tạo hình, tai biến, biến chứng.

- Sau mổ chúng tôi ghi nhận thời gian sử dụng kháng sinh, lý do thay đổi, nâng bậc kháng sinh, thời gian hậu phẫu, các tai biến biến chứng, các lý do can thiệp lại nếu có. Tiếp tục theo dõi ghi nhận các lý do phải nhập viện lại của bệnh nhân trong 3 tháng đầu sau mổ cùng các can thiệp diễn ra.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2019 có 194 trường hợp cắt bàng quang tận gốc do ung thư với phân giai đoạn trước mổ từ T2NoMo đến T3NoMo, bao gồm 171 bệnh nhân nam và 23 nữ, trong đó có 61 trường hợp mổ mở cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng, 78 trường hợp cắt bàng quang chuyển lưu nước tiểu, 55 trường hợp phẫu thuật nội soi robot cắt bàng quang tận gốc gồm 48 nam và 7 bệnh nhân nữ, trong đó có 43 trường hợp tạo hình bàng quang ruột (có 3 bệnh nhân nữ) và 12 trường hợp chuyển lưu nước tiểu. Mổ mở tạo hình bàng quang trực vị bao gồm bàng quang hồi tràng kiểu chữ V, kiểu Hautmann và kiểu Padua. PTNS robot cắt bàng quang tận gốc có tạo hình bàng quang bằng hồi tràng trong và ngoài cơ thể. Tất cả các trường hợp cắt bàng quang đều có sử dụng dao cắt siêu âm. Các trường hợp bàng quang tân tạo được đặt thông JJ niệu quản khi khâu nối niệu quản vào bàng quang tân tạo. Có 12 bệnh nhân có hóa trị tân hỗ trợ.

Thời gian cắt bàng quang trung bình đối với mổ mở và PTNS robot là 115 phút và 100 phút. Thời gian tạo hình bàng quang bằng hồi tràng tính từ lúc xẻ đoạn ruột làm bàng quang đến thời điểm cuối cùng mở bàng quang tân tạo ra da, 115 phút đối với mổ mở và 135 phút đối với PTNS robot.

Thời gian mổ toàn bộ của mổ mở là 330 phút so với 340 phút của PTNS robot.

Lượng máu mất trung bình đối với mổ mở là 531ml và 417ml đối với PTNS robot.

Sử dụng kháng sinh tiêm tĩnh mạch và thời gian dùng kháng sinh trung bình của mổ mở cắt bàng quang tạo hình cũng như PTNS robot là 6,6 ngày (từ 1-13 ngày). Đối với cắt bàng quang và chuyển lưu nước tiểu ra da chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng 3 liều. Thời gian hậu phẫu trung bình của mổ mở và PTNS robot lần lượt là 10,2 và 7,2 ngày.

Biến chứng nhiễm khuẩn niệu phải dùng kháng sinh kéo dài là là 3,1%, các biến chứng khác như biến chứng về tiêu hóa, rò nước tiểu, các bệnh lý nội khoa của mổ mở và của PTNS robot là 8,3% và 9,1%.

Có 6 bệnh nhân phải can thiệp lại do biến chứng tắc ruột sau mổ do dính 3 trường hợp, 1 trường hợp dò nước tiểu lượng lớn, kéo dài, 2 trường hợp bung thành bụng do nhiễm khuẩn và dinh dưỡng kém.

Tỷ lệ nhập viện lại trong vòng 3 tháng sau mổ của mổ mở và PTNS robot lần lượt là 16,7% và 14,9%.

Bảng 1. *Số lượng và tỷ lệ các loại phẫu thuật cắt bàng quang trong nghiên cứu.*

Phương pháp mổ	**Số lượng**	**Tỷ lệ**
Mổ mở cắt bàng quang tạo hình bàng quang bằng hồi tràng	61	31,4 %
Mổ mở cắt bàng quang chuyển lưu kiểu Bricker	18	9,3%
Mổ mở cắt bàng quang mở 2 niệu quản ra da	60	31%
PTNS robot cắt bàng quang + tạo hình bàng quang bằng ruột trong cơ thể	3	1,1%
PTNS robot cắt bàng quang + tạo hình bàng quang bằng ruột ngoài cơ thể	40	20,6%
PTNS robot cắt bàng quang + chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker	3	1,1%
PTNS robot cắt bàng quang + mở 2 niệu quản ra da	9	3,1%
Tổng cộng	**194**	**100%**

Bảng 2. *Thời gian mổ, lượng máu mất, tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu.*

	Số lượng	**Thời gian cắt bàng quang**	**Máu mất (ml)**	**Tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu**
Mổ mở cắt bàng quang	149	115 phút	531	24,6%
PTNS robot cắt bàng quang	55	100 phút	417	16,7%

Bảng 3*. Thời gian sử dụng kháng sinh và thời gian hậu phẫu của các loại phẫu thuật.*

	Thời gian dùng kháng sinh	**Thời gian hậu phẫu (ngày)**
Mổ mở cắt bàng quang tạo hình bàng quang bằng hồi tràng	7,1	10,2
Mổ mở cắt bàng quang chuyển lưu kiểu Bricker	KS dự phòng	9,3

Mổ mở cắt bàng quang mở 2 niệu quản ra da	KS dự phòng	7,9
PTNS robot cắt bàng quang + tạo hình bàng quang bằng ruột	5,6	8,4
PTNS robot cắt bàng quang + chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker	KS dự phòng	8,2
PTNS robot cắt bàng quang + mở 2 niệu quản ra da	KS dự phòng	7,5

IV. BÀN LUẬN

Về thời gian mổ và lượng máu mất.

Trong nghiên cứu này, ngoài dao điện thường sử dụng chúng tôi sử dụng các loại dao cắt như dao cắt siêu âm, dao cắt ligasure làm cho phẫu thuật viên cảm thấy thoải mái và thấy nhanh gọn hơn trong giai đoạn cắt bàng quang, tuy nhiên thu thập kết quả thời gian cắt bàng quang của mổ mở và PTNS trung bình là 115 và 100 phút, máu mất 531 và 417 ml so với các nghiên cứu mổ mở trước đây của chúng tôi, cũng như các tác giả Đào Quang Oánh, Thái Minh Sâm, khi không dùng các loại dao cắt này là 120 phút, máu mất trung bình là 550ml, cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian và lượng máu mất khi sử dụng thêm các loại dụng cụ này. Cũng có thể do các phẫu thuật viên thực hiện loại phẫu thuật này là các PTV đã có nhiều kinh nghiệm, việc sử dụng các thiết bị này không làm ảnh hưởng đến kết quả các biến số này[2, 5, 9, 10].

Có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu trong mổ mở kinh điển và PTNS robot 24,6% so với 16,7%. Báo cáo của Parekh và cộng sự năm 2013 lượng máu mất đối với mổ mở và PTNS robot là 800ml so với 400ml. Tác giả Novara (2015) báo cáo lượng máu mất trung bình của PTNS robot từ 260-480ml. Sự khác biệt về lượng máu mất giữa mổ mở và PTNS là do khả năng tiếp cận, phẫu tích tốt hơn của robot ở các vị trí khuất mà mổ mở không nhìn thấy rõ được như mặt sau bàng quang, hai cánh bên gần tuyến tiền liệt, nơi có nhiều mạch máu cung cấp cho bàng quang, tuyến tiền liệt, do khả năng cầm máu tốt hơn của các dụng cụ robot ở vị trí tĩnh mạch lưng dương vật, nơi có khả năng gây mất máu nhiều khi mổ mở[6, 7].

Thời gian sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu

Đối với các trường hợp cắt bàng quang chuyển lưu nước tiểu ra da hoặc qua ống hồi tràng, chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng. Đối với các trường hợp tạo hình bàng quang trực vị chúng tôi sử dụng kháng sinh điều trị 7,1 ngày ở bệnh nhân mổ mở và 5,6 ngày đối với PTNS robot, có trường hợp chúng tôi sử dụng kháng sinh dự phòng 3 liều, so với các nghiên cứu trước đây của chúng tôi năm 2014 từ 12-18 ngày, thời gian sử dụng kháng sinh như vậy rút ngắn hơn rất nhiều, có ý nghĩa thống kê. Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang ruột là phẫu thuật rất lớn vừa xâm nhập đường tiết niệu vừa vào đường tiêu hóa nên việc sử dụng kháng sinh dự phòng hay kháng sinh điều trị là điều mà chúng tôi rất cân nhắc và đang nghiên cứu, qua theo dõi và phân tích kết quả trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy việc bảo đảm các vị trí khâu nối ruột, tạo hình bàng quang, niệu quản, niệu

đạo, kiểm tra xì rò trong mổ, cùng với bơm rửa bàng quang sau mổ sớm, đúng và đủ bảo đảm không tắc nghẽn kết hợp với việc theo dõi sát giúp chúng tôi mạnh dạn sử dụng kháng sinh ngắn ngày, không những giúp giảm các triệu chứng khó chịu do việc sử dụng kháng sinh dài ngày như viêm đau tĩnh mạch, tiêu chảy, giảm ngon miệng…, mà còn giúp giảm chi phí điều trị, giảm thời gian nằm viện, tránh việc sử dụng kháng sinh không cần thiết.

Thời gian hậu phẫu

Thời gian 10,2 ngày đối với mổ mở cắt bàng quang tạo hình bàng quang ruột và 8,4 ngày đối với PTNS robot. Đối với mổ mở có thể so sánh với nghiên cứu trước đây của chúng tôi năm 2014 thời gian hậu phẫu trung bình là 15,3 ngày (12-28 ngày), của tác giả Đào Quang Oánh là 18,3 ngày (12-38), tác giả Thái Minh Sâm 15,3 ngày. Báo cáo của tác giả Parekh trên 40 bệnh nhân cắt bàng quang, tạo hình bàng quang ruột cho thấy PTNS robot giúp giảm được 5 ngày hậu phẫu so với mổ mở (p=0,11). Trong báo cáo của tác giả Novara năm 2015 rút ra từ 105 nghiên cứu, thời gian hậu phẫu trung bình của PTNS robot là 9 ngày cho tất cả các loại chuyển lưu nước tiểu, tác giả cho rằng PTNS robot có lượng máu mất ít hơn, tỷ lệ truyền máu thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng ruột, tuy nhiên cũng giống như mổ mở nguy cơ biến chứng sau mổ cao bao gồm cả những biến chứng nghiêm trọng và phải can thiệp lại[2, 6, 7, 9].

So sánh giữa mổ mở và PTNS robot

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lượng máu mất ít hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn cho PTNS robot. Không có khác biệt quan trọng về thời gian mổ toàn bộ, thời gian sử dụng kháng sinh. Biến chứng chu phẫu, tỷ lệ nhập viện lại là như nhau. Trong nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên của Bochner từ năm 2010 đến 2013 so sánh giữa mổ mở và PTNS robot cắt bàng quang tận gốc, nạo hạch, kết hợp mổ mở tạo hình bàng quang trên 114 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ biến chứng trong vòng 90 ngày, mức độ 2-5 theo Clavien của RARC và ORC là 62% và 66%, RARC có lượng máu mất ít hơn nhưng thời gian mổ dài hơn khá nhiều, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ như nhau, tác giả cho rằng chưa tìm ra được sự khác biệt vượt trội của PTNS robot so với mổ mở đối với loại siêu phẫu thuật này. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi đồng thuận với các tác giả Leow và cộng sự, Hu và cộng sự, Hanan và cộng sự. Kết hợp các ý kiến và nghiên cứu cho thấy ưu điểm của PTNS robot về lượng máu mất và thời gian nằm viện ngắn hơn[1, 3, 4, 8].

Tỷ lệ nhập viện lại của mổ mở và PTNS robot trong nghiên cứu là 16,7% và 14,9%. Trong khi tác giả Novara và cộng sự báo cáo tỷ lệ nhập viện lại trong 30 ngày của PTNS robot tạo hình bàng quang bằng ruột trong cơ thể là 45,7%, tỷ lệ tử vong chung là 3%, tuy nhiên đây không phải là so sánh trực tiếp và trong nghiên cứu của chúng tôi 50/55 trường hợp phẫu thuật robot là tạo hình bàng quang theo kiểu ngoài cơ thể. Chúng tôi nhận thấy việc tạo hình bàng quang ngoài cơ thể bảo đảm việc khâu nối chắc chắn hơn, nhất là khi khâu nối niệu quản bàng quang, thời gian ngắn hơn, ít xì rò khi bơm nước kiểm tra và không làm cho vết mổ lấy bệnh phẩm kéo dài hơn[6].

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng những kỹ thuật mới, dụng cụ mới vào trong phẫu thuật góp phần giảm thời gian mổ, thời gian nằm viện, liều lượng kháng sinh, phẫu thuật viên cảm thấy nhẹ nhàng hơn đối với loại phẫu thuật rất lớn này. Tuy nhiên các dụng cụ và kỹ thuật này không làm giảm lượng máu mất trung bình, không ảnh hưởng đến các biến chứng chu phẫu, tỷ lệ phải nhập viện lại trong vòng 3 tháng sau mổ. PTNS robot cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị khả thi, lượng máu mất ít hơn, tỷ lệ bệnh nhân phải truyền máu thấp hơn. Thời gian hậu phẫu, nằm viện ngắn hơn so với mổ mở, không có các biến chứng bung vết mổ và nhiễm trùng vết mổ. Không có khác biệt quan trọng giữa mổ mở và PTNS robot về các biến chứng chu phẫu và tỷ lệ nhập viện lại trong 3 tháng sau mổ. Cần những nghiên cứu được thiết kế tốt hơn để đánh giá loại phẫu thuật nội soi robot này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bochner BH et al (2015).** Comparing open radical cystectomy and robotic-assisted laparosopic radical cystectomy: A randomized clinical trial. Eur Urol 2015. Vol. 67, pp.1042-1050.
2. **Đào Quang Oánh (2009).** Khảo sát kết quả tạo hình bàng quang thay thế bằng ruột. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
3. **Hu JC et al (2016).** Perioperative outcomes, health care cost and survival after robotic assisted versus open radical cystectomy: A national comparative effectiveness study. Eur Urol. Vol.70, pp 195-202.
4. **Leow JJ et al (2014).** Propensity matched comparision of morbidity and cost of open and robot assisted radical cystectomies: A comtemporary population- based analysis in the United States. Eur Urol. Vol 66,pp. 569-576.
5. **Nguyễn Ngọc Châu (2014).** Đánh giá sớm kết quả phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị theo phương pháp Padua. Luận án chuyên khoa cấp 2. ĐHYD TP Hồ Chí Minh.
6. **Novara G, Catto JWF, Wilson T, et al(2015).** Systematic review and cumulative analysis of perioperative outcomes and complication after robot assisted radical cystectomy. Eur Urol. Vol 67: pp.376-401.
7. **Parekh DJ, Messer J, Fitzgerald J et al(2013).** Perioperative outcomes and oncologic efficacy from a pilot prospective randomized clinical trial of open vesus robotic assisted radical cystectomy. J Urol. Vol 189,pp. 474-9.
8. **Sebastiano Nazzani et al (2018).** Comparision of perioperative outcmoes between open and robotic radical cystectomy: a population based analysis. Journal of endourology. Vol 32(8), pp.701-709.
9. **Thái Minh Sâm và cộng sự (2013).** Phẫu thuật cắt bàng quang và tạo hình bàng quang bằng hồi tràng tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y Dược Học, tr. 176-180.
10. **Vũ Lê Chuyên (2012).** Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang thay thế nối thẳng. Phẫu thuật cắt bàng quang. Nhà xuất bản y học. tr.233 – 250.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG ỐNG DẪN ĐỂ ĐẶT STENT DOUBLE-J NIỆU QUẢN TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI BỂ THẬN, NIỆU QUẢN

Hoàng Văn Công[1], Hà Thiện Tân[1], Võ Trường Giang[1], Đoàn Quốc Huy[1]
Hoàng Hữu Nam[1], Đinh Trường Sơn[1], Nguyễn Quang Hòa[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng ống dẫn để đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận, niệu quản.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả 45 bệnh nhân sỏi niệu quản, sỏi bể thận được can thiệp bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, qua phúc mạc lấy sỏi có áp dụng cái tiến sử dụng ống dẫn đặt stent double-J xuôi dòng tại Khoa Ngoại thận – tiết niệu, Bệnh viện hữu nghị Việt Nam – Cuba Đồng Hới từ 01/2021 tới 05/2021.

Kết quả: Thời gian đặt stent double-J từ 30 giây tới 2 phút, trung bình 1,28 phút. Không có biến chứng thủng niệu quản, tổn thương nhu mô thận trong lúc đặt. Tất cả các trường hợp stent double-J đều nằm đúng vị trí cần đặt.

Kết luận: Sử dụng ống dẫn là vỏ dụng cụ nội soi để đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận, niệu quản là một phương pháp an toàn, tiết kiệm thời gian, chi phí, dễ thực hiện.

Từ khoá: double J stent, phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận/niệu quản.

SUMMARY

EVALUTION OF THE RESULT OF USING OUTER INSULATION TUBE TO PLACE DOUBLE-J IN LAPAROSCOPIC PYELOLITHOTOMY, URETEROLITHOTOMY

Purpose: Evalution of the result of using outer insulation tube to place double-J in laparoscopic pyelolithotomy, uretelithitomy.

Patients and method: Descriptive study on 45 patients with retroperitoneal or transperitoneal laparoscopic pyelolithotomy or uretelithotomy, and using outer insulation tube to stenting double-J at the Department of Urology, Vietnam - Cuba Dong Hoi Friendship Hospital from 01/2021 to 05/2021.

Results: The mean stent placement time was from 30 seconds to 2 minutes, average 1.28 minutes. No complications while placing. All of case, stent double-J are in the correct position.

Conclusion: Using outer insulation tube to stenting double-J in laparoscopic pyelolithotomy, uretelithitomy was safe, save time, easy to perform.

Keywords: double J-stent, laparoscopic pyelolithotomy/ureterolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stent double-J được báo cáo lần đầu tiên bởi Zimskind và cộng sự vào năm 1967 [1]. Đây là stent niệu quản làm bằng loại chất dẻo, bề mặt trơn, được xử lý đặc biệt để đặt trong niệu quản, có hai đầu cong như đuôi chữ J đối diện nhau, thuôn nhỏ hai đầu, có nhiều lỗ bên, có thể luồn dây dẫn trong lòng ống hoặc lỗ bên để làm thẳng khi đặt vào

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam-Cu Ba Đồng Hới, Quảng Bình*
Liên hệ tác giả: Đinh Trường Sơn
Email: sondinhdhy@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

niệu quản. Khi rút dây dẫn ra hai đầu ống sẽ cong lại như đầu chữ J ban đầu, một đầu chữ J sẽ được móc trên thận, một đầu chữ J móc dưới bàng quang làm cho stent double-J không bị trôi ra ngoài, hạn chế kích thích bàng quang. Theo Kaan Gokcen đặt stent double-J trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận và niệu quản là để:

- Làm lưu thông nước tiểu theo đường tự nhiên, dự phòng tắc nghẽn tạm thời do phù nề niệu quản, do máu cục, do polyp giả (polyp niệu mạc), sỏi sót...

- Bảo vệ niệu quản, giúp niệu quản liền vết thương, tránh hẹp niệu quản sau mổ.

- Tránh rò nước tiểu qua chỗ khâu bể thận, niệu quản [2].

Vì vậy việc đặt stent double-J niệu quản như là một chỉ định tuyệt đối trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận và niệu quản. Tuy nhiên, việc đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận và niệu quản qua ngã sau phúc mạc hay là qua phúc mạc gặp nhiều khó khăn và mất nhiều thời gian do sự cong của 2 đầu ống cũng như không gian thao tác hạn chế. Chúng tôi đã thực hiện cải tiến sử dụng ống dẫn để đặt stent double-J niệu quản nhằm giải quyết các vấn đề khó khăn đó. Nay chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đánh giá kết quả sử dụng ống dẫn để đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận, niệu quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Trong khoảng từ 01/2021 tới 05/2021, 45 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi niệu quản, sỏi bể thận được can thiệp bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc, qua phúc mạc lấy sỏi có áp dụng cái tiến sử dụng ống dẫn đặt stent double-J xuôi dòng tại Khoa Ngoại thận – tiết niệu, Bệnh viện hữu nghị Việt Nam – Cuba Đồng Hới.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi niệu quản và có chỉ định can thiệp bằng phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường sau phúc mạc hay qua phúc mạc.

- Bệnh nhân đồng ý hợp tác thực hiện phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có vết mổ cũ vùng hông lưng cùng bên hay vùng bụng.

- Các chống chỉ định về gây mê và phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả.

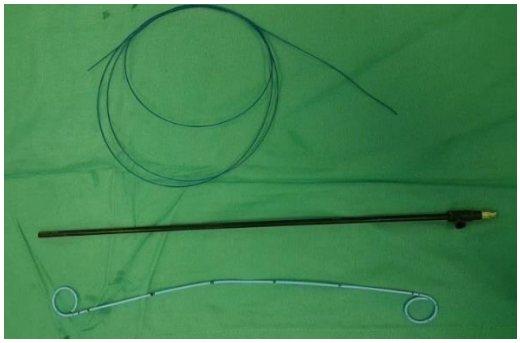
- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện

- Phương pháp thu thập số liệu:

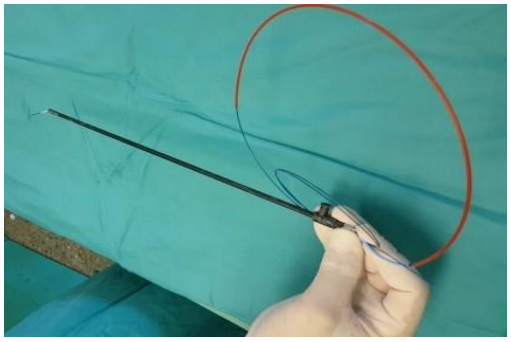
+ Bệnh nhân được khám lâm sàng, thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu, chụp CT scan hệ tiết niệu, chẩn đoán có sỏi niệu quản và có chỉ định phẫu thuật nội soi lấy sỏi.

+ Trong mổ, sau khi lấy sỏi ở niệu quản hay bể thận, chúng tôi tiến hành đặt stent double-J như sau: Sử dụng ống dẫn là vỏ của dụng cụ phẫu thuật nội soi với đặc điểm chiều dài ống dẫn bằng 2/3 của stent double-J. Dùng ống dẫn nắn thẳng stent double-J và dây dẫn, để lại đầu stent dài ra ngoài ống dẫn 0,5 cm hợp với ống dẫn một góc tù khoảng 50^o và đầu mềm dây dẫn chìa ra ngoài stent dài 0,5 cm, đưa qua trocar vào phẫu trường. Đưa sát ống dẫn vào vị trí rạch niệu quản lấy sỏi tiến hành đẩy stent double-J và dây dẫn xuôi dòng xuống bàng quang đến hết stent. Sử dụng kẹp nội soi cố định chặt đầu còn lại của stent, rút dây dẫn và ống dẫn. Tiếp tục đặt đầu đã cố định vượt qua vòng cong lên bể thận. Trong các trường hợp niệu quản, bể thận giãn lớn làm đầu cong của stent double-J trở lại hình dáng ban đầu, sử dụng kẹp

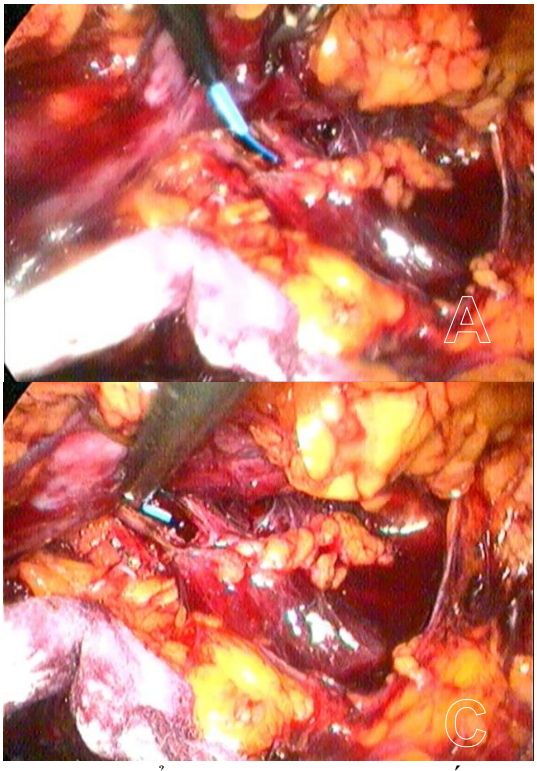
bacock để giữ stent double-J từ bên ngoài niệu quản lúc đẩy hoặc giữ stent double-J qua chỗ mở niệu quản rồi phối hợp với dụng cụ đẩy stent double-J lên niệu quản. Trường hợp can thiệp lấy sỏi niệu quản đoạn xa (đoạn tiểu khung), tiến hành đẩy toàn bộ stent double-J vào bàng quang, làm thẳng đầu trên sau đó đặt stent double-J lên niệu quản trên như mô tả ở trên. Dựa vào vạch chia trên stent double-J , đối chiếu với vị trí mở niệu quản để xác định stent double-J đã đặt đúng vị trí.

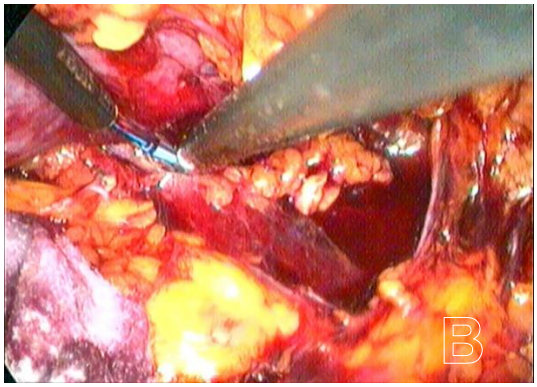


Hình 1: Các dụng cụ



Hình 2: Luồn dây dẫn và stent double-J vào ống dẫn





Hình 3: Các bước đặt stent double-J

A: Đưa đầu stent double-J có đầu mềm dây dẫn vào niệu quản

B: Đưa đầu trên stent double-J lên niệu quản trên

C: Điều chỉnh stent double-J vào đúng vị trí

+ Trong mổ ghi nhận các thông số: thời gian đặt stent double-J, tai biến thủng niệu quản, tổn thương nhu mô thận khi đặt stent. Sau mổ ngày đầu tiên bệnh nhân được siêu âm, chụp phim đánh giá vị trí của stent.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2021 tới 05/2021, có 45 bệnh nhân được áp dụng cải tiến sử dụng ống dẫn để đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận, niệu quản sau phúc mạc hay qua phúc mạc. Chúng tôi ghi nhận các kết quả như sau:

- Thời gian đặt stent double-J: từ 30 giây tới 2 phút, trung bình 1,28 phút.
- Tai biến thủng niệu quản: 0 trường hợp.
- Tai biến tổn thương nhu mô thận: 0 trường hợp
- Đặt đúng vị trí stent double-J: Tất cả các trường hợp stent double-J đều nằm đúng vị trí cần đặt.

IV. BÀN LUẬN

Với việc sử dụng ống dẫn, khi chúng tôi luồn stent double-J có dây dẫn mềm vào ống thì stent double-J được nắn thẳng và stent double-J được cố định thẳng trực tiếp từ ngoài vào đến lỗ niệu quản qua vết mở niệu quản. Điều này giúp khắc phục được tình trạng stent double-J tự do, rất khó thao tác trong phẫu trường chật hẹp của phương pháp trước. Mặt khác, ống dẫn dài, thao tác đẩy stent double-J vào niệu quản được thực hiện từ bên ngoài sẽ dễ dàng hơn so với dùng dụng cụ.

Chiều dài ống dẫn ngắn hơn stent double-J (2/3 stent double-J), giúp chúng tôi cố định, chủ động cầm stent double-J khi thao tác ban đầu đặt vào lỗ niệu quản. Khi stent double-J di chuyển trong niệu quản lúc đặt, nếu bị cản trở (hẹp, uốn cong, đoạn niệu quản đổ vào bàng quang...) sẽ có cảm giác dội lại. Lúc này chúng tôi rút lui stent double-J và đẩy dây dẫn thêm vào niệu quản để dẫn đường sau đó tiếp tục đẩy stent double-J theo dây vào niệu quản. Điều này giúp việc đặt stent double-J niệu quản đảm bảo an toàn trong các trường hợp khó, đảm bảo stent double-J luôn xuống bàng quang. Đường kính ống dẫn là vỏ của dụng cụ nên khi để đặt vào trocar sẽ không bị xì hơi xung quanh khi thao tác làm cho phẫu trường luôn đủ rộng.

Dây dẫn mềm chìa ra ngoài 0,5 cm giúp stent double-J chuyển động đúng đường khi chúng tôi đẩy stent double-J đi trong lòng niệu quản. Khi thao tác đặt đầu stent double-J vào niệu quản thì trục thao tác của của phẫu thuật viên so với niệu quản gần như vuông góc. Chính vì vậy, để lại đầu stent dài ra ngoài ống dẫn 0,5 cm hợp với ống dẫn một góc tù khoảng 50^0 giúp chúng tôi dễ dàng đặt stent double-J vào niệu quản.

Thời gian đặt stent double-J ở báo cáo của chúng tôi với 45 trường hợp trung bình là 1,28 phút. Thời gian này được rút ngắn đi đáng kể khi so sánh với các báo cáo về những cách đặt khác. Một báo cáo của tác giả Ramesh Babu và cộng sự, sử dụng kim Veress qua bụng trong mổ nội soi tạo hình khúc nối bể thận niệu quản ở trẻ em với thời gian trung bình 4,8 phút, tối thiểu là 1,8 phút [3]. Tác giả Kaan Gokcen báo cáo 42 trường hợp đặt stent double-J xuôi dòng qua trocar bằng ống nong Amplatz 10 Fr hoặc 14Fr với thời gian trung bình là 2,61 phút [2]. Kỹ thuật Noh được Donghoon Yoo và cộng sự mô tả năm 2012 với việc cắt đầu dây dẫn để luồn trong stent và đặt bằng dụng cụ nội soi với thời gian đặt các ca dưới 5 phút [4]. Nhiều tác giả cho rằng thời gian đặt stent double-J dưới 10 phút là chấp nhận được [5].

Tuy có sự khác biệt về thời gian đặt stent double-J nhưng các báo cáo của chúng tôi cũng như các tác giả đều cho thấy độ an toàn của kỹ thuật khi không có biến chứng nào trong mổ. Tuy nhiên, tác giả Kaan Gokcen có ghi nhận 1 trường hợp đầu dưới stent không xuống bàng quang [2].

V. KẾT LUẬN

Sử dụng ống dẫn là vỏ dụng cụ nội soi để đặt stent double-J niệu quản trong phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận, niệu quản là một phương pháp an toàn, tiết kiệm, rút ngắn thời gian đặt stent, rút ngắn thời gian phẫu thuật cũng như dễ thực hiện, kể cả trong các trường hợp khó như hẹp niệu quản, niệu quản đoạn dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clinical use of long-term** indwelling silicone rubber ureteral splints inserted cystoscopically. Zimskind PD, Fetter TR, Wilkerson JL J Urol. 1967 May; 97(5):840-4.
2. **Kaan Gokcen, Gokhan Gokce, Yakup Korda, Emre Kirac, Gokce Dundar,** and Emin Yener Gultekin (2018), Antergrade stent placement in laparoscopic upper urinary tract surgery. Is there an easy way?. Published online 2018 Jul 23.doi 10.5114/wiitm.2018.77260.
3. **Ramesh Babu, Apurva Arora, and Niranjan Raj,** Stenting Antegrade Via Veress Needle during Laparoscopic PyeloplastY ("SAVVY" Technique), J Indian Assoc Pediatr Surg. 2019 Apr-Jun; 24(2): 117–119.
4. **Donghoon Yoo,** Seungbeom Shim, Muyeal Seo, Jooyoung Yim, Joonhwa Noh, The new technique to insert a double-j stent conveniently in laparoscopic ureterolithotomy:Nohs method, V1722 The journal of urology, Vol. 187, No. 4S, Supplement, Tuesday, May 22, 2012.
5. **Eassa W., Al Zahrani A., Jednak R., et al. (2012),** "A novel technique of stenting for laparoscopic pyeloplasty in children", J Pediatr Urol, 8(1), pp. 77-82.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ HAI BÊN MỘT THÌ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Tuấn Đạt[1], Kiều Đức Vinh[1], Nguyễn Văn Phúc[1]
Nghiêm Trung Hưng[1], Trần Thanh Tùng[2], Đỗ Ngọc Thể[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu nhận xét tính an toàn và hiệu quả của phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ hai bên một thì.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 15 bệnh nhân (BN) có sỏi thận hai bên, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ hai bên một thì tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 05/2020 tới tháng 07/2021.

Kết quả: Các bệnh nhân có tuổi trung bình là 53,6 tuổi với kích thước lớn nhất của sỏi ở thận phải là 20,51 và ở thận trái là 22,97 (cm). Thời gian phẫu thuật trung bình là 57,73 phút; thời gian hậu phẫu trung bình là 5,47 ngày. Tỉ lệ phẫu

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
[2]*Đại học Y Dược Hải Phòng*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Tuấn Đạt.
Email: tuandat1179@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/8/2021
Ngày phản biện: 20/8/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

thuật thành công đạt 100% với 73,34% bệnh nhân sạch sỏi ngay sau mổ; không có tai biến trong mổ; tỷ lệ truyền máu sau mổ là 6,6% (1 BN) và sốt nhiễm khuẩn niệu là 13,3% (2 BN).

Kết luận: Phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ hai bên một thì có thể thực hiện an toàn và hiệu quả trên những bệnh nhân sỏi thận 2 bên không phức tạp.

Từ khóa: Sỏi thận hai bên, phẫu thuật nội soi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ hai bên 1 thì.

SUMMARY

THE INITIAL RESULT OF BILATERAL SINGLE-SESSION MINI-PERCUTANEOUS NEPHRO-LITHOTRIPSY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: to comment on the initial result of bilateral single-session mini-percutaneous nephro-lithotripsy in the treatment of bilateral kidney stones.

Patients and Methods: A retrospective cross-sectional case-series study was performed on 15 patients with bilateral kidney stones treated by bilateral single-session mini-percutaneous nephro-lithotripsy, from May 2020 to July 2021 at 108 Military Central Hospital.

Results: The mean age was 53.6 years old and the largest diameter of stone on the right and left kidneys were 20.5 and 22.9 (cm), respectively. The mean operation time was 57.7 mins and 5.4 days was the hospital stay on average. The success rate of procedure was 100% with stone-free in 73.3% of patients just after surgery. There was no peri-operative complication; the rate of post-operative blood transfusion was 6.6% (in 1 patient), and 2 patients (13.3%) suffered from urinary tract infection.

Conclusion: With selective patients with simple bilateral kidney stones, the bilateral single-session mini-percutaneous nephrolithotripsy was safe and effective.

Keywords: bilateral kidney stones, bilateral single-session mini-percutaneous nephro-lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini PCNL) hiện là một kỹ thuật điều trị sỏi thận được triển khai rộng rãi tại rất nhiều các bệnh viện và đạt được kết quả tốt. Đã được chứng minh mang lại lợi ích về sức khỏe, rút ngắn thời gian nằm viện cho người bệnh. Tuy nhiên, trong một số ít các trường hợp, Bệnh nhân có sỏi thận hai bên, có chỉ định mổ và thường phải thực hiện hai cuộc mổ cho từng bên thận. Điều này mang lại phiền phức cho bệnh nhân và tốn kém về kinh tế, sức khỏe, do còn phải chịu hai lần mổ. Hiện tại, các nghiên cứu, báo cáo về lấy sỏi thận qua da hai bên một thì còn rất hạn chế. Tại Bệnh viện trung ương quân đội 108, từ tháng 5/2020-6/2021, có 15 trường hợp sỏi thận hai bên được chúng tôi thực hiện lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ hai bên một thì, bước đầu thu được kết quả đáng khích lệ, làm tiền đề tiếp tục thực hiện sau này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Các Bệnh nhân có sỏi thận hai bên, sỏi không quá phức tạp, kích thước sỏi trung bình, chủ yếu sỏi bể thận gây ảnh hưởng tới chức năng thận một bên hoặc cả hai bên.

Chỉ định: Sỏi Bể thận hoặc sỏi khúc nối bể thận- niệu quản. Sỏi phức hợp đài- bể thận. Sỏi đài thận mà kích thước chiều lớn nhất sỏi 1 bên không quá 30mm.

2.2. Phương Pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang, không đối chứng

Phương tiện nghiên cứu:

+ Dụng cụ chọc dò tạo đường hầm: Kim chọc thận, bộ que nong thận, máy siêu âm đầu dò ổ bụng.

+ Dụng cụ soi và tán sỏi: Máy soi thận 12.5F; máy nội soi niệu quản 9.5F và Catheter NQ 6F; máy tán sỏi năng lượng laser Holmium 100w

Kỹ thuật:

Vô cảm bằng gây Tê Tủy sống

- Thì đặt Catheter: BN nằm tư thế sản khoa. Đưa máy soi vào BQ, theo guidewire đặt 02 Catheter lên niệu quản hai bên. Đánh dấu từng bên, cố định hai Catheter vào thông niệu đạo, nối với hệ thống dẫn nước vào thận

- Nong vào thận: Bệnh nhân nằm sấp hoàn toàn. Xác định bên thận cần ưu tiên can thiệp lấy sỏi trước. Dưới hướng dẫn của siêu âm, chọc dò và nong đường hầm vào thận. Đưa máy soi vào thận, tìm và tán sỏi, lấy các mảnh sỏi ra dưới áp lực nước hoặc kìm. Kiểm tra, đặt thông JJ xuôi dòng. Đặt Dẫn lưu thận qua Amplatz.

- Sau kết thúc tán và lấy sỏi 1 bên, kiểm tra bệnh nhân không có bất thường về huyết động và gây mê. Tiến hành chọc dò, nong và tán sỏi tương tự cho bên thận còn lại

- Kết thúc phẫu thuật

Chăm sóc, theo dõi và điều trị sau mổ:

- Theo dõi các biến chứng:

+ Sốt, chảy máu

+ Chức năng thận, Công thức máu

+ Các biến chứng sau mổ: Chảy máu thứ phát, Sốt, Nhiễm trùng, tổn thương tạng

+ Rút DL niệu đạo sau 24h, DL thận sau 48h

Các chỉ tiêu đánh giá:

- Kích thước sỏi, vị trí, số lượng

- Thời gian PT: Thời gian tán và lấy sỏi từng bên và tổng thời gian chung

- Thời gian hậu phẫu:

- Tỷ lệ thành công: Lấy được sỏi mà không phải chuyển phương pháp điều trị

- Thất bại: Không lấy được sỏi của một trong hai bên, phải chuyển phương pháp

- Tỉ lệ sạch sỏi: Đánh giá bằng XQ sau mổ

- Các tai biến, biến chứng: Chảy máu trong mổ và sau mổ, sốt, nhiễm khuẩn niệu, tổn thương thận cấp, tổn thương tạng và các cơ quan lân cận...

- Chức năng thận sau mổ: Sau 24h và trước khi ra viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình: 53,6 ± 9,8 tuổi

Kích thước sỏi trung bình:

Bên Thận Phải: 20,51 ± 4,75

Bên thận Trái: 22,97 ± 4,72

Thời gian tán sỏi:

Thận Phải: 26,07 ± 6,65. Thận trái: 31,67 ± 7,65 Tổng: 57,73 ± 12,22

Thời gian hậu phẫu: 5,47 ± 1,92 ngày (4-11)

Các biến chứng sau phẫu thuật: Có 01 trường hợp cần truyền máu sau mổ và 02 trường hợp sốt, nhiễm trùng sau mổ.Không có trường hợp nào chảy máu tới mức phải can thiệp nút mạch hoặc các can thiệp khác. Không có các tai biến về tổn thương tạng.

Bảng 1: Kích thước sỏi

KÍCH THƯỚC SỎI	Trung bình	Min – Max
THẬN PHẢI	20,51 ± 4,75	12,15 – 30
THẬN TRÁI	22,97 ± 4,72	16 – 31

Kích thước tính chung hai thận: Nhỏ nhất là 12,15mm, lớn nhất là 31mm

Bảng 2: Thời gian tán sỏi

THỜI GIAN TÁN SỎI	Trung bình	Min – max
THẬN PHẢI	26,07 ± 6,65	13 – 36
THẬN TRÁI	31,67 ± 7,65	19 – 43
CHUNG	57,73 ± 12,22	34 – 78

Thời gian tán sỏi trung bình là 57,73 ± 12,22 phút.

Bảng 3: Kết quả tán sỏi

KẾT QUẢ	SỐ BỆNH NHÂN	TỈ LỆ (%)
Sạch sỏi	11	73,34
Còn mảnh < 4mm	2	13,33
Còn mảnh >4mm	2	13,33
Tổng	**15**	**100**

Bảng 4: Kết quả xét nghiệm máu trước và sau mổ

CHỈ SỐ	Trước mổ		Sau mổ		P
	TB	Min - Max	TB	Min - Max	
HỒNG CẦU	4,78 ± 0,4	3,52 - 6,01	4,69 ± 0,32	3,83 - 6,15	0,34
HGB	144,4 ± 23,99	8,6 - 18,9	143,07 ± 21,28	101 - 197	0,43
HCT	0,435 ± 0,067	0,28 - 0,591	0,43 ± 0,058	0,323 - 0,594	0,44
URE	6,52 ± 3,29	3,8 - 16,5	5,81 ± 1,8	4,3 - 11,2	0,31
CREATININ	120,5 ± 65,95	85 - 352	108,2 ± 32,19	66 - 204	0,3

Bảng 5: Tai biến, biến chứng trong và sau mổ

Tai biến- Biến chứng	Số Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chảy máu phải truyền máu sau mổ	1	6,66
Sốt	2	13,33
Nhiễm khuẩn tiết niệu	2	13,33

IV. BÀN LUẬN

- Bước đầu với 15 Bệnh nhân có sỏi thận hai bên (với 30 đơn vị thận) được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ hai bên một thì tại khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021, Tỉ lệ thành công 100%. Không có trường hợp nào thất bại do chảy máu lớn phải dừng mổ, không bị tụt Amplatz hoặc chuyển phương pháp điều trị với kết quả tốt đạt 86,67%, kết quả này cao hơn so với các tác giả Vũ Nguyễn Khải Ca [1] và Nguyễn Văn Truyện [2]. Tỉ lệ sạch sỏi ngay sau mổ là 73,34%, kết quả này tương đương với các tác giả Vũ Nguyễn Khải Ca và Nguyễn Văn Truyện [1],[2] cho phẫu thuật lấy sỏi thận một bên. Có 02 BN còn sót mảnh sỏi > 4mm, chủ yếu rơi vào bệnh nhân có sỏi kích thước to (25÷30mm), nhiều viên.

- Thời gian tán sỏi trung bình là 57,73±12,22 cho cả hai bên thận. Kết quả này tương tự Li (2018) 60,0 ± 30,4 phút và

Guler (2020) 57,5 ± 12,0 phút [10],[11], nhưng hai tác giả trên phẫu thuật cho một bên thận. Kết quả này của chúng tôi là thời gian phẫu thuật cho cả hai bên thận. Do bước đầu thực hiện, còn lựa chọn nhưng bệnh nhân có sỏi kích thước không qua lớn (Kích thước sỏi: Thận Phải: 20,51 ± 4,75; Thận trái: 22,97 ± 4,72). So với các tác giả trên, thời gian phẫu thuật ở trong khoảng thời gian cho phép nhằm đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Tuy nhiên, để rút ngắn thời gian phẫu thuật, cần đảm bảo sự chuẩn bị tốt, kỹ năng thành thục của PTV nhằm giảm tối đa các thao tác không hợp lý. Đặc biệt, cần chuẩn bị mổ cho cả hai bên, rút ngắn thời gian khi thay đổi bên phẫu thuật làm kéo dài thời gian PT.

- Tai biến, biến chứng hay gặp nhất là chảy máu. Theo Hoàng Long và cộng sự [5], tỷ lệ chảy máu trong mổ không cần truyền máu là 3,7%, biến chứng sau mổ là 4,1%. Kết quả có 01 trường hợp bệnh nhân có chảy máu thứ phát vào ngày thứ 2 sau mổ từ thận phải. Cũng chính là bệnh nhân có suy thận mạn, thiếu máu nhẹ trước mổ, sỏi nhiều viên. Bệnh nhân được xử trí bơm thêm bóng chèn và truyền máu bổ xung thấy kết quả tốt mà không cần tới can thiệp nút mạch chọn lọc.

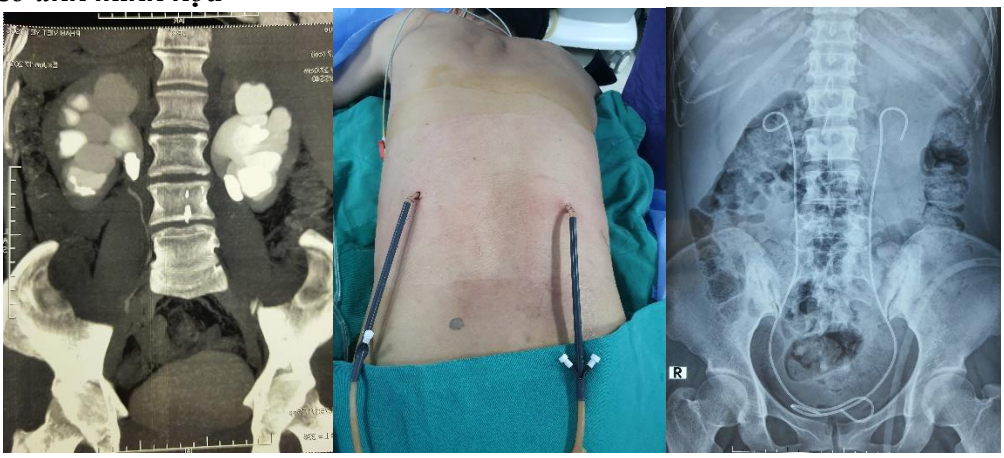
- Có 02 Bệnh nhân sốt sau mổ, trong đó có 01 nhiễm khuẩn niệu E.coli qua cấy nước tiểu sau mổ, bệnh nhân này đã được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, bệnh nhân ổn định ra viện

- So sánh các chỉ số về máu trước và sau PT khác nhau không có ý nghĩa thống kê (với p>0,05) (Bảng 4). Đánh giá phẫu thuật ít chảy máu, an toàn và hiệu quả. Giúp BN hồi phục sau mổ được tốt hơn.

- Chỉ số chức năng thận trước và sau mổ chưa có sự khác biệt (Bảng 4). Do mới chỉ đánh giá kết quả gần ngay sau mổ,số lượng bệnh nhân còn ít nên kết quả chức năng thận tiến triển chưa rõ ràng. Cần đánh giá thêm.

- Thời gian hậu phẫu TB 5,47 ±1,92 ngày (4-11). Theo Ferakis N, phương pháp Mini PCNL ngoài làm giảm chảy máu, giảm đau sau mổ còn làm giảm thời gian nằm viện. Theo tác giả, thời gian nằm viện 1,7 – 4,6 ngày [6]. Thời gian nằm viện hậu phẫu của chúng tôi là 5,47 ngày. Có tăng hơn một chút so với các tác giả Hoàng Long (2017) là 4,57 ngày (2-8), Dương Văn Trung (2018) là 3,8 ngày (3-10), tác giả Li Jianxing (2014) là 4,1 ngày.[5], [6],[7],[8].

Một số ảnh minh họa



V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da hai bên một thì với đường hầm nhỏ có thể thực hiện được an toàn, đặc biệt với nhóm bệnh nhân có sỏi bể thận hai bên, sỏi khúc nối Bể thận- niệu quản hai bên; mang lại hiệu quả điều trị tốt, tiết kiệm chi phí cho bệnh nhân, là một lợi ích tiếp theo cho kỹ thuật mini PCNL. Việc không phải thực hiện hai lần phẫu thuật cho từng bên, giúp giảm gánh nặng cho bệnh nhân và cả nhân viên y tế về sức khỏe, thời gian cũng như kinh tế. Tuy nhiên, với những bệnh nhân này, cần có những đánh giá kỹ lưỡng, trao đổi, tư vấn kỹ cho bệnh nhân trước mổ. Bên cạnh đó, cần có phẫu thuật viên có kinh nghiệm thực hiện kỹ thuật, kỹ năng tốt, chuẩn bị mổ chu đáo nhằm làm giảm thời gian phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long, Chu Văn Lâm và cs (2015),** "Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm", Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4), tr. 277-281.
2. **Nguyễn Văn Truyện, Vũ Thanh Tùng, Phạm Đình Hoài Vũ (2018),** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ vào thận tại Bệnh viện đa khoa Thống nhất Đồng nai", Y học TP. Hồ Chí Minh, 22(2), tr.108-115.
3. **Li M.M., Yang H.M., Liu X.M. et al. (2018)**, Retrograde intrarenal surgery vsminiaturized percutaneous nephrolithotomy to treat lower pole renal stones 1.5-2.5 cm in diameter, World J Clin Cases. 6(15), 931-935
4. **Güler Y. (2020)**, Comparison of RIRS and MiniPCNL for 2-3 cm Renal Lower Calyx Stones, Arch Urol. 3(1), 007
5. **Hoàng Long và CS (2017),** " Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm, lựa chọn tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận". Tạp chí Y Dược học Huế, số đặc biệt tháng 8 năm 2017, trg 304-314
6. **Ferakis N., Stavropoulos M. (2015),** Mini percutaneous nephrolithotomy in the treatment of renal and ureteral stones: Lessons learned from a review of the literature. Urol Ann, Vol, 7(2), pp 141-148
7. **Dương Văn Trung (2018)**, " Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thế bệnh nhân nằm nghiêng tại Bệnh viện Bưu Điện" Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 22, số 4, trg 105-109
8. **Li J (2014),** " Complication and safery of ultrasound guide percutaneous nephrolithotomy in 8025 cases in China" Chin Med J 2014, 127 (24), 4184- 4189.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SA BÀNG QUANG BẰNG MẢNH GHÉP TỔNG HỢP QUA NGẢ ÂM ĐẠO

Phạm Hữu Đoàn[1], Đỗ Vũ Phương[1], Dương Đăng Hiếu[1]

TÓM TẮT[10]

Mở đầu: Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để tìm ra những kết quả cụ thể và rõ nét hơn về chất lượng cuộc sống của người bệnh Việt Nam sau phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngả âm đạo.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả hàng loạt ca 21 trường hợp trên những phụ nữ sa bàng quang trên độ II (theo phân độ POP-Q) có hay không có sa tử cung hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị với phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2021. Các bệnh nhân được mời hoàn thành mẫu câu hỏi ngắn về tình trạng cụ thể đã được xác thực của Bảng Đánh Giá Tình Trạng Rối Loạn Sàn Chậu (PFDI - The Pelvic Floor Distress Inventory), Bảng Câu Hỏi Ảnh Hưởng Của Sàn Chậu (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) và Chỉ số Chức Năng Tình Dục nữ (FSFI- Female Sexual Function Index) trước mổ và 6 tháng sau mổ. Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R 3.6.4.

Kết quả: 21 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là 67,71 ± 10,45, bệnh nhân đã mãn kinh 17/21, quan hệ trước mổ là 1/21. Trước phẫu thuật, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 103,12± 39,82 và điểm PFIQ trung bình là 94.24 ± 14,5. Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 19,79 ± 11,05 và điểm PFIQ trung bình là 14,50 ± 11,1. Hai thang điểm trên đều giảm có ý nghĩa thống kê còn điểm FSFI có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Phương pháp phẫu thuật này làm giảm đáng kể triệu chứng của sa cơ quan đáy chậu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

[1]*Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: BS.CK2 Phạm Hữu Đoàn.
Email: doanphamhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/6/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 5/8/2021

SUMMARY

SURVEY ON QUALITY OF LIFE OF VIETNAMESE PATIENTS AFTER TRANSVAGINAL ANTERIOR REPAIR WITH MESH INSERTION

Introduction: We would like to use the international rating scales to identify more specific and clearer results about the quality of life of Vietnamese patients after cystocele surgery with mesh suitable through the vagina.

Patients and methods: Description of a series of 21 cases in women with cystocele above degree II (according to POP-Q resolution) with or without urethrocele or stress urinary incontinence (SUI) during exercise treatment with synthetic mesh placement surgery at Binh Dan Hospital during the period from September 2020 to April 2021. Patients were invited to complete a short form of questionnaire about specific conditions of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI), Pelvic Floor Distress

Inventory Questionnaire (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) and the Female Sexual Function Index (FSFI) before surgery and 6 months after surgery. Research data is statistically processed by R 3.6.4 software.

Results: 21 patients with an average age of 67.71 ± 10.45, of which, the number of postmenopausal patients was 17/21, and number of patients having sex before surgery was 1/21. Before surgery, the mean PFDI score of the study sample was 103.12 ± 39.82 and the mean PFIQ score was 94.24 ± 14.5. After 3 months of surgery, the mean PFDI score of the study sample was 19.79 ± 11.05 and the mean PFIQ score was 14.50 ± 11.1. Both scales above were statistically significant decrease, while FSFI score improved but not statistically significant.

Conclusion: This surgical method significantly reduces symptoms of perineal organ prolapse and improves quality of life. Although sexual function has improved, more research is still of the essence to clarify this claim.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa bàng quang ở phụ nữ xảy ra khi các cơ thành trước âm đạo suy yếu và không đủ khả năng cố định nội tạng vùng chậu đúng vị trí, khi đó bàng quang sa vào âm đạo. Sa bàng quang thường không nguy hiểm tính mạng nhưng ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của bệnh nhân, gây ra những rối loạn trên nhiều hệ cơ quan: tiểu tiện và đại tiện không tự chủ, bế tắc đường tiết niệu dưới, gây khó chịu vùng chậu, nhiễm khuẩn niệu tái phát và rối loạn chức năng tình dục như đau khi giao hợp, giảm ham muốn tình dục. Theo tổ chức chăm sóc sức khoẻ ban đầu của nữ giới (Women's Health Initiative), tỉ lệ tổng quát của sa cơ quan đáy chậu (SCQĐC) khoảng 41%, trong đó tỉ lệ sa bàng quang theo kiểu túi từ 25 - 34% [1]. Sa bàng quang là tình trạng bệnh lý xảy ra phần lớn trên phụ nữ đã từng sinh đẻ, 11% trong số những bệnh nhân có triệu chứng phải cần đến phẫu thuật [2]. Chỉ có một vài nghiên cứu nước ngoài dùng bảng câu hỏi về chức năng tình dục và khảo sát chất lượng cuộc sống trên bệnh nhân có phẫu thuật đặt mảnh ghép ở âm đạo. Các nghiên cứu trong nước vẫn chỉ là báo cáo kinh nghiệm bước đầu của các tác giả chỉ dừng lại ở việc đánh giá độ an toàn của phẫu thuật và sự thay đổi cấu trúc giải phẫu của âm đạo sau phẫu thuật mà chưa có báo cáo nào đánh giá kết quả phục hồi rối loạn tiểu và chất lượng cuộc sống theo một hệ thống định lượng phổ biến [3].

Vì thế chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích áp dụng hai bảng câu hỏi bao gồm: Bảng Đánh Giá Tình Trạng Rối Loạn Sàn Chậu (PFDI - The Pelvic Floor Distress Inventory) và Bảng Câu Hỏi Ảnh Hưởng Của Sàn Chậu (PFIQ - the Pelvic Floor Impact Questionnaire) để đánh giá triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp điều trị sa bàng quang qua lỗ bịt và Chỉ số Chức Năng Tình Dục nữ (FSFI- Female Sexual Function Index) để đánh giá chức năng tình dục trước và sau can thiệp điều trị phụ nữ bị sa bàng quang. Đây là các thang đo đang được Hội ICS (International Continence Society) sử dụng để đánh giá hiệu quả của các phương pháp điều trị SCQĐC [4].

Chúng tôi mong muốn dùng những thang điểm đánh giá mà quốc tế đang sử dụng để tìm ra những kết quả cụ thể và rõ nét hơn về chất lượng cuộc sống của người bệnh Việt Nam sau phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngả âm đạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những phụ nữ sa bàng quang trên độ II (theo phân độ POP-Q) có hay không có sa tử cung hoặc tiểu không kiểm soát khi gắng sức được điều trị với phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân sa bàng quang có chỉ định phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp được chẩn đoán, nhập viện phẫu thuật và theo dõi tại khoa Niệu Nữ - Niệu Chức Năng, Bệnh viện Bình Dân Thành Phố Hồ Chí Minh.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những trường hợp không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không hoàn thành bảng câu hỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

- Thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2021 tại Bệnh viện Bình Dân.

- Phương pháp phẫu thuật: đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngả âm đạo điều trị sa bàng quang.

Cách tiến hành nghiên cứu

Phương pháp phẫu thuật: bệnh nhân được tê tủy sống, nằm tư thế sản phụ khoa. Rạch niêm mạc thành trước âm đạo theo đường ngang. Bóc tách về hai phía ngành ngồi mu và định vị gai hông 2 bên. Xuyên kim qua lỗ bịt đặt mảnh ghép 4 nhánh theo kỹ thuật không căng. Hai nhánh còn lại (mảnh ghép 6 nhánh) xuyên qua trung tâm dây chằng cùng – gai ra hai bên theo hướng trong – ngoài cơ mông.

Số liệu được thu thập theo biểu mẫu chung từ hồ sơ bệnh án và những dữ kiện khi tái khám bệnh nhân hoặc những thông tin do thân nhân cung cấp trong trường hợp bệnh nhân tử vong. Khi thu thập số liệu, tập trung vào các yếu tố sau:

Ghi nhận thông tin theo bệnh án mẫu gồm: họ tên, tuổi, BMI, số lần sanh qua ngả âm đạo, các phẫu thuật vùng đáy chậu đã thực hiện trước đây, tiền căn cắt tử cung, lí do nhập viện, thời gian khởi bệnh, các bệnh lý kết hợp.

Triệu chứng liên quan đến sa bàng quang và các triệu chứng rối loạn tiểu: tiểu khó, TKKSKGS, ...

Bệnh nhân được hỏi các triệu chứng liên quan SCQĐC và chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng bởi SCQĐC theo 3 thang điểm PFDI, PFIQ, FSFI …

Ghi nhận các bệnh lý kèm theo như: viêm âm đạo, viêm loét cổ tử cung. Tất cả những BN có viêm âm đạo và viêm loét cổ tử cung đều được khám chuyên khoa sản để điều trị đến khi hết hẳn tình trạng viêm loét cổ tử cung/âm đạo và làm xét nghiệm loại trừ các bệnh lý ác tính trước khi phẫu thuật.

Sau khi thăm khám xong bênh nhân được đánh giá nước tiểu tồn lưu qua xét nghiệm siêu âm bụng tổng quát và niệu động đồ

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R 3.6.4.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 09/2020 đến tháng 04/2020, tại bệnh viện Bình Dân chúng tôi khảo sát được 21 bệnh nhân phẫu thuật đặt mảnh ghép tổng hợp qua ngả âm đạo thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có các yếu tố thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu

Biến số	Kết quả (trung bình)	Độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	67,71	10,45
BMI (kg/m^2)	22,98	3,44
Số lần sanh con ngả âm đạo (con)	4,57	2,42
Thời gian khởi phát bệnh (tháng)	22	
Thời gian phẫu thuật (phút)	113	
Lượng máu mất (ml)	67	
Thời gian nằm viện (ngày)	4,23	
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	3,52	
Thời gian đánh giá chất lượng cuộc sống sau mổ (tháng)	3,34	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đã mãn kinh (17/21), quan hệ trước mổ có (1/21), phẫu thuật liên quan đến sàn chậu (8/21) trong đó có 3 ca phẫu thuật đường bụng và 5 ca phẫu thuật qua đường âm đạo. Chúng tôi không ghi nhận tai biến, biến chứng trong lúc phẫu thuật cũng như sau hậu phẫu. Nước tiểu tồn lưu sau mổ ghi nhận có 1 ca với RUV = 30ml.

Bảng 2: Phân bố điểm số triệu chứng cơ năng trước và sau phẫu thuật 3 tháng

Thang điểm	Trước mổ (N= 21)	Sau mổ 3 tháng (N= 21)	Giá trị p	Phép kiểm
PFDI	**103,12**	**19,79**	**P<0,01**	Phép kiểm t cho biến số theo cặp
POPDI	52,98	7,34	P<0,01	
CRAD	10,87	3,13	P<0,01	
UDI	39,29	9,32	P<0,01	
PFIQ	**94,24**	**14,5**	**P<0,01**	
POPIQ	45,76	6,12	P<0,01	
CRAIQ	5,44	1,13	P<0,05	
UIQ	43,04	7,25	P<0,01	

Trong nghiên cứu của chúng tôi khảo sát được 1/21 bệnh nhân có quan hệ trước mổ và điểm số trên thang điểm FSFI trước mổ 20 điểm và sau mổ 22,6. Có 1/21 bệnh nhân không có quan hệ trước mổ nhưng sau mổ khoảng 2 tháng có quan hệ trở lại với điểm số FSFI trước mổ và sau mổ lần lượt là 6,6 và 22,5. Hai bệnh nhân này mặc dù sau phẫu thuật đã có cải thiện về hoạt động tình dục nhưng không có ý nghĩa thống kê và đều rối loạn tình dục (FSFI < 26,5 điểm).

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, tuổi trung bình của nghiên cứu là 67,71, tương đương với nghiên cứu của Rachid El Haddad (60.4)[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số tuổi nhỏ nhất là 45 tuổi, lớn nhất là 81 tuổi, nhóm tuổi chiếm

ưu thế là trên 60 tuổi (80.09%). Y văn đã ghi nhận SCQĐC thường gặp ở những phụ nữ lớn tuổi và nguy cơ mắc bệnh tăng theo tuổi, cứ mỗi 10 năm sẽ tăng nguy cơ mắc SCQĐC từ 16 đến 20%[6]. Đa số phụ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi đã mãn kinh (80%). Trong thời kỳ mãn kinh do thiếu hụt estrogen, hệ thống mô liên kết nâng đỡ vùng đáy chậu bị suy yếu làm SCQĐC dễ xảy ra ở thời kỳ này.

Theo nghiên cứu của Pooja, trong số những phụ nữ được chẩn đoán SCQĐC tại Ấn Độ có 72,34% phụ nữ đã mãn kinh và chỉ có 19,15% nhỏ hơn 40 tuổi. Lý do SCQĐC gặp ở ở độ tuổi chưa mãn kinh được Pooja giải thích có thể do tuổi kết hôn của phụ nữ Ấn Độ tương đối sớm, phụ nữ Ấn Độ sinh nhiều con và khoảng cách giữa các lần mang thai tương đối gần[7]. Chấn thương cơ đáy chậu do mang thai nhiều lần đã được chứng minh là yếu tố chính gây phát triển SCQĐC [6]. Số liệu báo cáo của Pooja có 43.62% phụ nữ có nhiều hơn 4 con và không có TH nào chưa từng mang thai. Việt Nam là quốc gia Châu Á có nhiều đặc điểm dịch tễ học giống Ấn Độ, phụ nữ VN cũng kết hôn sớm, sinh nhiều con. Và nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 80,9% phụ nữ đã mãn kinh và số trung binh sanh con qua ngả âm đạo là 4,53.

Chỉ số khối cơ thể trung bình trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi là 22.98 kg/m^2. Số liệu BMI của các tác giả nước ngoài như sau: Haddad là 27 kg/m^2 [5], Renaud de Tayrac là 26,2kg/m^2[8]. Béo phì cũng được xem là yếu tố nguy cơ của SCQĐC. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận (3/21 bệnh nhân) có cắt tử cung qua đường bụng và ghi nhận có tái phát trở lại (2/3 bệnh nhân). Trước đây, cắt tử cung đơn thuần được xem là phương pháp điều trị SCQĐC. Từ năm 1988 đến 1990, SCQĐC chiếm 16,3% chỉ định của các TH cắt tử cung, bao gồm cắt cả tử cung qua ngả bụng và cắt tử cung qua ngả âm đạo. Tuy nhiên sau đó y văn đã chứng minh cắt tử cung đơn thuần không thể điều trị được bệnh lý SCQĐC vì không giúp phục hồi các cấu trúc vùng đáy chậu bị tổn thương vốn là nguyên nhân sinh bệnh.

Trước phẫu thuật, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 103,12±39,82 và điểm PFIQ trung bình là 94,24 ± 14,5. Mẫu nghiên cứu của chúng tôi có điểm số triệu chứng của khối sa âm đạo là cao nhất (52,98 điểm), nhưng chất lượng sống bị ảnh hưởng nhiều nhất do các triệu chứng rối loạn đi tiểu (43,04 điểm) sấp xỉ gần bằng do triệu chứng của khối sa âm đạo (45,76 điểm). Các triệu chứng gây ra do rối loạn hậu môn trực tràng có điểm số thấp (10,87 điểm). Sau phẫu thuật 3 tháng, điểm PFDI trung bình của mẫu nghiên cứu là 19,79 ± 11,05 và điểm PFIQ trung bình là 14,50 ± 11,1. Sau phẫu thuật 3 tháng, các triệu chứng đường tiểu có điểm số triệu chứng cao nhất và gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của bệnh nhân nhiều nhất. Lúc này triệu chứng thường gặp nhất là "cảm giác bị đè nặng ở vùng bụng dưới", "đi tiểu thường xuyên", "tiểu không hết". Tất cả các thang đo đều có điểm số sau phẫu thuật 3 tháng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật. Điểm PFDI trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 78,3 điểm, sau 12 tháng là 14,6 điểm. Điểm PFIQ trung bình trước mổ trong nghiên cứu của Renaud de Tayrac là 42 điểm, sau 3 tháng là 5,5 điểm. Renaud de Tayrac kết luận sự khác biệt điểm số triệu chứng rối loạn sàn chậu và chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê[8]. Thang điểm PFDI và PFIQ cũng đánh giá tốt đối với bệnh nhân được điều trị sa sàn chậu bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào ụ nhô, theo

nghiên cứu của Frédéric điểm PFIQ trung bình trước mổ là 64,04 điểm; sau 3 tháng là 16,61 điểm, sau 12 tháng là 18,21 điểm. Frédéric kết luận sự khác biệt điểm số chất lượng cuộc sống của cả 3 thang đo sau 3 tháng cải thiện hơn trước mổ có ý nghĩa thống kê nhưng sự khác biệt chất lượng sống giữa 3 tháng và 12 tháng không có ý nghĩa thống kê[9].

Hoạt động tình dục của người phụ nữ bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: tâm lý, xã hội học, bản thể (physical) và môi trường. Tuổi tác và mãn kinh là 2 yếu tố đã được chứng minh có ảnh hưởng tiêu cực lên hoạt động tình dục. Sa cơ quan đáy chậu gây ra các triệu chứng rối loạn vùng chậu không chỉ ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mà còn có thể làm giảm chức năng tình dục [10]. Tuổi cao và mãn kinh đều có liên quan chặt chẽ với SCQĐC và khả năng hoạt động tình dục nên rất khó để xác định rõ rối loạn hoạt động tình dục là do nguyên nhân bản thể (bất thường giải phẫu âm đạo) hay do tâm lý (do tuổi cao và mãn kinh) [10]. Tuy nhiên, tất cả các nghiên cứu đều đồng ý rằng bệnh nhân có SCQĐC đều có hoạt động tình dục kém hơn so với những người cùng tuổi mà không có mắc SCQĐC. Số liệu trong những nghiên cứu này còn rất hạn chế và mang tính định tính, chúng tôi hy vọng tại Việt Nam sẽ có thêm nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của SCQĐC và vai trò của các phương pháp điều trị SCQĐC lên chức năng tình dục của người phụ nữ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên có thể chỉ ra rằng phẫu thuật điều trị sa bàng quang bằng mảnh ghép tổng hợp qua ngả âm đạo là phẫu thuật an toàn, khả thi và mang lại hiệu quả cao. Phương pháp phẫu thuật này làm giảm đáng kể triệu chứng của sa cơ quan đáy chậu và cải thiện chất lượng cuộc sống. Chức năng tình dục mặc dù có cải thiện nhưng vẫn cần có nhiều nghiên cứu thêm để làm rõ nhận định này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Clark A., Hendrix S.L. (2002).** Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. Am J Obstet Gynecol, 186 (6): 1160-1166.
2. **A L Olsen, V J Smith, J O Bergstrom, J C Colling, et al, (1997).** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol, 89 (4): 501-506.
3. **Nguyễn Văn Ân (2011).** Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mãnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt. Tạp chí Y học Thực hành, 718+719: 364-369.
4. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, et al, (2002).** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. Urology, 61 (1), pp. 37-49.
5. **Rachid E, Kamil S, et al (2013).** Women's quality of life and sexual function after transvaginal anterior repair with mesh insertion. European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology, 167: 110-113.
6. **Swift S. E., Pound T., Dias J. K. (2001),** Case-control study of etiologic factors in the development of severe pelvic organ prolapse. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, 12: 187.
7. **Pooja Patil, Abhijit Patil (2013),** Evaluation of pelvic organ prolapse in Indian females, Journal of Evolution of Medical and Dental

Sciences; Vol2, Issue 40, October 07; Page: 7612-7620.

8. **Renaud T, Majid B, Gérard P (2015).** Transvaginal repair of stage III–IV cystocele using a lightweight mesh: safety and 36-month outcome. Int Urogynecol J. DOI 10.1007/s00192-015-2659-z
9. **Frédéric Thibault, Pierre Costa, Ruban Thanigasalam, Gilles Seni, Majid Brouzyine et al (2013).** Impact of laparoscopic sacrocolpopexy on symptoms, health-related quality of life and sexuality: a medium-term analysis. BJU International. doi:10.1111/bju.12286.
10. **Dennerstein L., Dudley E., Burger H. (2001).** Are changes in sexual functioning during midlife due to aging or menopause? Fertil Steril, 76: 456–60.

BÓC TRỌN KHỐI BƯỚU TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG DỤNG CỤ ĐIỆN LƯỠNG CỰC: KINH NGHIỆM BAN ĐẦU

Nguyễn Lê Quý Đông[1], Trần Đỗ Hữu Toàn[1], Dương Cao Trí[2], Huỳnh Duy Linh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự hiệu quả và an toàn của phương pháp bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp với những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại tuyến tiền liệt, loại trừ ung thư tuyến tiền liệt hoặc nhiễm khuẩn niệu có triệu chứng. Những bệnh nhân này được tiến hành bóc trọn khối bướu bằng dụng cụ điện lưỡng cực. Các đặc điểm dịch tể học của bệnh nhân, những yếu tố trước phẫu thuật, trong phẫu thuật và theo dõi một tháng sau phẫu thuật được ghi nhận. Dữ liệu được trình bày dưới số trung bình và độ lệch chuẩn.

Kết quả: Từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2021, có 30 bệnh nhân được tiến hành bóc bướu tuyến tiền liệt trọn khối bằng dụng cụ điện lưỡng cực. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,3 ± 19,5 năm. Trước phẫu thuật bệnh nhân được đánh giá mức độ triệu chứng đường tiểu dưới bằng bảng IPSS với điểm trung bình là 23,7 và đo niệu dòng đồ với Qmax trung bình là 7,5 ml/s. Thể tích trung bình của bướu tuyến tiền liệt trước phẫu thuật là 45,9 ± 24,8ml và sau phẫu thuật là 10,2 ± 8,5ml. Trong quá trình phẫu thuật, thời gian bóc bướu là 55,6 ± 20,8 phút, thời gian xây mô là 15,3 ± 8,7 phút. Tất cả bệnh nhân được rút thông tiểu trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật, số trường hợp tiểu được là 93,3% các trường hợp. Tỉ lệ tiểu không kiểm soát khi gắng sức ngay sau phẫu thuật là 16,6% và một tháng sau phẫu thuật là 6,6%, tỉ lệ tiểu gấp ngay sau phẫu thuật là 13,3% và một tháng sau phẫu thuật là 10%. Trong nghiên cứu, không có trường hợp

[1]*Khoa Niệu A, Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh*
[2]*Khoa Y, Đại học Quốc Gia Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Lê Quý Đông
Email: dongurology@gmail.com
Ngày nhận bài: 11/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

nào phải truyền máu hoặc phẫu thuật lại. Theo dõi sau một tháng, bệnh nhân có IPSS trung bình là 7,5 điểm và Qmax trung bình là 22,3 ml/s.

Kết luận: Phương pháp bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực có hiệu quả và an toàn trên bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại tuyến tiền liệt.

Từ khoá: bướu tuyến tiền liệt, bóc bướu tuyến tiền liệt, bóc trọn khối tuyến tiền liệt, triệu chứng đường tiểu dưới.

SUMMARY

TOTALLY ENBLOC BIPOLAR ENUCLEATION PROSTATE: OUR FIRST EXPERIENCES

Objective: To evaluate the efficacy and safety of the method totally enbloc bipolar enucleation prostate.

Patients and method: This is prospective description study in patients with lower urinary tract symptoms due to prostate enlargement, excluding prostate cancer and symptomatic urinary tract infections. Patients were undergone totally enbloc bipolar enucleation prostate. All the parameters about epidemiology, pre- and post- operation factors were collected. These patients were followed up one month. Data were express with mean and standard deviation.

Results: There were 30 patients undergone totally enbloc bipolep from December 2019 to April 2021. The mean patient age was 66.3 ± 19.5 year old. Pre – operation evaluation include mean IPSS 23.7 and uroflowmetery with mean Qmax 7.5 ml/s. The mean prostate volume was 45.9 ± 24.8 ml before operation and 10.2 ± 8.5 ml after operation. During the operation, enucleation mean time was 55.6 ± 20.8 mins and morcellation mean time was 15.3 ± 8.7 mins. In first day post operation, patients were taken trial without catheter with the successful rate was 93.3%. The rate of stress incontinence after operation was 16.67% and this rate after one month follow – up was 6.67%, the urgency incontinence rate after operation was 63.3% and this rate after one month was 30%. There was no blood transfusion and re - operation in our study. At one month follow – up, patients had mean IPSS 7.5 with mean Qmax 22.3 ml/s.

Conclusion: Bipolep is safe and efficacy for patients with lower urinary tract symptoms due to porstate enlargement.

Keywords: aEEP, LUTS, BPH, totally enbloc bipolep.

I. MỞ ĐẦU

Phì đại tuyến tiền liệt được điều trị nội soi qua ngã niệu đạo bằng những kĩ thuật như cắt đốt, bóc hơi hay bóc bướu với nhiều loại năng lượng khác nhau [1]. Trong đó, phương pháp cắt đốt nội soi tuyến tiến liệt bằng dụng cụ điện đơn cực hay lưỡng cực được sử dụng phổ biến nhất. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp cắt đốt nội soi là không loại bỏ hoàn toàn thể tích vùng chuyển tiếp của bướu tuyến tiền liệt [2] và đặc biệt đối với những bướu tuyến tiền liệt có thể tích lớn trên 60 ml việc cắt đốt nội soi dẫn đến nhiều biến chứng [3].

Bóc bướu tuyến liệt được tiến hành dựa vào nguyên tắc bóc tách theo lớp vỏ phẫu thuật, là lớp ở giữa vùng chuyển tiếp và vùng ngoại biên của tuyến tiền liệt, nên có thể loại bỏ hoàn toàn thể tích vùng chuyển tiếp cửa bướu tuyến tiền liệt [4], điều này mang lại hiệu quả lâu dài và hạn chế biến chứng so với phương pháp phẫu thuật mổ mở bóc bướu [5,6]. Hiện nay, theo y văn có nhiều kĩ thuật bóc bướu tuyến tiền liệt như là chia một thuỳ, hai thuỳ hay bóc trọn khối [7].Trong những kĩ thuật này, kĩ thuật bóc trọn khối bướu có những ưu điểm hơn so với những kĩ thuật khác như thời gian phẫu thuật

ngắn, hiệu quả tưới rửa trong phẫu thuật tốt và ít biến chứng sau phẫu thuật [8,9].

Trong các năng lượng được dùng để bóc bướu tuyến tiền, tác giả lựa chọn bóc bướu bằng dụng cụ điện lưỡng cực vì tác giả đã dùng dụng cụ lưỡng cực để cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt nên hiểu rõ hơn cách hoạt động của dụng cụ này để tiến hành bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2021.

2.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Những bệnh nhân có triệu chứng bế tắc đường tiểu dưới và siêu âm phát hiện phì đại tuyến tiền liệt, loại trừ những bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt hoặc có triệu chứng nhiễm khuẩn niệu chưa điều trị.

2.3 Đánh giá trước phẫu thuật:

Tất cả bệnh nhân thoả tiêu chuẩn nghiên cứu được ghi nhận các đặc điểm dịch tễ học và được đánh giá mức độ triệu chứng đường tiểu dưới theo bảng IPSS. Thể tích tuyến tiền liệt được đánh giá dựa trên siêu âm bụng tổng quát. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được tiến hành đo niệu dòng đồ nếu không bị bí tiểu và được thử PSA để tầm soát ung thư tuyến tiền liệt. Những bệnh nhân có mức PSA tăng trên 10 ng/ml được tiến hành sinh thiết tuyến tiền liệt để loại trừ ung thư tuyến tiền liệt.

2.4 Kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật:

Tất cả bệnh nhân được sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật bằng một liều cephalosporin thế hệ thứ hai tiêm tĩnh mạch.

2.5 Tư thế bệnh nhân và chuẩn bị trước phẫu thuật:

Tư thế bệnh nhân là tư thế sản khoa và được gây tê tuỷ sống. Bác sĩ phẫu thuật dùng dung dịch bôi trơn được bơm vào niệu đạo và đưa dụng cụ điện lưỡng cực, kích thước 26 Fr, vào bàng quang qua ngã niệu đạo. Nếu niệu đạo không thể đặt được vỏ ngoài của dụng cụ lưỡng cực, bác sĩ sẽ tiến hành nong niệu đạo bằng Benique đến số 28 Fr hoặc nội soi xẻ lạnh niệu đạo.

2.6 Dụng cụ phẫu thuật:

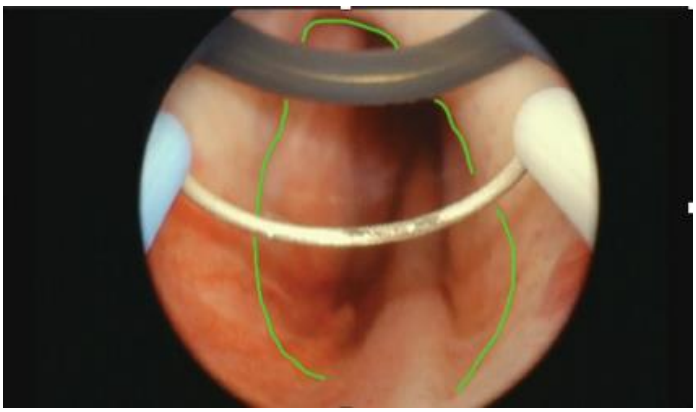
Bao gồm dao bóc bướu, máy phát điện trong phẫu thuật ESG-400 và máy xay mô.

a b c

Hình 1: *Dụng cụ phẫu thuật, a: dao bóc bướu, b: máy phát điện trong phẫu thuật Olympus ESG – 400, c: máy xây mô của hãng Hawk.*

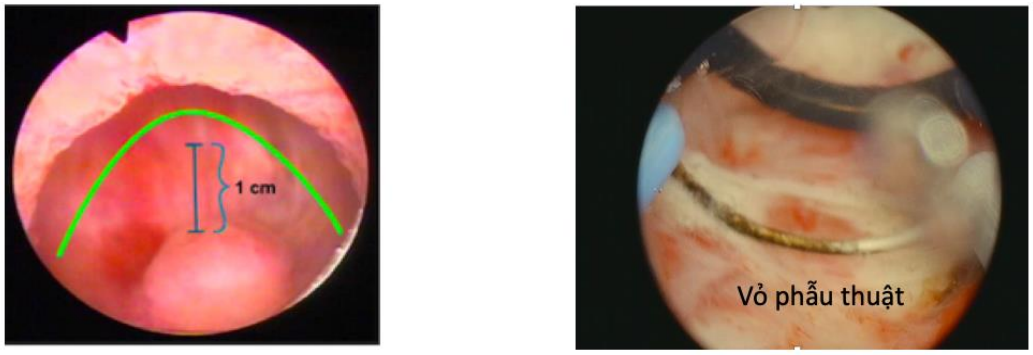
2.7 Các bước tiến hành phẫu thuật:

Bước 1: Xác định các mốc giải phẫu. Các mốc giải phẫu như cơ thắt niệu đạo ngoài và hai miệng niệu quản được xác định trước khi tiến hành phẫu thuật để hạn chế tổn thương các cấu trúc giải phẫu lân cân trong quá trình bóc bướu tuyến tiền liệt. Soi bàng quang cũng được tiến hành để loại trừ các tổn thương bàng quang có thể kèm theo, hình 2.



Hình 2: Xác định ranh giới giữa cơ thắt niệu đạo ngoài (đường vẽ) và khối bướu tuyến tiền liệt trước khi tiến hành bóc bướu.

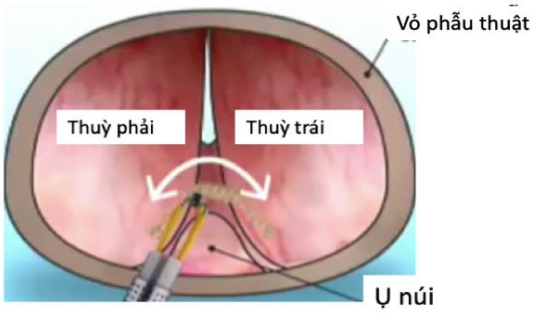
Bước 2: Xác định lớp vỏ phẫu thuật của tuyến tiền liệt. Tác giả bắt đầu tiến hành bóc bướu khoảng 1 cm xung quanh ụ núi. Sử dụng phần trên của dao bóc bướu bằng lực cơ học để bóc tách đến lớp vỏ phẫu thuật và phần dưới để cắt hoặc đốt phần mô tuyến tiền liệt, hình 3.



a b

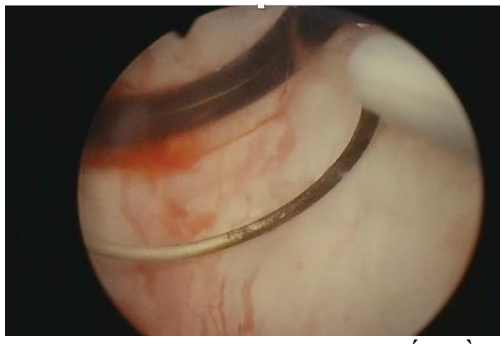
Hình 3: a: bắt đầu tiến hành bóc bướu cách ụ núi khoảng 1 cm, b: xác định vỏ phẫu thuật bằng lực cơ học với phần trên của dao bóc để đẩy bướu và phần dưới của dao này để cắt hoặc đốt cầm máu.

Bước 3: Bóc bướu xung quanh ụ núi. Sau khi xác định được vỏ phẫu thuật, tác giả theo lớp vỏ trên tiến hành bóc tách xung quanh ụ núi và từ ụ núi bóc tách rộng qua hai bên, hình 4.



Hình 4: Từ ụ núi tách rộng qua hai bên theo chiều mũi tên (Nguồn: T. Herrmann-Masterclass in BPH- India, 2020)

Bướu 4: Bóc tách thuỳ bên. Lấy phần lưng của vỏ tuyến tiền liệt làm móc, tác giả bóc tách sang thuỳ bên trái và thuỳ bên phải, trong qúa trình bóc tách nếu cảm thấy việc đẩy bướu tuyến tiền liệt khó khăn tác giả lui máy soi xác định lại ranh giới giữa cơ thắc niệu đạo ngoài và khới bướu tuyến tiền liệt và cắt chỗ nối giữa cơ thắc và bướu sao cho việc đẩy bướu được tiến hành dễ dàng hơn, hình 5.



Hình 5**:** Bóc tách thuỳ bên của tuyến tiền liệt

Bước 5: Bóc tách mặt bụng của tuyến tiền liệt. Từ hai thuỳ bên tác giả tiến đến mặt bụng của tuyến tiền liệt và bóc tách phần này. Từ đây, tác giả bóc tách tới cổ bàng quang và đi vào bàng quang ở vị trí 12 giờ để tránh tổn thương hai miệng niệu quản.

Bước 6: Bóc trọn khối tuyến tiền liệt đẩy vào vào bàng quang. Từ cổ bàng quang phần bụng tuyến tiên liệt lấy làm móc bóc xuống phần lưng tuyến tiền liệt và đẩy trọn khối bướu tuyến tiền liệt vào bàng quang. Kiểm tra cầm máu, đặc biệt là những mạch máu đi vào cổ bàng quang, hình 6.

Hình 6: *Bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt đẩy vào bàng quang*

Bướu 7**:** Xay mô bướu tuyến tiền liệt hoặc cắt bướu thành từng mảnh. Sau khi kiểm tra cầm máu hoàn toàn hốc tuyến tiền liệt. Xây mô được tiến hành. Trong quá trình này phải đảm bảo bàng quang luôn căng để hạn chế tối đa việc thủng bàng quang do dao xay mô chạm vào thành bàng quang.

Trong trường hợp không có máy xay mô, bướu tuyến tiền liệt được đẩy tới sát cổ bàng quang ở vị trí 6 giờ sau đó được cắt đốt thành từng mảnh nhỏ và bơm rửa ra ngoài.

2.8 Theo dõi hậu phẫu:

Ngay sau phẫu thuật, bệnh nhân đều được đặt thông tiểu 3 chĩa và bơm bóng khoảng 40mL. Nếu thông tiểu đỏ, bệnh nhân được

kéo nơ trong thời gian từ 5 đến 10 phút. Sau đó, nếu thông tiểu vẫn còn đỏ bệnh nhân được nội soi kiểm tra và đốt cầm máu ngay, còn nếu thông tiểu đã trong, bệnh nhân được chuyển vào phòng hồi tỉnh. Tại phòng hồi tỉnh, tất cả bệnh nhân được ròng liên tục nước muối sinh lý khoảng 3 lít.

Ngày đầu tiên hậu phẫu nếu thông tiểu không có hiện tượng chảy máu cấp hay nghẹt, bệnh nhân được rút thông tiểu. Sau đó, nếu bệnh nhân đi tiểu dễ, bệnh nhân sẽ được xuất viện ngay trong ngày.

Bệnh nhân được hẹn tái khám sau phẫu thuật khoảng một tháng, khi tái khám bệnh nhân được siêu âm bụng kiểm tra thể tích tuyến tiền liệt, đánh giá bảng IPSS và đo niệu dòng đồ sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân:

Từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 4 năm 2021, có 30 bệnh nhân thoả tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 66,3 ± 19,5 năm, số người có bệnh lý nội khoa kèm theo là 12 (40%) người. Trong những bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 10 (33,3%) trường hợp được đặt thông tiểu với thời gian trung bình là 2 ± 1,5 tuần. Tất cả bệnh nhân được đánh giá triệu chứng đường tiểu dưới theo bảng IPSS, với điểm trung bình là 23,7 điểm. Sau đó, bệnh nhân đều được đo niệu dòng đồ với tốc độ dòng tiểu tối đa, Qmax là 7,5 ml/s. Các đặc điểm của bệnh nhân được liệt kê ở bảng 1.

Bảng 1: *Những đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu:*

Đặc điểm của bệnh nhân	Chỉ số
Độ tuổi trung bình (năm)	66,3 ± 19,5
Số lượng bệnh nhân đặt thông tiểu (người)	10 (33,3%)
Thời gian trung b đặt thông tiểu lưu (tuần)	2 ± 1,5
Điểm trung bình IPSS (điểm)	23,7
Trung bình tốc độ dòng tiểu tối đa, Qmax (ml/s)	7,5
Số người có bệnh lý nội khoa kèm theo (người)	12 (40%)

3.2 Quá trình phẫu thuật:

Thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 45,9 ± 24,8 ml, với thể tích lớn nhất là 110 ml và nhỏ nhất là 41 ml. Khi phẫu thuật, thời gian bóc bướu trung bình là 55,6 ± 20,8 phút. Số trường hợp xây mô là 27 (90%) trường hợp với thời gian trung bình là 15,3 ± 8,7 phút, những trường hợp còn lại, khi không có máy xây mô được cắt đốt thành những mảnh nhỏ với thời gian trung bình là 30,4 ± 12,4 phút.

3.3 Quá trình hậu phẫu:

Tất cả bệnh nhân được ròng nước liên tục sau phẫu thuật đến khi thông tiểu trong với thời gian ròng nước từ 3 - 4 tiếng. Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu sau phẫu thuật được ghi nhận.

Bệnh nhân được rút thông tiểu ngày hậu phẫu đầu tiên, thành công trong 28 (93,3%) trường hợp và có 2 trường hợp phải đặt lại thông tiểu, các trường hợp này được mang thông tiểu về nhà và rút thông tiểu thành công sau một tuần.

3.4 Biến chứng:

Tất cả các biến chứng trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật được ghi nhận với tỉ lệ là 36,6%, số lượng từng biến chứng và phân loại Clavien – Dindo theo bảng 2.

Bảng 2: *Số lượng và phân loại biến chứng sau phẫu thuật theo Clavien - Dindo*

Tên biến chứng	Số lượng (%)	Phân độ theo Clavien – Dindo
Tiểu không kiểm soát khi gắng sức	5 (16,7%)	Ia
Tiểu không kiểm soát gấp	4 (13,3%)	Ia
Hẹp niệu đạo	1 (3,3%)	IIIb
Tiểu đau	1 (3,3%)	Ia

Trong các biến chứng, biến chứng sau phẫu thuật thường gặp nhất là tiểu không kiểm soát khi gắng sức chiếm 5 (16,7%) trường hợp và tiểu không kiểm soát cấp chiếm 4 (13,3%) trường hợp trên tổng số các biến chứng được ghi nhận. Sau một tháng tái khám, các bệnh nhân tiểu không kiểm soát khi gắng sức giảm còn 2 (6,6%) trường hợp và tiểu không kiểm soát cấp còn 3 (10%) trường hợp.

3.5 Theo dõi sau phẫu thuật:

Khoảng một tháng sau phẫu thuật, thể tích tuyến tiền liệt trung bình là 10,2 ± 8,5ml. Tất cả bệnh nhân khi tái khám được đánh giá bảng IPSS và đo niệu dòng đồ với số trung bình lần lượt là 7,5 điểm và 22,3 ml/s.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi được tiến hành trên những bệnh nhân lớn tuổi có triệu chứng đường tiểu dưới mức độ trung bình đến nặng do phì đại tuyến tiền liệt, nhóm bệnh nhân này thường lớn tuổi và có những bệnh lý nội khoa đi kèm. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật bóc bướu tuyến tiền liệt bằng dụng cụ điện lưỡng cực có thể tiến hành một cách an toàn trên nhóm bệnh nhân này.

Hiện nay, trên thế giới có nhiều kĩ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt [7] như là bóc tuyến tiền liệt chia ba thuỳ, hai thuỳ, một thuỳ hoặc bóc tuyến tiền liệt trọn một khối, các nghiên cứu so sánh trực tiếp giữa các kĩ thuật bóc bướu tuyến tiền liệt với nhau hiện nay chưa nhiều. So với kĩ thuật chia ba thuỳ, thì kĩ thuật chia hai thuỳ hoặc bóc trọn khối có hiệu quả phẫu thuật tương đương nhưng có thời gian phẫu thuật ngắn hơn đáng kể [4,10]. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn bóc trọn khối bướu tuyến tiền liệt vì kĩ thuật này giúp tiết kiệm được thời gian do không phải tiến hành chia thuỳ, chỉ một lần xác định lớp vỏ phẫu thuật của tuyến tiền liệt và đi theo móc này nên hạn chế việc bóc tách sai lớp, ngoài ra vì không chia thuỳ nên nước tưới rửa không đi vào bàng quang nên phẫu trường được tưới rửa rõ ràng hơn. So sánh với các nghiên cứu khác [11 - 14], nghiên cứu chúng tôi có thời gian bóc bướu tuyến tiền liệt là tương đương, tuy nhiên thời gian rút thông tiểu và thời gian xuất viện của nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn.

Về việc lựa chọn năng lượng để tiến hành bóc bướu tuyến tiền liệt, hiện nay có rất nhiều loại năng lượng được dùng để bóc bướu tuyến tiền liệt. Theo tác giả có thể phân làm hai nhóm chính đó là nhóm năng lượng laser (Holmium: Yag, Thulium: Yag, Thulium Fiber laser, Green light laser,…) và nhóm năng lượng điện trong phẫu thuật (dụng cụ đơn cực và dụng cụ lưỡng cực). Vào năm 2016, T. Herrmann cho rằng nếu bóc bướu tuyến tiền liệt theo lớp vỏ phẫu thuật thì năng lượng khác nhau cũng cho kết quả tương tự nhau [15]. Tuy nhiên, theo nghiên cứu so sánh tổng hợp giữa các loại năng lượng khác nhau trong phẫu thuật bóc

bướu thì việc dùng năng lượng điện lưỡng cực có hiệu quả phẫu thuật cao hơn còn năng lượng Holmium laser thì cho hiệu quả cầm máu tốt hơn [15]. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn dùng năng lượng điện lưỡng cực vì chúng tôi đã có kinh nghiệm sử dụng năng lượng điện lưỡng cực để cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt nên hiểu dạng năng lượng này hơn các dạng năng lượng khác về cách sử dụng và tính chất vật lý.

Về hiệu quả điều trị, thể tích tuyến tiền liệt trung bình sau phẫu thuật giảm 78% so với trước phẫu thuật và tốc độ dòng chảy tối đa được cải thiện tăng 14,8 ml/s so với trước phẫu thuật. So sánh với các nghiên cứu về bóc bướu tuyến tiền liệt [17 – 19], sự giảm về thể tích tuyến tiền liệt và cải thiện niệu dòng đồ trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương. So sánh bảng IPSS trước và sau phẫu thuật có sự cải thiện giảm 16,2 điểm, trong đó những triệu chứng về bế tắc đường tiểu dưới phần lớn không còn, chỉ còn những than phiền về những triệu chứng kích thích đường tiểu dưới sau phẫu thuật như tiểu nhiều lần, tiểu đau. Những bệnh nhân này được điều trị nội khoa và hết dần các triệu chứng kích thích đường tiểu dưới khoảng sau ba tháng.

Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu là 36,6%. Một trong những biến chứng thường gặp của bóc bướu tuyến tiền liệt là tình trạng tiểu không kiểm soát khi gắng sức sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu đa trung tâm [20], tỉ lệ tiểu không kiểm soát sau phẫu thuật là 14,5% sau 3 tháng và 4,2% sau 6 tháng. Nguyên nhân của tình trạng tiểu không kiểm soát ngoài yếu tố đến từ bệnh nhân như tuổi tác, bệnh lý mãn tính còn phụ thuộc vào kinh nghiệm bác sĩ và phương pháp phẫu thuật [20]. Theo nghiên cứu trên để hạn chế tình trạng tiểu không kiểm soát khi gắng sức, bác sĩ phẫu thuật cần có kinh nghiệm trên 40 trường hợp và phương pháp phẫu thuật phải tránh làm tổn thương cơ thắc niệu đạo ngoài. Hiện nay, có nhiều phương pháp bóc bướu tuyến tiền liệt để hạn chế tổn thương cơ thắc niệu đạo ngoài [7]. Trong nghiên cứu, nhóm tác giả lựa chọn phương pháp tách vùng đỉnh bướu tuyến tiền liệt ra khỏi cơ thắc niệu đạo ngoài sớm trước khi tiến hành bóc bướu, theo mô tả của Saitta [9], phương pháp này làm giảm thiểu tỉ lệ tiểu không kiểm soát khi gắng sức sau phẫu thuật là 5,8% ngay sau phẫu thuật, sau 3 tháng là 1,5% và sau 6 tháng là 0,7%. Tuy nhiên, so sánh kết quả trên với tỉ lệ tiểu không kiểm soát khi gắng sức sau phẫu thuật của chúng tôi thì tỉ lệ của chúng tôi cao hơn do đây là những trường hợp đầu tiên tiến hành bóc bướu tuyến tiền liệt, qua thời gian chúng tôi sẽ làm giảm tỉ lệ tiểu không kiểm soát sau phẫu thuật.

Những hạn chế của nghiên cứu, nghiên cứu có cỡ mẫu chưa lớn và được thực hiện bởi một bác sĩ phẫu thuật, cũng như chưa có sự so sánh kĩ thuật bóc bướu tuyến tiền liệt trọn khối với các kĩ thuật điều trị ngoại khoa phì đại tuyến tiền liệt khác, nên hiệu quả ban đầu của phương pháp cần được kiểm chứng bởi các nghiên cứu so sánh và đa trung tâm tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Bóc bướu tuyến tiền liệt trọn khối bằng dụng cụ điện lưỡng cực là phương pháp điều trị hiệu quả cho những bệnh nhân bị triệu chứng đường tiểu dưới do phì đại tuyến tiền liệt với tính an toàn cao và ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **EAU Guidelines on the Management of Non-neurogenic Male LUTS. 2021.** Available at: https://uroweb.org/

guideline/treatment-of-non-neurogenic-male-luts/#5.

2. **Green et al.** How complete is a transurethral resection of the prostate? BJU (1996), 77, 398-400
3. **Reich O. Morbidity**, Mortality and Early Outcome of Transurethral Resection of the Prostate: A Prospectibe Multicenter Evaluation of 10,654 Patients. J Urol (2008) Jul;180 (1): 246 – 9.
4. **Gilling PJ.** Holep is the complete technique for treating BPH. BJUI (2020) July;126(1): 3-3.
5. **Li M.** Endoscopic Enucleation versus Open Prostatectomy for Treating Large Benign Prostatic Hyperplasia: A Meta – Analysis of Randomized Controlled Trials. PloS One (2015); 10(3): e0121265.
6. **Lin Y**. Transurethral enucleation of the prostate versus tranvesical open prostatectomy for large benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta – analysis of randomized controlled trials. WJU (2016); 34: 1207 – 1219.
7. **Oh SJ.** Current surgical techniques of enucleation in holmium laser enucleation of the prostate. Investig Clin Urol (2019); 60: 333-342.
8. **Tuccio A.** En – bloc Holmium Laser Enucleation of the Prostate with Early Apical Release: Are We Ready for a New Paradigm? J Endourol (2021) Mar 17.
9. **Saitta G.** 'En Bloc' Holep with early apical release in men with benign prostatic hyperplasia. WJU (2018) Feb 19.
10. **Rucker F.** A call for Holep: en - bloc vs. two – lobe vs. three – lobe. World J Urol.2021 Jan 24.
11. **Geavlete B.** Bipolar plasma enucleation of the prostate vs open prostatectomy in large benign prostatic hyperplasia case – a medium term, prospective, randomized comparison. BJU Int 2013 May; 111(5): 793 – 803.
12. **Giulianelli R.** Bipolar button transurethral enucleation of prostate in benign prostate hypertrophy treatment: a new surgical technique Urol (2015) Aug;86(2): 407 – 13.
13. **Wei Y.** Bipolar transurethral enucleation and resection of the prostates larger than 60 gr: A retrospective study at a single academic tertiary care centre. Int Braz J Urol (2016) Jul – Aug; 42(4): 474- 56.
14. **Hirasawa Y.** Transurethral enucleation with bipolar for benign prostatic hyperplasia: 2 – year outcomes and the learning curve a single surgeon's experience of 603 consecutive patients. J Endourol (2017) Jul;31 (7): 679 – 85.
15. **Herrmann T**. Enucleation is enucleation is enucleation is enucleation. World J Urol (2016) Oct; 34(10):1353 – 5.
16. **Pallauf M.** Endoscopic enucleation of the prostate (EEP). The same but different – a systematic review. World J Urol (2021) May.
17. **Gilling PJ.** Holmium laser prostatectomy: a technique in evolution. Curr Opin Urol 8(1): 11 – 15.
18. **Minagawa S. En** – Bloc technique with anteroposterior dissection holmium laser enucletion of the prostate allows a short operative time and acceptable outcomes. Urology 86(3): 628 – 633.
19. **Fayad AS.** Holmium laser enucleation versus bipolar resection of the prostate: a prospective randomnized study. Which to choose? J Endourol (2011); 25(8): 1347 – 1352.
20. **Houssin V**. Predictive factors of urinary incontinence after holmium laser enucleation of the prostate: a multicentric evaluation. World J Urol (2021) Jan; 39(1): 143 – 148.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ U TUYẾN THƯỢNG THẬN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Trần Đức Dũng[1], Nguyễn Việt Hải[1], Trần Đức[1], Nghiêm Trung Hưng[1], Dương Hồng Quân[1], Nguyễn Thu Hà[1], Lê Văn Quyết[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh u tuyến thượng thận (UTTT) và đánh giá kết quả điều trị UTTT bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang trên 47 bệnh nhân (BN) UTTT được điều trị phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u tuyến thượng thận từ tháng 01/2019 đến 04/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình 50,7 ± 13,4 tuổi (22-71 tuổi). Tỉ lệ nam/nữ: 1,35/1. u bên phải 68,1%. u bên trái 31,9%, kích thước u trung bình: 38,02 ± 14,4 mm, u tăng tiết aldosterone 8,5%, catecholamin: 23,4%, cortisol: 4,3%. Thời gian phẫu thuật trung bình: 104,2 ± 32,6 phút (50-190 phút). 2/47 BN (4,3%) chuyển mổ mở, không có BN truyền máu. Ngày nằm hậu phẫu trung bình: 4,7 ± 1,4 ngày (từ 3 - 7 ngày), không biến chứng sau mổ. Giải phẫu bệnh: 28/47 BN (59,6%) là u vỏ tuyến thượng thận, u tủy thượng thận chiếm 23,4%.

Kết luận: UTTT thường được phát hiện tình cờ chiếm 63,8%, U vỏ tuyến thượng thận chiếm đa số 59,6%. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt UTTT là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, ít xâm lấn.

Từ khoá: U tuyến thượng thận, phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u tuyến thượng thận

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF ADRENAL GLAND TUMORS BY LAPAROSCOPIC ADRENALECTOMY AT 108 MILITARY CENTER HOSPITAL

Objective: To describe clinical and laboratory characteristics and treatment results of laparoscopic adrenalectomy of adrenal tumors at Military Center Hospital 108 from 01/2019 to 04/2021.

Patients and methods: 47 patients were diagnosis of adrenal tumors who underwent laparoscopic adrenalectomy, since 01/2019 to 04/2021. Results: all patients had successful surgery at 108 Military Center Hospital. Mean age: 50.7 ± 13.4 (22-71) year old, ratio of male to female: 1.35/1, right tumor: 68.1%, left tumor: 31.9%, mean tumor size: 38.02 ± 14.4 mm , hyper secrection of aldosteron: 8.5%, catecholamin: 23.4%, cortisol: 4.3%. Average surgery time was 104.2 ± 32.6 minutes(50 - 190 minutes). 2/47 patients transopen surgery, no patient required blood transfusion. The average postoperative hospital stay: 4.7 ± 1.4 days. No

[1]*Trung tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện TƯQĐ 108*
[2]*Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện TƯQĐ 108*
Liên hệ tác giả: Trần Đức Dũng.
Email: dung.tran2412@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/7/2021
Ngày phản biện: 23/8/2021
Ngày duyệt bài: 25/8/2021

postoperative complication. Pathology: adrenocortical adenoma 59.6%, pheochromocytoma 23.4%.

Conclusion: Adrenal gland tumors are often detected incidentally, accounting for 63.8%, adrenocortical tumors account for the majority of 59.6%. Laparoscopic surgery through abdominal surgery is a safe method, high efficiency and less invasive treatments.

Keywords: adrena tumor, laparoscopic adrenalectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến thượng thận là tuyến nội tiết có vai trò quan trọng đối với hoạt động sống của cơ thể, hormon của tuyến tham gia các quá trình chuyển hóa phức tạp. Sự tăng tiết các nội tiết tố do u tuyến thượng thận gây nên nhiều hội chứng bệnh lý khó có thể điều trị triệt để bằng nội khoa (1). Khi đó, hướng điều trị tốt nhất với UTTT là phẫu thuật cắt bỏ u. Năm 1992, Gagner là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật nội soi cắt UTTT, khắc phục được những khó khăn của mổ mở (2), từ đó đến nay đã có nhiều tác giả công bố những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt UTTT, qua đó đều nhận xét và thống nhất: PTNS có nhiều ưu điểm hơn phẫu thuật mổ mở kinh điển trong cắt bỏ UTTT, Smith còn coi PTNS là tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTTT (3). Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt UTTT qua nội soi ổ bụng được thực hiện bắt đầu từ năm 1998 bởi Trần Bình Giang (4). Năm 2004, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng thực hiện thành ca đầu tiên cắt UTTT qua nội soi sau phúc mạc (3).

Phẫu thuật nội soi qua ổ bụng với ưu điểm phẫu trường, thao tác dễ dàng hạn chế được thấp nhất các tai biến, biến chứng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu sau:

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u tuyến thượng thận tại Bệnh viện 108.

- Kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt UTTT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 47 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTTT, được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt UTTT tại Bệnh viện TƯQĐ 108, từ 01/2019 đến 04/2021.

- Chỉ định phẫu thuật: (5)

. U tuyến thượng thận > 3cm

. U tuyến thượng thận < 3cm nhưng chế tiết hormon, hoặc CT có biểu hiện xâm lấn xung quanh, hoặc BN không đồng ý lựa chọn phương pháp theo dõi tích cực.

- Chống chỉ định:

. Ung thư tuyến thượng thận xâm lấn.

. UTTT có triệu chứng trên phụ nữ có thai.

. Rối loạn đông máu, tiền sử mổ qua ổ bụng, chấn thương bụng có viêm dính.

- Lựa chọn bệnh nhân phẫu thuật nội soi ổ bụng: các trường hợp kích thước lớn nhất của u < 10cm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế: Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca lâm sàng.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu cơ bản: tuổi, giới, bên bị u, phân chia kích thước u theo tác giả Bùi Chín (2017). (6)

- Các chỉ tiêu đánh giá trong mổ:

. Thời gian mổ: tính từ lúc đặt trocar đến lúc đóng vết mổ.

. Lượng máu mất trong mổ: dựa theo lượng máu trong bình hút và gạc thấm máu.

. Rối loạn huyết động: khi có sự can thiệp dùng thuốc hạ áp của bác sĩ gây mê trong lúc phẫu thuật.

. Thống kê các tai biến trong mổ: tổn thương mạch máu, tổn thương tạng, tổn thương cơ hoành…

- Các chỉ tiêu đánh giá sau mổ: Ngày nằm điều trị; các biến chứng sau mổ
- **Xử lý số liệu** theo phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân UTTT trong nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới.

Độ tuổi	Giới tính		Tổng số	Tỷ lệ
	Nam	Nữ		
<30	2	2	4	8,5%
30-50	13	6	19	40,4%
>50	12	12	24	51,1%
Tổng số	**27**	**20**	**47**	**100,0%**

Tuổi trung bình 50,7 ±13,4 (22-71 tuổi). Nhóm tuổi mắc cao nhất là > 50 tuổi chiếm 51,1%. Tỉ lệ nam/nữ: 1,35/1.

Vị trí u tuyến thượng thận: UTTT gặp chủ yếu bên phải 32/47 BN chiếm 68,1%, bên trái 15/47 BN (31,9%)

Bảng 2: Chẩn đoán lâm sàng

Trước mổ	n = 47	Tỷ lệ %
Hội chứng conn	4	8,5%
Hội chứng Cushing	2	4,3%
U tuỷ thượng thận	11	23,4%
UTTT phát hiện tình cờ	30	63,8%
Tổng cộng	**47**	**100%**

U vỏ TTT trên lâm sàng là 12,8%, u tuỷ là 23,4%, UTTT không chế tiết là 63,8%.

Thay đổi nội tiết bệnh nhân trước mổ: Tăng Aldosteron gặp 4/47 BN chiếm: 8,5%, tăng Cortisol 2/47 BN (4,3%), tăng Catecholamin 11/47 BN (23,4%), U không chế tiết 30/47 BN (63,8%).

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo kích thước u theo tác giả Bùi Chín (2017).

Kích thước U (mm)	n = 47	Tỷ lệ %
<40	27	57,4%
40-60	15	31,9%
>60	5	10,6%
Tổng cộng	47	100,0%
Trung bình	38,02±14,4	

Kích thước UTTT trung bình: 38,02 ± 14,4 mm, trong đó UTTT có kích thước < 40 mm chiếm 57,4%.

3.2. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt UTTT.

Thời gian phẫu thuật trung bình: 104,2 ± 32,6 phút (50-190 phút)

Lượng máu mất trung bình là: 145,3 ± 115,2 ml

Tai biến trong và sau phẫu thuật: Có 5 trường hợp, trong đó 4/47 BN (8,5%) chảy máu trong mổ, 2 BN do rách TM thượng thận chính, khó kiểm soát, phải chuyển mổ mở. 2 BN phẫu tích rách 1 phần TMC bụng do UTTT lớn > 7cm, u bên phải, dính, khâu nội soi cầm máu TMC bụng không mổ mở. 1/47 BN (2,1%) có tràn khí dưới da bìu.

Bảng 4: Liên quan giữa diễn biến trong phẫu thuật với kích thước u.

Yếu tố liên quan	Kích thước u		P
	≤ 40mm (n=27)	> 40mm (n=20)	
Thời gian mổ	103,5±30,3	102,1±36,1	0,887
Rối loạn huyết động trong mổ	4	4	
Tai biến	1	4	
Lượng máu mất trong mổ	126,7±104,5	176,5±121,7	

Thời gian mổ trung bình:140,2 ± 32,6 phút (50- 190 phút)

Có 8/47 BN (17,0%) rối loạn huyết động trong mổ.

Lượng máu mất trung bình:145,3 ± 11,2 ml

Thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,6± 0,68 ngày (từ 1 - 4 ngày).

Thời gian nằm điều trị sau phẫu thuật trung bình là 4,7 ± 1,4 ngày (từ 3 - 7 ngày).

Bảng 5: Kết quả giải phẫu bệnh lý u tuyến thượng thận.

Giải phẫu bệnh	n= 47	Tỷ lệ%
U vỏ thượng thận	28	59,6%
U tủy thượng thận	11	23,4%
U tủy mỡ	2	2,6%
U tế bào thần kinh	2	2,6%
U không rõ bản chất	1	1,3%
Di căn biểu mô tuyến nghĩ từ đại tràng	1	1,3%

Kết quả thu được 28/47 BN (59,6%) là u vỏ tuyến thượng thận, trong đó có 1 BN carcinoma vỏ thượng thận và 1 BN u vỏ nguy cơ ác tính cao. U tủy thượng thận chiếm 23,4%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu: Tuổi trung bình 50,7 ±13,4 tuổi (22-71 tuổi). Nhóm tuổi mắc cao nhất là > 50 tuổi chiếm 51,1%. Tỉ lệ nam/nữ: 1,35/1. So với tác giả Bùi Chín (2017) tuổi trung bình là 41,2 ± 12,8 tuổi (20-67 tuổi), nhóm mắc cao nhất là 50-60 tuổi, tỉ lệ nam /nữ: 1/ 2,1.(6), so với Vũ Văn Hà (2015) tuổi trung bình: 46,9 ± 12,9 tuổi (19-77). Tỉ lệ nữ/nam là 3,2/1.(7), nhóm tuổi cao nhất 30- 50 chiếm 50%. Theo Gockel và cộng sự tiến hành trên 245 BN

được cắt UTTT nội soi, tỉ lệ nữ/nam là 1,94/1 và hay gặp nhất ở độ tuổi 30-40 (8).

Nghiên cứu chúng tôi UTTT gặp chủ yếu bên phải chiếm 68,1%. so với tác giả Bùi Chín (2017): UTTT bên phải chiếm 69,8% (6), với Bùi Văn Hà (2015): UTTT bên phải chiếm 38,1% (7). Theo Trần Quang Nam (2011) vị trí thường gặp UTTT phải chiếm 61,8%. (9)

Chẩn đoán lâm sàng chúng tôi thấy: hội chứng conn (4/47 BN) được chẩn đoán khá chính xác trước mổ với biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng rõ rệt: tăng huyết áp, yếu cơ, hạ Kali máu, tăng Aldosteron. Hội chứng Cushing (2/47BN) có biểu hiện lâm sàng rõ và tăng tiết Cortisol. 11/47 BN được chẩn đoán là u tủy thượng thận với biểu hiện tăng huyết áp và tăng Catecholamin máu. Còn lại 30/47 BN được phát hiện tình cờ khi kiểm tra sức khỏe, không có biểu hiện lâm sàng rõ rệt.

Xét nghiệm về nội tiết tố: Tăng Aldosteron chiếm: 8,5%, tăng Cortisol chiếm 4,3%, tăng Catecholamin chiếm: 23,4%. So với tác giả Bùi Chín (2017) n=43, tỷ lệ tăng Catecholamin cao nhất chiếm 39,5%, tăng cortisol 32,6%, tăng aldosterone 16,3% (6), còn so với Thái Kinh Luân (2014), tăng catecholamine 40,8%, tăng cortisol 19,1%, tăng aldosterone 22,8% (10), trong bệnh lý về UTTT thay đổi nội tiết rất đa dạng, việc khảo sát trước phẫu thuật có tính chất tham khảo.

Kích thước UTTT trung bình là Kích thước UTTT trung bình: 38,02±14,4 mm, trong đó UTTT có kích thước < 40 mm chiếm 57.4%. Có kết quả gần tương đương so với tác giả Bùi Chín (2017) UTTT có kích thước trung bình là 45 ± 23 mm (20-80 mm) (6), so với Vũ Văn Hà (2015) UTTT có kích thước trung bình 28,0 ± 11,4mm (15 - 60mm) (7).

Chỉ định phẫu thuật: phần lớn các tác giả đều chấp nhận vai trò của phẫu thuật nội soi trong cắt bỏ u tuyến thượng thận. Tuy nhiên việc lựa chọn chỉ định là vấn đề quan trọng. Winfield HN. Cho rằng chỉ nên thực hiện phẫu thuật nội soi cắt bỏ u tuyến thượng thận ≤ 6 cm. Godellas CV. Lại cho rằng giới hạn này là ≤ 8 cm (11).

Để nhìn nhận vấn đề này một cách khách quan Smith CD. (1999) đã đưa ra một số căn cứ chống chỉ đinh tuyệt đối với phẫu thuật nội soi cắt u tuyến thượng thận là: kích thước khối u > 10 cm, sự ác tính của khối u, di căn hạch, di căn xa, tình trạng toàn thân và tiền sử ngoại khoa không cho phép tiến hành phẫu thuật (5).

Chúng tôi lựa chọn chỉ định được căn cứ theo quan điểm của Smith CD (1999) ngay từ đầu. Chúng tôi chỉ định phẫu thuật với UTTT có kích thước < 10 cm và không có dấu hiệu xâm lấn tạng xung quanh trên CT Scan. Đối với UTTT phát hiện tình cờ không chức năng bài tiết , một số tác giả đề nghị cắt UTTT khi kích thước > 50 mm, một số tác giả khác lại chọn phẫu thuật khi UTTT > 30 mm. Tỷ lệ Carcinoma vỏ thượng thận tăng theo kích thước u, u càng lớn tỷ lệ carcinoma vỏ TTT càng cao (10). Trong nghiên cứu này, UTTT không bài tiết 30/47 BN (63,8%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình: 104,2 ± 32,6 phút (50-190 phút), dài hơn so với tác giả Bùi Chín (2017) thời gian phẫu thuật trung bình: 81.9 ± 26,8 phút (50-130 phút) (6), so với Vũ Văn Hà (2015) thời gian mổ trung bình là 95,4 ± 24,1 phút (60 - 150 phút) (7). Trần Bình Giang (n=100) là 80 phút.(12) tương đương so với kết quả nội soi trong và sau phúc mạc của một số tác giả khác như Gagner là 123 phút (n =118) (2), Dudley là 120 phút

(13). Thời gian mổ phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, vị trí, kích thước và bản chất UTTT. Những trường hợp đầu tiên do bước đầu triển khai kỹ thuật nội soi ổ bụng nên thời gian mổ lâu hơn các trường hợp về sau. Kích thước u lớn > 40 mm chiếm 42,5%. U bên phải chiếm 68,1%, UTTT bên phải thường mổ lâu hơn so với u bên trái vì có gan che lấp và do sự có mặt của tĩnh mạch chủ dưới. Bản chất u: thời gian mổ kéo dài gặp nhiều ở u chế tiết, do khó khăn trong mổ và hồi sức bệnh nhân, u dễ nhạy cảm khi phẫu thuật, dễ giải phóng hormon, làm rối loạn huyết động trong mổ. Nghiên cứu của chúng tôi thời gian mổ trung bình của u ≤ 40 mm: 103,5±30,3 phút so với u > 40 mm: 102,1±36,1 phút, kết quả tương đương nhau với p = 0,887.

So với Vũ Văn Hà (2015): u > 40mm thời gian mổ là 134 phút, u ≤ 40mm thời gian mổ là 87,6 phút với p < 0,001 (7). Những khối u có kích thước > 40mm thời gian mổ lâu hơn do tăng sinh mạch máu, xâm lấn, chèn ép xung quanh, làm hẹp trường mổ gây khó khăn khi di động, phẫu tích giải phóng u, đặc biệt khi kiểm soát TM thượng thận chính bên phải. Nghiên cứu của Gockel cho thấy thời gian mổ nhóm có u ≤ 50mm là 90 phút, của nhóm u > 50mm là 125 phút với p = 0,004[13]. Theo Nguyễn Đức Tiến, thời gian mổ nhóm u ≤ 50 mm là 75 phút, của nhóm u > 50 mm là 96 phút với p = 0,03 (11).

Trong nghiên cứu này, lượng máu mất trung bình là: 145,3 ± 115,2 ml (50-500 ml), so với Vũ Văn Hà (2015) lượng máu mất trung bình: 90,7 ± 14,5ml (50-500ml) (7). So với Vũ Phước Khương lượng máu mất trung bình là: 53,1 ± 28 ml, nhưng không có trường hợp nào phải truyền máu trong và sau mổ. (14).

Về tai biến: Có 4/47 BN (8,5%) chảy máu trong mổ. 2 BN do rách TM thượng thận chính, khó kiểm soát, phải chuyển mổ mở. 2 BN phẫu tích rách 1 phần TMC bụng do UTTT lớn > 7cm, u bên phải, dính, khâu nội soi cầm máu TMC bụng, không mổ mở. 1/47 BN (2,1%) có tràn khí dưới da bìu sau 3 ngày tràn khí dưới da hết. so với Bùi Chín (2017) có 1 BN chảy máu trong mổ (2,3%) và phải truyền máu nhưng không phải chuyển mổ mở, 1 BN bị thủng cơ hoành do u có kích thước lớn nằm bên phải. (6)

Rối loạn huyết động trong phẫu thuật: hầu hết các trường hợp có u chế tiết đều tăng huyết áp trong khi phẫu tích, trong nghiên cứu này có 17/47 trường hợp u chế tiết trên lâm sàng, sau mổ chỉ có 3/17 trường hợp dùng thuốc hạ áp. Tăng huyết áp khi phẫu tích và tụt huyết áp khi kẹp tĩnh mạch trung tâm chính tuyến thượng thận. Tác động của bơm hơi trong phúc mạc có ảnh hưởng đến phóng thích catecholamine do UTTT tiết ra, làm ảnh hưởng huyết động trong mổ vì khi bơm hơi áp lực sẽ tăng lên làm cản trở tuần hoàn tĩnh mạch, thậm chí có thể ảnh hưởng tới hệ giao cảm, làm tăng co thắt mạch ngoại vi. Kết quả nghiên cứu cho thấy để giảm tối đa rối loạn huyết động trong mổ, cần chuẩn bị BN trước mổ, hạn chế phẫu tích vào u, cần khống chế sớm tĩnh mạch trung tâm tuyến thượng thận. Chúng tôi gặp 8/47 BN có rối loạn huyết động trong mổ, phải dùng Nicardipni hạ áp, trong đó 5/47 BN là u tủy thượng thận, 3/47 BN là u vỏ thượng thận. So với tác giả Bùi Chín (2017), rối loạn huyết động gặp 21/43 BN và 5/43 BN tụt huyết áp trong mổ (6). Vũ Văn Hà (2015) tỉ lệ tai biến chung là 9,6% bao gồm chảy máu trong mổ từ diện bóc tách (4,8%), đây là 2 trường hợp có u > 40mm và tràn khí dưới da (4,8%).(7)

Nghiên cứu này, thời gian rút dẫn lưu trung bình là 2,6± 0,68 ngày (từ 1 - 4 ngày). Có kết quả tương đương với Bùi Chín (2017) thời gian rút dẫn lưu ổ mổ trung bình: 2,1 ± 0,7 ngày (2-3 ngày). (6)

Thời gian sau mổ ngắn do diễn biến trong và sau mổ nhẹ, đây là ưu điểm của nội soi ổ bụng và giảm chi phí điều trị. Ngày nằm viện trung bình là 4,7 ± 1,4 ngày (từ 3 - 7 ngày). Tương đương với nghiên cứu Bùi Chín có thời gian hậu phẫu là 5,2 ± 1,1 ngày (4-8 ngày) (6), so với Vũ Văn Hà (2015) là 3,5 ngày (7), Trần Bình Giang là 4,4 ngày (12).

Trong nghiên cứu này, kết quả giải phẫu bệnh: 28/47 BN (59,6%) là u vỏ tuyến thượng thận, trong đó có 1 BN carcinoma vỏ thượng thận và 1 BN u vỏ nguy cơ ác tính cao. U tủy thượng thận chiếm 23,4%.

V. KẾT LUẬN

U tuyến thượng thận được phát hiện tình cờ chiếm tỷ lệ 63,8%, tỷ lệ u vỏ tuyến thượng thận chiếm đa số với 59,6%. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt UTTT là phương pháp ít xâm lấn có hiệu quả cao, tỷ lệ tai biến-biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long.** Các u tuyến thượng thận. Bệnh học Tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, 2007; trang 614-644.
2. **Gagner M, Lacroix A, Bolte E**. Laparoscopic adrenalectomy in Cushing's syndrome and pheochromocytoma. N Engl J Med. 1992; 327(14):1033.
3. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Thanh Phong.** Nhân một trường hợp cắt bướu tuyến thượng thận qua nội soi sau phúc mạc vùng hông lưng. Y học Việt Nam. 2005; 313:198 - 204.
4. **Trần Bình Giang, Lê Ngọc Từ.** Cắt u tuyến thượng thận qua nội soi nhân 2 trường hợp. Ngoại khoa số đặc biệt - chuyên đề nội soi. 2000:16 - 8.
5. **Smith CD, Weber CJ, Amerson JR.** Laparoscopic adrenalectomy: new gold standard. World J Surg. 1999;23(4):389-96.
6. **Bùi Chín, Cao Văn Trí và CS.** Đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt u tuyến thượng thận. Tạp chí y dược học - Trường ĐH Y Dược Huế. 2017;số đặc biệt, 8/2017:248-53.
7. **Vũ Văn Hà, Nguyễn Ngọc Sơn, Hoàng Long.** Kết quả phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận lành tính qua nội soi sau phúc mạc. Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2015;tập 19, số 4:47- 51.
8. **Gockel I, Kneist W, Heintz A, Beyer J, Junginger T.** Endoscopic adrenalectomy: an analysis of the transperitoneal and retroperitoneal approaches and results of a prospective follow-up study. Surg Endosc. 2005; 19(4):569-73.
9. **Trần Quang Nam**. Nhận xét các rối loạn nội tiết của bệnh nhân có u tuyến thượng thận trước phẫu thuật. Y học TP Hồ Chí Minh. 2011;tập 15, phụ bản của số 1:240-5.
10. **Thái Kinh Luân.** Đánh giá tình hình chẩn đoán và điều trị bướu tuyến thượng thận (TTT) tại Bệnh viện Chợ Rẫy trong năm 2012. Y học TP Hồ Chí Minh. 2014;Tập 18, Số 1.
11. **Nguyễn Đức Tiến.** Phẫu thuật nội soi u tuyến thượng thận. Y học Việt Nam. 2006; Số đặc biệt chuyên đề phẫu thuật nội soi và nội soi can thiệp: 326 - 31.
12. **Trần Bình Giang.** 100 trường hợp cắt tuyến thượng thận qua nội soi ổ bụng tại bệnh viện Việt Đức. Y học thực hành. 2004;491:246 - 9.
13. **Dudley NE, Harrison BJ.** Comparison of open posterior versus transperitoneal laparoscopic adrenalectomy. Br J Surg. 1999; 86(5):656-60.
14. **Võ Phước Khương.** Đánh giá kết quả nội soi sau phúc mạc cắt bướu thượng thận tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Tạp Chí Y Dược Học. 2021; số đặc biệt, 01/2021:266-9.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH ĐIỀU TRỊ TẠI MỘT SỐ KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN SAU KHI TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ KHÁNG SINH

Huỳnh Lê Hạ[1], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng[2], Trần Gia Ân[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chương trình Quản lý kháng sinh (QLKS) giúp giảm tỷ lệ đề kháng, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và chi phí điều trị kháng sinh. Tại bệnh viện Bình Dân, chương trình QLKS với sự kiểm tra, giám sát chính thức thực hiện từ tháng 06/2016. Tình hình sử dụng kháng sinh điều trị (KSĐT) tại một số khoa ngoại sau triển khai chương trình cần được đánh giá. Mục tiêu: Đánh giá tình hình sử dụng KSĐT sau khi triển khai chương trình QLKS.

Đối tượng & Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có so sánh trước sau trên các hồ sơ bệnh án (HS) tại 04 khoa Ngoại niệu và Ngoại tổng quát trong 2 khoảng thời gian: trước can thiệp (01-06/2016) và sau can thiệp (01-06/2017). Tiêu chuẩn chọn hồ sơ là các hồ sơ có chẩn đoán nhiễm khuẩn có can thiệp phẫu thuật: thận ứ nước do sỏi thận và niệu quản, viêm phúc mạc do viêm ruột thừa và viêm túi mật cấp do sỏi. Kết quả chính bao gồm tỷ lệ tuân thủ gửi mẫu cấy, tỷ lệ phân nhóm nguy cơ bệnh nhân (PNNC) và đặc điểm vi khuẩn theo phân nhóm, tỷ lệ tuân thủ KSĐT theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện (HDSDKS), tỷ lệ thay đổi kháng sinh, các chỉ số liều xác định hằng ngày (DDD/1000 bệnh nhân), ngày điều trị kháng sinh trung bình (DOT), thời gian sử dụng kháng sinh trung bình (LOT), thời gian nằm viện trung bình (LOS).

Kết quả: 227 HS được đưa vào nghiên cứu (118 HS trước can thiệp và 159 HS sau can thiệp). Tỷ lệ % tuân thủ cấy mẫu ở nhóm sau can thiệp tăng lên có ý nghĩa thống kê ở mẫu chung (83,1% và 92,5%; p = 0,015) và ở khối tổng quát (80,3% và 91,5%; p<,05). Kết quả vi sinh ghi nhận vi khuẩn gram âm là tác nhân chính trong nhiễm khuẩn với Escherichia coli chiếm tỷ lệ cao nhất 67,6%; trong đó E. coli sinh ESBL là 33,3% và chiếm tỷ lệ gần gấp đôi ở PNNC 2 so với PNNC 1. Tỷ lệ % chỉ định KSĐT theo HDSDKS sau can thiệp là 83,6%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ phải lên thang kháng sinh theo kháng sinh đồ ở nhóm sau can thiệp giảm khoảng 4 lần. Chỉ số DDD/1000 bệnh nhân giảm có ý nghĩa thông kê ở nhóm sau can thiệp (7.619 DDD và 6.384 DDD; p<,05). Các chỉ số khác mặc dù có giảm ở nhóm sau thiệp nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Công tác giám sát sử dụng KSĐT tại các khoa phòng đã làm tăng tỷ lệ tuân thủ cấy mẫu và làm giảm chỉ số DDD/1000 bệnh nhân. Tỷ lệ tuân thủ KSĐT vẫn duy trì > 80%. Tỷ lệ phân tầng nguy cơ bệnh nhân và đặc điểm vi khuẩn theo phân tầng phù hợp. Cần tăng cường tập huấn và đẩy mạnh công tác xuống thang kháng sinh và chuyển kháng sinh đường tiêm sang đường uống. Việc cập nhật dữ liệu vi sinh

[1]Khoa Dược, Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh

[2]Khoa - Bộ môn Thận niệu-Nam khoa, Bệnh viện Bình Dân, Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM

Tác giả liên lạc : DS Huỳnh Lê Hạ

E-mail: huynh.leha@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 11/6/2021

Ngày phản biện: 10/7/2021

Ngày duyệt bài: 19/7/2021

và danh sách KSĐT phù hợp dựa trên phân tầng nguy cơ kết hợp đánh giá lâm sàng cũng cần được sớm thực hiện. Các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên ở phạm vi rộng hơn cần được tiến hành để chứng minh được lợi ích của chương trình QLKS trong giảm tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn và giảm chi phí điều trị.

Từ khóa: Kháng sinh, Chương trình Quản lý kháng sinh, Nhiễm khuẩn

SUMMARY

EVALUATION OF ANTIBIOTIC USE IN SOME SURGICAL WARDS AT BINH DAN HOSPITAL AFTER IMPLEMENTATION OF ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM

Introduction: Antimicrobial stewardship program (ASP) has been proved to decrease antimicrobial resistance, reduce hospital-acquired infections and decrease overall antimicrobial expenditures. Binh Dan hospital complemented the ASP in term of supervising antibiotic use in some surgical wards in June, 2016. The impact of this intervention has not been studied. Objectives: To evaluate the antibiotic use after implementing ASP at Binh Dan hospital.

Materials and Methods: A before and after cross-sectional study of patients was carried out in urological and general surgery wards in two periods of time: before the intervention (from 01/2016 to 06/2016) and after the intervention (from 01/2017 to 06/2017). Inclusion criteria consisted of diagnosis of an infection requiring surgical intervention: hydronephrosis caused by kidney or ureteral stones, peritonitis due to appendicitis and acute cholecystitis. Main results are compared between two periods, including compliance rate of collecting cultures prior to antibiotic treatment, percentage of patient risk stratification and microbiological results, compliance rate of indicating appropriate antibiotics according to hospital guideline, assessment of antibiotic use and comparing metrics used in ASP (DDD per 1000 patients, DOT, LOT and LOS).

Results: 227 patients were selected in the study, including 118 patients before the intervention compared with 159 patients after the intervention. Compliance rate in collecting cultures before antibiotic administration increased significantly after the intervention in general sample from 83.1% to 92.5% ($p<0.05$) and in general surgery ward from 80.3% to 91.5% ($p<0.05$). According to microbiological results, gram-negative bacteria are the main agent with the highest prevalence of Escherichia coli of 67.6%. The rate of ESBL-producing E. coli was 33.3% and nearly doubled in patient-risk class 2 compared to class 1. Rate of indicating appropriate antibiotics after intervention was 83.6% without statistically significant difference. The percentage of antimicrobial therapy escalation following antibiogram report decreased about 4 times after intervention. DDD/1000 patients decreased significantly from 7.619 DDD to 6.384 DDD after intervention ($p<0.05$). Other metrics were also lower in the intervention group but not significantly different.

Conclusion: The antibiotic utilization supervision program in some surgery wards at Binh Dan hospital achieved improvements in total compliance rate of obtaining cultures prior antibiotic treatment and in DDD/1000 patients parameter. Rate of indicating appropriate antibiotics maintained over 80%. Ratio of patient risk stratification and microbiological results were suitable in accordance with hospital guideline. The use of appropriate antibiotics by way of de-escalation and parenteral to oral

switch strategies should be promoted. Updating guidelines based on microbiological data is indispensable. More cross-sectional studies are to be carried out with large sample size in order to demonstrate benefit of ASP in decreasing antimicrobial resistance and expenditures.

Keywords: Antibiotic, Antimicrobial Stewardship Program, Infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề kháng kháng sinh là vấn đề quan trọng hiện nay trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Việc xuất hiện các chủng vi khuẩn đề kháng, đặc biệt các chủng vi khuẩn Gram âm đa kháng hoặc các chủng siêu kháng gây rất nhiều khó khăn trong điều trị. Việc sử dụng kháng sinh không phù hợp là một trong các nguyên nhân chính làm tăng đề kháng kháng sinh. Thống kê cho thấy trên 50% trường hợp không cần thiết chỉ định kháng sinh hoặc sử dụng kháng sinh điều trị không đầy đủ hiệu quả [4].

Từ năm 2007, Hiệp hội Bệnh nhiễm khuẩn Hoa Kỳ đã đưa hướng dẫn thực hành Chương trình Quản lý kháng sinh (QLKS), giúp cải thiện điều trị lâm sàng cũng như giảm thiểu được những hậu quả không mong muốn do sử dụng kháng sinh [5, 6]. Ở Việt Nam, theo hướng dẫn của Bộ Y tế về thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, chương trình QLKS cũng đã được triển khai và đánh giá tại một số bệnh viện trọng điểm [3]. Tại bệnh viện Bình Dân, chương trình QLKS, bao gồm cả kháng sinh dự phòng và kháng sinh điều trị bắt đầu được triển khai từ cuối năm 2013, nhưng đến tháng 06/2016, chương trình mới chính thức đánh giá, kiểm tra việc sử dụng kháng sinh thực tế. Năm 2017, chúng tôi đã tiến hành đánh giá lợi ích của chương trình QLKS trên đối tượng kháng sinh dự phòng và đã thu được một số kết quả khả quan. Tuy nhiên, việc đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị (KSĐT) sau khi triển khai chương trình vẫn chưa được thực hiện. Bài viết này nhằm đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị tại một số khoa Ngoại sau khi triển khai chương trình quản lý kháng sinh và so sánh các chỉ số liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án ngoại khoa có sử dụng kháng sinh điều trị được thu thập tại 04 khoa lâm sàng: 02 khoa Ngoại niệu (Niệu A và Niệu B) và 02 khoa ngoại tổng quát (Tổng quát 1 và Tổng quát 2) tại Bệnh viện Bình Dân. Thời gian nghiên cứu thực hiện ở hai thời điểm trước và sau triển khai chương trình kiểm tra, giám sát sử dụng kháng sinh: giai đoạn 1 từ 01/01/2016 đến 30/06/2016 và giai đoạn 2 từ 01/01/2017 đến 30/06/2017. Tiêu chuẩn chọn hồ sơ là các hồ sơ thuộc khối ngoại niệu có chẩn đoán thận ứ nước với tắc do sỏi thận và niệu quản có can thiệp đặt stent JJ niệu quản; các hồ sơ ngoại tổng quát với chẩn đoán viêm phúc mạc do viêm ruột thừa có can thiệp phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa hoặc viêm túi mật cấp do sỏi có can thiệp phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện theo phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

- Việc thu thập các thông tin dựa trên y lệnh của bác sĩ và phiếu thông tin sử dụng kháng sinh trong hồ sơ bệnh án bằng cách lấy mẫu thuận tiện các HSBA thỏa mãn tiêu chí đặt ra, có thời điểm nhập viện trong khoảng thời gian từ 01/01/2016 đến 30/06/2016 và từ 01/01/2017 đến 30/06/2017 với số lượng phân bố tương đối đồng đều

giữa các tháng ở mỗi giai đoạn cho đến khi đủ mẫu.

- Nội dung thu thập thông tin từ HSBA gồm thông tin hành chính, chẩn đoán, loại phẫu thuật, thông tin phân tầng nguy cơ, thông tin lấy mẫu gửi vi sinh (nếu có), đặc điểm sử dụng KSĐT, kết quả vi sinh (nếu có). Việc đánh giá các tiêu chí KSĐT dựa trên "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện Bình Dân năm 2014" (HDSDKS của BVBD). Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và Excel 2013.

- Các tiêu chuẩn liên quan việc sử dụng kháng sinh được so sánh giữa 2 giai đoạn trước và sau can thiệp bao gồm:

. Tỷ lệ tuân thủ nguyên tắc gửi mẫu cấy trước khi sử dụng kháng sinh

. Tỷ lệ phân tầng nguy cơ bệnh nhân và đặc điểm vi khuẩn theo phân tầng.

. Tỷ lệ tuân thủ theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện

. Tỷ lệ thay đổi kháng sinh: lên thang, xuống thang kháng sinh và chuyển kháng sinh uống

. Liều xác định hằng ngày (DDD/1000 bệnh nhân), ngày điều trị kháng sinh trung bình (DOT), thời gian sử dụng kháng sinh trung bình (LOT), thời gian nằm viện trung bình (LOS).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tổng số hồ sơ được đưa vào mẫu nghiên cứu là 277 hồ sơ với đặc điểm tuổi, giới tính, bệnh kèm theo, sự phân bố theo khoa và chẩn đoán đi kèm phương pháp phẫu thuật được trình bày trong bảng 1. Tuy nhiên, trong 6 tháng đầu năm 2016, số lượng HS với chẩn đoán thận ứ nước nhiễm khuẩn của khoa Niệu A chỉ thu được 7 HS; tương tự đối với số lượng HS có chẩn đoán viêm đường mật của khoa Tổng quát 2 chỉ có 08 HS. Do đó, số lượng HS đi kèm với chẩn đoán thu thập sau can thiệp có khác biệt so với trước can thiệp. Các đặc điểm về tuổi, giới tính, bệnh lý đi kèm và phân tầng nguy cơ không khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trước và sau can thiệp. Trong phân tầng nguy cơ, nhóm 1 chiếm đa số với tỷ lệ trung bình 78,9%.

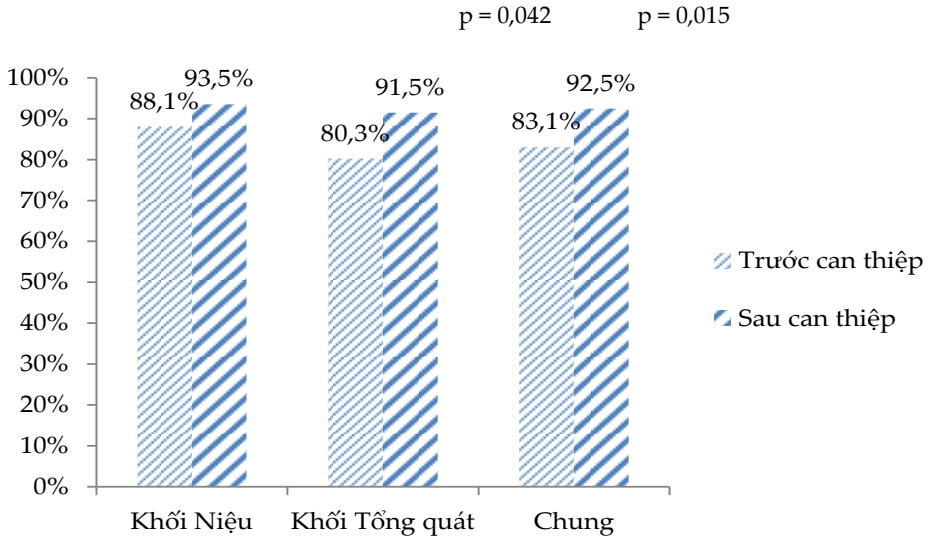
Bảng 1. Đặc điểm dân số trước và sau can thiệp

Đặc điểm		Trước can thiệp (N=118)	Sau can thiệp (N=159)	Chung (N=277)	Giá trị P
Tuổi	TB (± SD)	45,8 ± 16,9	48,4 ± 16,8	47,3 ± 16,9	0,212
Giới tính (%)	Nam	40,7%	35,8%	37,9%	0,413
	Nữ	59,3%	64,2%	62,1%	
Bệnh kèm (%)	Tăng huyết áp	22,9%	23,3%	23,1%	0,939
	Đái tháo đường	8,5%	8,2%	8,3%	0,929
	Viêm dạ dày	11,0%	8,8%	9,7%	0,539
	Bệnh hô hấp	5,1%	5,0%	5,1%	0,984
	Bệnh tiết niệu	21,2%	18,2%	19,5%	0,54

	Bệnh khác	28,0%	25,8%	26,7%	0,685
	Không có	39,0%	38,4%	38,6%	0,917
Khoa điều trị (%)	Niệu A	5,9%	27,7%	18,4%	0,0001
	Niệu B	29,7%	20,8%	24,5%	
	Tổng quát 1	22,9%	17,6%	19,9%	
	Tổng quát 2	41,5%	34,0%	37,2%	
Chẩn đoán & phương pháp phẫu thuật (%)	Thận ứ nước nhiễm khuẩn có đặt thông JJ niệu quản	35,6%	48,4%	43,0%	0,0001
	Viêm phúc mạc có PTNS cắt ruột thừa	57,6%	34,6%	44,4%	
	Viêm túi mật có PTNS cắt túi mật	6,8%	17,0%	12,6%	
Phân nhóm nguy cơ (%)	Phân nhóm 1	83,9%	74,8%	78,7%	0,101
	Phân nhóm 2	16,1%	23,3%	20,2%	
	Phân nhóm 3	0%	1,9%	1,1%	

Tỷ lệ tuân thủ cấy mẫu

Tỷ lệ % tuân thủ gửi mẫu cấy trước khi sử dụng kháng sinh đều có cải thiện ở nhóm sau can thiệp so với nhóm trước can thiệp. Ở khối niệu, sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê (88,1% và 93,5%; p = 0,321). Ở khối Tổng quát, tỷ lệ % tuân thủ cấy mẫu tăng lên có ý nghĩa thống kê ở nhóm sau can thiệp (80,3% và 91,5%; p = 0,042). Tính chung, nhóm sau can thiệp đạt được tỷ lệ % tuân thủ cấy mẫu tăng lên có ý nghĩa thống kê (83,1% và 92,5%; p = 0,015).



Hình 1. Tỷ lệ % tuân thủ cấy mẫu trước và sau can thiệp

Đặc điểm vi khuẩn theo phân nhóm nguy cơ và bệnh phẩm

Trong 211 mẫu bệnh phẩm được chỉ định cấy trước khi dùng kháng sinh, có 52,6% mẫu cấy dương tính và định danh vi khuẩn gây nhiễm khuẩn. Tỷ lệ % cấy ra vi khuẩn gram âm chiếm tỷ lệ cao ở các phân nhóm nguy cơ (PN) trước và sau can thiệp trên cả ba loại bệnh phẩm nước tiểu, dịch ổ bụng và dịch mật. Trong đó, vi khuẩn Escherichia coli (E. coli) chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ % khi gộp các phân nhóm là 70,83% ở mẫu nước tiểu và 68,33% ở mẫu dịch ổ bụng. Tỷ lệ % E. coli sinh men beta-lactamse phổ rộng ESBL (extended spectrum beta-lactamase) tương ứng lần lượt ở hai mẫu bệnh phẩm là 44,1% và 24,4%. Tỷ lệ này ở phân nhóm 2 luôn cao hơn so với phân nhóm 1. Ngoài ra, ở phân nhóm 2, vi khuẩn gram âm cấy ra từ các bệnh phẩm chủ yếu là E. coli và Klebsiella pneumoniae. (xem bảng 2).

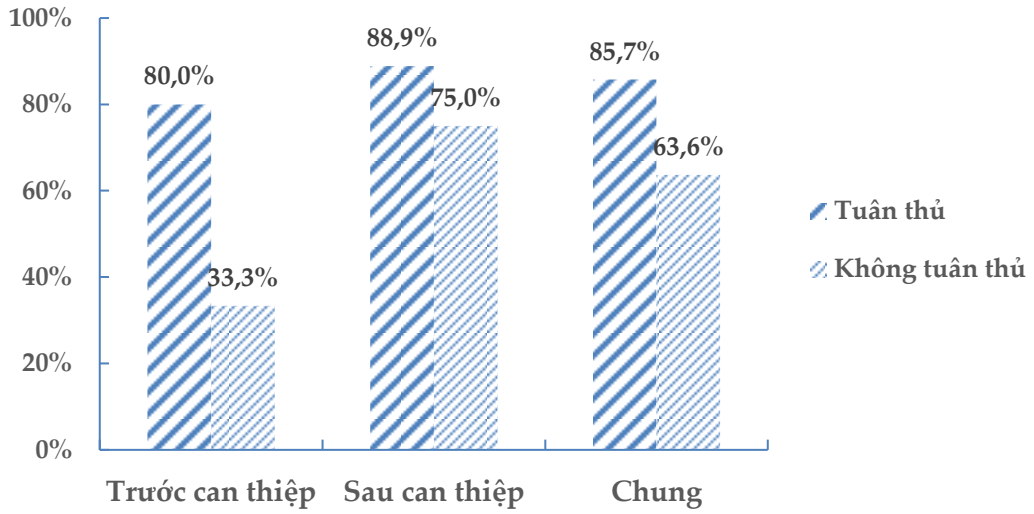
Khi đánh giá chung về độ nhạy cảm của vi khuẩn, tỷ lệ % nhạy cảm tăng ở giai đoạn sau can thiệp so với trước can thiệp nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê: 63,3% và 71,2%; p = 0,455.

Khi đánh giá độ nhạy cảm của vi khuẩn trong phân nhóm 2, tỷ lệ % nhạy cảm ở nhóm tuân thủ cao hơn nhưng lại không có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tuân thủ KSĐT ở từng giai đoạn trước can thiệp (80% và 33,3%; p = 0,217) và giai đoạn sau can thiệp (88,9% và 75%; p = 0,467). Kết quả này cũng tương tự khi so sánh việc tăng độ nhạy cảm chung của vi khuẩn trước và sau can thiệp. (xem hình 2).

Bảng 2. Đặc điểm vi khuẩn theo phân nhóm nguy cơ và bệnh phẩm

Đặc điểm		**Trước can thiệp**		**Sau can thiệp**			**Chung**		
		PN 1 (n=33)	**PN 2 (n=9)**	**PN 1 (n=51)**	**PN 2 (n=17)**	**PN 3 (n=1)**	**PN 1 (n=84)**	**PN 2 (n=26)**	**PN 3 (n=1)**
Nước tiểu (%)	E. coli (E. coli ESBL)	81,8% (55,5%)	100% (83,3%)	50% (20%)	80% (25%)	100% (100%)	61,3% (36,8%)	87,6% (50%)	100% (100%)
	Aeromonas hydrophylax			5%			3,2%		
	Klebsiella pneumoniae				10%			6,2%	
	Proteus spp			5%			3,2%		
	Enterococcus spp	9,1%		25%			19,3%		
	Staphylococcus spp	9,1%		5%	10%		6,4%	6,2%	
	Streptococcus spp			10%			6,4%		
Mủ/ dịch ổ bụng (%)	E. coli (E. coli ESBL)	61,9% (46,1%)	100% (66,7%)	72,4% (4,8%)	57,1% (25%)		68% (20,6%)	70% (42,9%)	
	Enterobacter cloaceae				14,3%			10%	

	Klebsiella pneumoniae			6,9%	14,3%		4%	10%	
	Kluyvera spp	4,7%					2%		
	Morganella morganii			3,4%			2%		
	Pantoea spp	9,5%					4%		
	Proteus spp	4,7%		3,4%			4%		
	Pseudomonas spp	4,7%		6,9%			6%		
	Raoultella ornithinolyticca	9,5%					4%		
	Serratia spp	4,7%		3,4%			4%		
	Staphylococcus spp			3,4%			2%		
	Streptococcus spp				14,3%			10%	
Dịch mật (%)	E. coli (E. coli ESBL)			50% (100%)			33,3% (100%)		
	Enterobacter cloaceae	100%					33,3%		
	Klebsiella pneumoniae			50%			33,3%		



Hình 2. Tỷ lệ % vi khuẩn nhạy cảm với KSĐT khởi đầu trong phân nhóm 2

Các thông số liên quan kháng sinh điều trị (xem bảng 3)

Về tuân thủ KSĐT phù hợp phân nhóm nguy cơ

Nhìn chung, tỷ lệ % chỉ định KSĐT phù hợp theo phân nhóm nguy cơ của mẫu nghiên cứu đạt được là 84,5%. Khi so sánh tỷ lệ này giữa nhóm trước và sau can thiệp

thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê: 85,6% và 83,6%; p = 0,658. Kết quả tương tự khi đánh giá tỷ lệ % tuân thủ KSĐT phù hợp theo từng phân nhóm.

Về đánh giá sử dụng KSĐT trong quá trình điều trị

Khi so sánh trước và sau can thiệp, mặc dù tỷ lệ phải lên thang kháng sinh theo kháng sinh đồ có giảm nhưng lại không có ý nghĩa thống kê (28,6% và 6,3%; p = 0,209). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giai đoạn trước và sau can thiệp về tỷ lệ phải xuống thang theo kháng sinh đồ hoặc lâm sàng (21,1% và 25,0%; p = 0,999) và tỷ lệ phải chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống (22,9% và 17,0%; p = 0,220).

Về đánh giá chỉ số KSĐT

Khi so sánh trước và sau can thiệp, chỉ số DDD /1000 bệnh nhân giảm có ý nghĩa thông kê ở nhóm sau can thiệp (7.619 DDD và 6.384 DDD; p = 0,018). Các chỉ số khác mặc dù có giảm ở nhóm sau thiệp nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê: DOT trung bình (11 ± 4,9 ngày và 10 ± 5,9 ngày; p = 0,123), LOT trung bình (7,1 ± 3,1 ngày và 6,7 ± 3,7 ngày; p = 0,337), LOS trung bình (6,8 ± 3,2 ngày và 6,2 ± 4 ngày; p = 0,146).

Bảng 3. So sánh các thông số liên quan KSĐT trước và sau can thiệp

	Trước can thiệp (n = 118)	**Sau can thiệp (n = 159)**	**Mẫu chung (n = 277)**	**Giá trị p**
Tuân thủ KSĐT phù hợp theo phân nhóm (%):	85,6%	83,6%	84,5%	
Tuân thủ KSĐT phù hợp phân nhóm 1 (%)	90,9%	91,7%	91,3%	0,658
Tuân thủ KSĐT phù hợp phân nhóm 2 và 3 (%)	57,9%	60,0%	59,3%	
Đánh giá thay đổi KSĐT:				
Tỷ lệ phải lên thang kháng sinh theo kháng sinh đồ (%)	28,6%	6,3%	13,0%	0,209
Tỷ lệ phải xuống thang kháng sinh theo kháng sinh đồ/ lâm sàng (%)	21,1%	25,0%	23,7%	0,999
Tỷ lệ phải chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống (%)	22,9%	17,0%	19,5%	0,220
Đánh giá chỉ số KSĐT:				
DDD/ 1000 bệnh nhân (DDD)	7.619	6.384	6.907	0,018
DOT trung bình (ngày)	11 ± 4,9	10 ± 5,9	10,4 ± 5,5	0,123
LOT trung bình (ngày)	7,1 ± 3,1	6,7 ± 3,7	6,8 ± 3,5	0,337
LOS trung bình (ngày)	6,8 ± 3,2	6,2 ± 4	6,4 ± 3,6	0,146

IV. BÀN LUẬN

Về tỷ lệ tuân thủ cấy mẫu

Thực hiện nguyên tắc cấy mẫu bệnh phẩm trước khi chỉ định KSĐT là điều bắt buộc trong quá trình điều trị. Đó là căn cứ để lựa chọn kháng sinh có hiệu quả cao nhất với độc tính thấp nhất và có phổ tác dụng hẹp nhất gần với tác nhân gây bệnh được phát hiện. Tại thời điểm khảo sát, khối Tổng quát có tỷ lệ % thực hiện cấy mẫu thấp hơn so với khối Niệu (80,3% và 88,1%). Sau can thiệp, việc tuân thủ cấy mẫu được cải thiện rõ rệt với tỷ lệ % của 2 khối đều tăng > 90%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Trần Quang Bính (2015) khi khảo sát tại 6 khoa lâm sàng bệnh viện Chợ Rẫy sau khi triển khai Chương trình QLKS đã ghi nhận tỉ lệ tuân thủ nguyên tắc gửi mẫu cấy trước khi sử dụng kháng sinh có cải thiện theo thời gian [8].

Về đặc điểm vi khuẩn theo phân nhóm nguy cơ và bệnh phẩm

Kết quả vi sinh với tác nhân chủ yếu là vi khuẩn gram âm với số lượng nhiều nhất là E. coli hoàn toàn phù hợp với bệnh lý nhiễm khuẩn tiết niệu và nhiễm khuẩn ổ bụng. Kết quả này cũng tương đồng với dữ liệu vi sinh ghi nhận trong Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện Bình Dân năm 2014 với E. coli chiếm 43,2% trong nhiễm khuẩn tiết niệu và 55% trong nhiễm khuẩn ổ bụng. Tỷ lệ E. coli sinh ESBL xuất hiện nhiều ở phân nhóm 2 càng chứng tỏ việc phân tầng nguy cơ bệnh nhân trước khi điều trị kháng sinh là rất quan trọng và cần thiết vì các nhiễm khuẩn liên quan chăm sóc y tế thường đi kèm với nguy cơ nhiễm Enterobacteriaceae sinh ESBL [2].

Khi đánh giá độ nhạy cảm của vi khuẩn theo kháng sinh đồ giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ KSĐT trong phân nhóm 2, mặc dù tỷ lệ % nhạy cảm ở nhóm tuân thủ cao hơn phù hợp (85,7% và 63,6%) nhưng có thể vì mẫu nhỏ nên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giản Trần Quang Bính (2015) đã chứng minh được việc lựa chọn KSĐT theo HDSDKS của bệnh viện, tức theo phân tầng nguy cơ, sẽ có độ nhạy với vi khuẩn tăng cao khác biệt có ý nghĩa [8]. Ngoài ra, khi thực hiện đúng chương trình QLKS có thể giúp giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn và nhiễm trùng vi khuẩn đa kháng như nghiên cứu gộp của David Baur và cộng sự năm 2017 cho thấy: giảm 51% nhiễm khuẩn gram âm đa kháng, giảm 48% vi khuẩn gram âm sinh ESBL, giảm 37% vi khuẩn MRSA và giảm 32% nhiễm trùng Clostridium difficile [1].

Về các thông số liên quan kháng sinh điều trị

Chương trình Quản lý kháng sinh đã được triển khai tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2013 nhưng đến giữa năm 2016 mới chính thức được kiểm tra, đánh giá. Sau 6 tháng thực hiện, việc tuân thủ KSĐT vẫn không có thay đổi (> 80%) mặc dù tỷ lệ % có tăng lên ít ở phân tầng nguy cơ nhóm 2. Đa số bác sĩ vẫn chỉ định kháng sinh khởi trị theo kinh nghiệm cá nhân. Chỉ có 59,3% trường hợp kê các kháng sinh theo HDSDKS của bệnh viện như ertapenem, piperacillin/tazobactam, ticarcillin-acid clavulanic tương ứng với nguy cơ nhiễm trực khuẩn gram âm sinh ESBL. Sử dụng KSĐT khởi đầu không phù hợp có thể ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị hoặc phải thay đổi kháng sinh theo kháng sinh đồ và dùng kéo dài không cần thiết. Trong nghiên cứu này, ở nhóm sau can thiệp tức nhóm tuân thủ KSĐT phù hợp theo phân nhóm 2 có vẻ tốt hơn, tỷ lệ phải lên thang theo kháng sinh đồ giảm khoảng 4 lần so với trước can thiệp (28,6% và 6,3%) [2].

Kết quả nghiên cứu vẫn ghi nhận khoảng trên 20% hồ sơ cần phải thực hiện xuống thang kháng sinh theo KSĐ hoặc theo lâm sàng cũng như phải chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống. Việc kéo dài sử dụng kháng sinh phổ rộng hoặc kháng sinh đường tiêm có thể làm gia tăng tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn, tăng tỷ lệ xuất hiện tác dụng không mong muốn và tăng chi phí điều trị.

Mặc dù chỉ có DDD/1000 bệnh nhân thay đổi có ý nghĩa thống kê, giảm khoảng 15% so với nhóm trước can thiệp, xu hướng sụt giảm của các chỉ số liên quan KSĐT như DOT, LOT và LOS sau khi can thiệp bước đầu chứng tỏ được lợi ích của chương trình Quản lý kháng sinh trong giảm số lượng tiêu thụ kháng sinh và tiết kiệm chi phì điều trị. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Chẳng hạn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Việt Thi thực hiện tại bệnh viện Nhân dân Gia Định nhằm đánh giá hiệu quả của giải pháp can thiệp của chương trình QLKS năm 2016-2017 đã thu được các kết quả rất khả quan: giảm mức độ tiêu thụ kháng sinh từ 44.779 DDD giảm xuống còn 41.905 DDD, giảm LOT (giảm 0.62 ngày trên toàn bệnh viện với p<0,001), giảm LOS (giảm 0,88 ngày với p<0,001) và chi phí kháng sinh [7]. Hoặc Vettese N. và cộng sự sau khi tiến hành chương trình QLKS trong 4 năm tại bệnh viện đã ghi nhận được ngày điều trị kháng sinh trung bình (DOT)/1000 bệnh nhân giảm 6,4% và tổng chi phí kháng sinh trong 3 năm giảm 37% [9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy với sự duy trì giám sát sử dụng kháng sinh kết hợp với chương trình tập huấn của Ban QLKS tại bệnh viện trong 6 tháng, tỷ lệ tuân thủ cấy mẫu đã được cải thiện (> 90%). Nghiên cứu cũng chứng tỏ được tỉ lệ phân tầng nguy cơ bệnh nhân và đặc điểm vi khuẩn theo phân tầng phù hợp. Chỉ số DDD/ 1000 bệnh nhân giảm từ 7319 xuống còn 6380 tại 4 khoa khảo sát. Các chỉ số khác như DOT, LOT và LOS mặc dù có giảm nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ chọn kháng sinh khởi đầu theo HDSDKS của BVBD đạt > 80%, không có sự khác biệt trước và sau can thiệp. Cần tăng tỷ lệ tuân thủ KSĐT phù hợp theo phân nhóm 2. Bên cạnh đó, nhóm nghiên cứu đề nghị cần tăng cường tập huấn và đẩy mạnh công tác xuống thang kháng sinh và chuyển kháng sinh đường tiêm sang đường uống. Việc cập nhật dữ liệu vi sinh và danh sách KSĐT phù hợp dựa trên phân tầng nguy cơ kết hợp đánh giá lâm sàng cũng cần được sớm thực hiện. Ngoài ra, vì đây là nghiên cứu tổng hợp trên ba loại nhiễm khuẩn nên cỡ mẫu còn tương đối nhỏ, cần thực hiện thêm các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên ở phạm vi rộng hơn để chứng minh được lợi ích của chương trình QLKS trong giảm tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn và giảm chi phí điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baur D.,** Gladstone B.P., Burkert F. et al (2017), "Effect of antibiotic stewardship on the incidence of infection and colonisation with antibiotic-resistant bacteria and Clostridium difficile infection: a systematic review and meta-analysis", Lancet Infect Dis, 17(9), pp. 990-1001.
2. **Bệnh viện Bình Dân (2014),** "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện Bình Dân".
3. **Bộ Y tế (2016),** "Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử sụng kháng sinh trong bệnh viện"", Quyết định 772/QĐ-BYT.

4. **CDC (2015),** "About Antimicrobial Resistance".
5. **Dellit T.H., Owens R.C., McGowan J.E., Jr. et al (2007),** "Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship", Clin Infect Dis, 44(2), pp. 159-177.
6. **Eckart J., Hogan M., Mao Y. et al (2017),** "Antimicrobial stewardship programs: Effects on clinical and economic outcomes and future directions", 24, p. 309.
7. **Nguyen.T.V.Thi (2017),** "Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện nhân dân Gia Định năm 2016 – 2017 và thực hiện các giải pháp can thiệp", Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược TP.HCM, Việt Nam.
8. **Trần Quang Bính (2015),** "Chiến lược sử dụng kháng sinh và chương trình quản lý kháng sinh trong bệnh viện".
9. **Vettese N., Hendershot J., Irvine M. et al (2013),** "Outcomes associated with a thrice-weekly antimicrobial stewardship programme in a 253-bed community hospital", J Clin Pharm Ther, 38(5), pp. 401-404.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH HỌC UNG THƯ BÀNG QUANG TIẾN TRIỂN TẠI CHỖ

Nguyễn Viết Hiếu[1], Đỗ Ngọc Thể[1], Trần Đức[1], Trần Thanh Tùng[2], Lê Văn Quyết[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm bệnh học của bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu, mô tả cắt ngang các bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ, được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 8/2017 – 4/2021.

Kết quả: 85 bệnh nhân với tỉ lệ nam/nữ là 13,17/1, tuổi trung bình là 66,68 ± 9,96 (30-87), vào viện vì lí do tiểu máu 89,4%, 37/85 bệnh nhân (43,5%) không có tiền sử điều trị bằng phẫu thuật, 81,3% chưa tráng bàng quang trước mổ, 89% chưa điều trị hóa chất toàn thân; soi bàng quang cho kết quả 60% u đa ổ; 76,9% u dạng chồi, 16,9% u dạng nhú. Có 77/85 bệnh nhân ung thư biểu mô chuyển tiếp đường niệu, trong đó độ ác tính cao là 75/77 bệnh nhân. Căn cứ vào mô bệnh học sau mổ, tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn T của CT Scan là 54,1%, chẩn đoán dưới mức 21,2% và chẩn đoán quá mức là 24,7%; tương tự, tỷ lệ chẩn đoán giai đoạn N của CT Scan lần lượt là 52,9% chẩn đoán đúng, 18,8% chẩn đoán dưới mức và 8,2% chẩn đoán quá mức; ngoài ra 20% sai do trước mổ không xác định được giai đoạn N.

[1]*Trung Tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện TƯQĐ 108*
[2]*Bộ môn Ngoại và Phẫu thuật thực hành, Đại học Y Dược Hải Phòng*
[3]*Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh, Bệnh viện TƯQĐ 108*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Viết Hiếu
Email: nguyenviethieuqy@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/7/2021
Ngày phản biện: 30/7/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

Kết luận: Nghiên cứu đã mô tả được một số đặc điểm bệnh học trước mổ của bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ, đặc biệt là CT-Scan có vai trò rất quan trọng trong việc đưa ra chỉ định điều trị, cũng như tiên lượng bệnh.

Từ khoá: Cắt toàn bộ bàng quang, Ung thư bàng quang tiến triển tại chỗ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF LOCALLY ADVANCED BLADDER CANCER

Objective: To summarize the characteristics of locally advanced bladder cancer patients.

Patients and methods: Retrospective, cross-sectional description of patients with locally advanced bladder cancer undergoing radical cystectomy at 108 Military Hospital from 8/2017- 4/2021.

Results: 85 patients with male/female ratio was 13.17/1, average age was 66.68 ± 9.96 (30-87), hospitalized for hematuria 89.4%, 37/85 patients (43.5%) had no history of surgical treatment, 81.3% did not have preoperative chemically coated bladder, 89% had not received chemotherapy, cystoscopy showed 60% multifocal tumors; 76.9% budding tumors, 16.9% papillary tumors. There were 77/85 patients with Transitional Cell Carcinoma (TCC), of which grade 3 was 75/77 patients. According to postoperative pathology, the correct diagnosis of T stage of CT Scan was 54.1% correct diagnosis, 21.2% under-diagnosis and 24.7% over-diagnosis. Similarly, the correct diagnosis of stage N of CT Scan was 52.9%, 18.8% under-diagnosis and 8.2% over-diagnosis, and 20% misdiagnosis result from couldn't indeterminable the N stage reoperation.

Conclusion: Studying the characteristics of locally advanced bladder cancer patients contributes significantly to making treatment indications, as well as prognosis for patients to get effective treatment strategies and bring best results.

Keyword: Locally advanced bladder cancer; Radical cystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lí ung thư đường niệu, ung thư bàng quang (UTBQ) thường gặp đứng hàng thứ 2 sau ung thư tuyến tiền liệt, trong đó tỉ lệ gặp ở nam giới cao hơn nữ giới [1]. Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ mắc bệnh ở nam giới cao gấp 3-4 lần so với nữ giới do các yếu tố như tiếp xúc với các tác nhân gây ung thư như hút thuốc lá, lao động trong môi trường độc hại,… Tuy nhiên, phụ nữ lại thường phát hiện bệnh muộn hơn và có tiên lượng nặng nề hơn so với nam giới. UTBQ có thể gặp ở mọi lứa tuổi, nhưng phần lớn các trường hợp (70%) xảy ra ở người trên 60 tuổi [2]. Loại UTBQ phổ biến nhất là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (TCC- Transitional Cell Carcinoma), chiếm tới hơn 90% các trường hợp UTBQ tại Hoa Kỳ. Ung thư biểu mô vảy (SCC- Squamous cell carcinoma) và ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma), mặc dù ít phổ biến hơn (tương ứng là 5% và 2%) nhưng thường có độ ác tính cao hơn và tỉ lệ tử vong lớn hơn [3].

Hướng dẫn của các Hội Niệu khoa trên thế giới đều thống nhất phân chia UTBQ thành 2 loại là UTBQ không xâm lấn cơ (NIMBC -Noninvasive muscle bladder cancer) và UTBQ xâm lấn cơ (IMBC - Invasive muscle bladder cancer) dựa vào độ xâm lấn của khối u qua các lớp của thành bàng quang (giai đoạn T), trong đó, phần lớn bệnh nhân mới được chẩn đoán ở nhóm NMIBC (70% đến 85%). Việc phân loại này rất quan trọng vì với NIMBC, bệnh nhân chỉ cần phẫu thuật nội soi qua niệu đạo để cắt u,

kết hợp với các liệu trình tráng bàng quang, hóa chất, điều trị miễn dịch nội khoa nếu cần thiết, còn với IMBC, cần can thiệp phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn, chuyển lưu nước tiểu và hóa, xạ trị. Ngoài ra, phân loại UTBQ theo T,N,M cũng giúp tiên lượng và đưa ra phương án điều trị phù hợp cả trước, trong và sau phẫu thuật [3], [4].

Tuy vậy trên thực tế lâm sàng, việc phân chia giai đoạn T không hoàn toàn chính xác do những hạn chế đến từ khả năng thu thập mẫu bệnh phẩm của cắt đốt nội soi (cắt không đến lớp cơ, khối u to chảy máu nên không cắt hết được…), bên cạnh đó là vai trò của chẩn đoán hình ảnh, đặc điểm đại thể của khối u qua nội soi, độ mô học… đóng góp những thông tin quan trọng trong việc đưa ra chỉ định điều trị. Khái niệm UTBQ tiến triển trong bài này bao gồm các trường hợp UTBQ có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang.

Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả một số đặc điểm bệnh học của bệnh nhân, với mong muốn đóng góp thêm các thông tin vào đánh giá tiền phẫu của các trường hợp UTBQ tiến triển.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được chẩn đoán UTBQ tiến triển, được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 8/2017 đến tháng 4/2021.

Chỉ định cắt toàn bộ bàng quang [5]:

- UTBQ khu trú (T2N0M0) hoặc UTBQ xâm lấn cục bộ (T3a-T4a,N0-Nx,M0)
- UTBQ khu trú nguyên phát không xâm lấn cơ nguy cơ cao hoặc UTBQ khu trú không xâm lấn cơ tái phát.
- UTBQ độ ác tính cao không xâm lấn cơ (Ta,T1) hoặc ung thư biểu mô in-situ (CIS) tái phát sau điều trị nội khoa bằng Bacillus Calmette-Guérin (BCG) hoặc bệnh nhân có u nhú không kiểm soát được bằng nội soi cắt u qua niệu đạo và điều trị nội khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu chính:

- Đặc điểm BN: tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, lí do vào viện, tiền sử phẫu thuật và điều trị hỗ trợ chống tái phát.
- Đặc điểm u: vị trí, số lượng, hình thái u.
- Chẩn đoán giai đoạn trước mổ, sau mổ.
- Tỉ lệ đánh giá đúng giai đoạn của T,N trên CT Scan căn cứ theo giải phẫu bệnh (GPB) sau mổ.

2.2.3. Xử lý số liệu: Phân tích, xử lý số liệu bằng chương trình SPSS 25.0. Sử dụng các thuật toán thống kê thích hợp; các biến định tính được mô tả dưới dạng tỷ lệ %; các biến định lượng được mô tả dưới dạng giá trị trung bình.

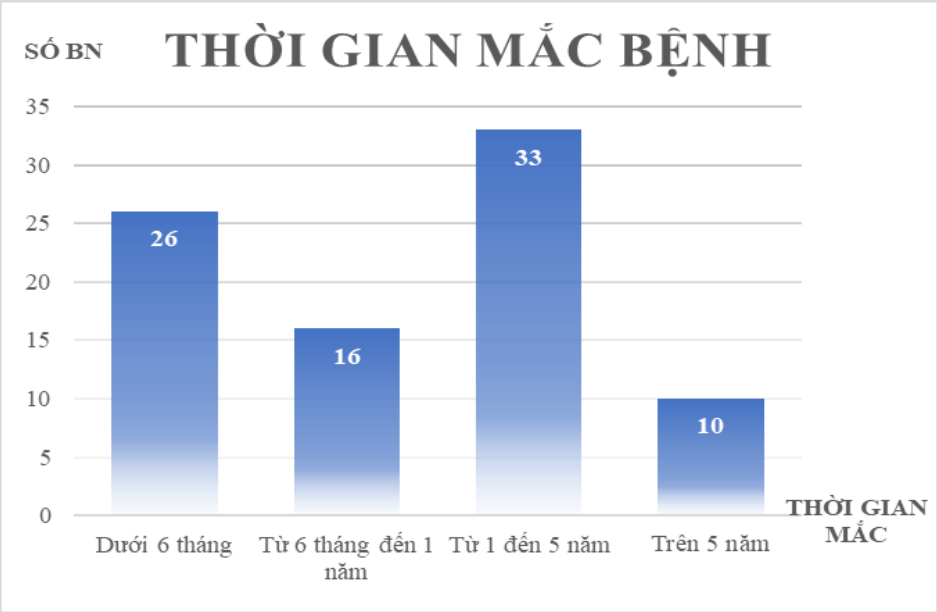
2.2.4. Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TƯQĐ 108.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

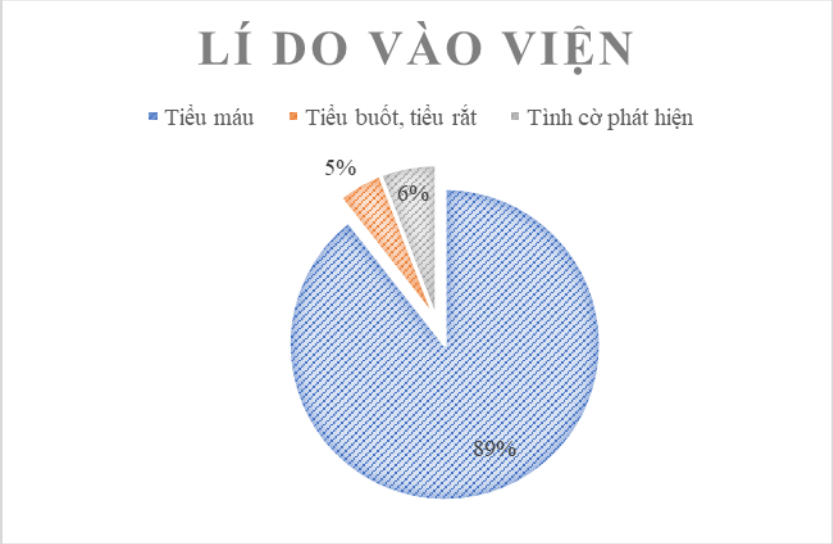
Qua hồi cứu 85 bệnh nhân, chúng tôi thu được một số kết quả về đặc điểm bệnh học của bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển như sau:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,68 ± 9,96 (30-87), hầu hết bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 61-70 tuổi (41,2%). Về giới, có 79/85 bệnh nhân nam, chiếm tỉ lệ 92,9% và 6/85 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 7,1%, trong đó, tỉ lệ nam/nữ là 13,17/1.



Biểu đồ 1: *Thời gian mắc bệnh*

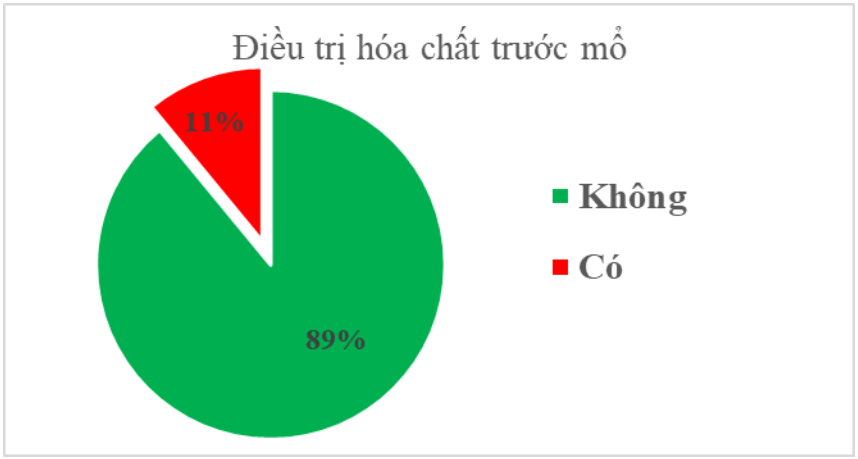


Biểu đồ 2: *Triệu chứng/lý do vào viện*

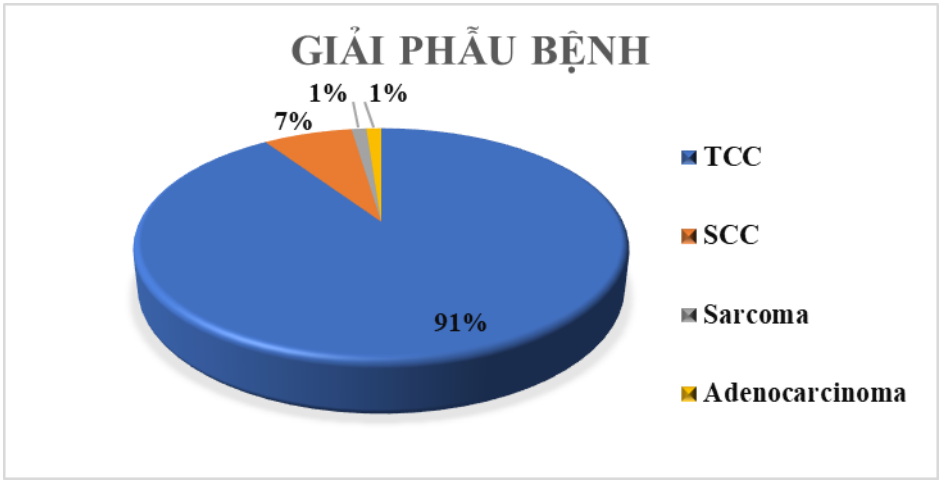
Bảng 1: *Số lần mổ nội soi*

Số lần mổ	Số lượng	Tỉ lệ %
Chưa mổ nội soi	37	43,5
1 lần	32	37,6
Từ 2 đến 4 lần	13	15,3
Từ 5 lần trở lên	3	3,5
Tổng	**85**	**100**

Biểu đồ 3: *Số liệu trình tráng bàng quang (Doxorubicin, BCG)*



Biểu đồ 4: *Số liệu trình truyền hoá chất toàn thân*



Biểu đồ 5: *Loại tế bào ung thư trên giải phẫu bệnh*

Bảng 2: *Độ ác tính (tính trên các trường hợp ung thư biểu mô chuyển tiếp đường niệu)*

Độ ác tính (TCC)	Số lượng	Tỉ lệ %
Grade 1	2	2,6
Grade 2	0	0
Grade 3	75	97,4
Tổng	**77**	**100**

Bảng 3: *Số lượng u qua soi bàng quang (n=85)*

Số lượng u trong bàng quang	Số lượng	Tỉ lệ %
Không thấy u	2	2,4
Có 1 u	30	35,2
Từ 2 u trở lên	51	60
U khó quan sát (kích thước lớn, chảy máu,…)	2	2,4
Tổng	**85**	**100**

Bảng 4: *Hình thái u qua soi bàng quang (n=65)*

Hình thái u	Số lượng	Tỉ lệ %
Không thấy u	2	3,1
Dạng nhú	11	16,9
Dạng chồi	50	76,9
U khó quan sát (kích thước lớn, chảy máu,…)	2	3,1
Tổng	**65**	**100**

(Phân chia hình ảnh đại thể của u theo Hà Mạnh Cường (2021) [6])

Bảng 5: *Chẩn đoán giai đoạn T trước mổ (theo GPB lần trước / Soi / CT) và sau mổ (theo GPB)*

Giai đoạn T	Trước mổ	Sau mổ
	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	
T1	20 (23,5%)	29 (34,1%)
T2	49 (57,7%)	38 (44,7%)
T3	8 (9,4%)	11 (12,9%)
T4a	8 (9,4%)	6 (7,1%)
T4b	0 (0%)	1 (1,2%)
Tổng	**85 (100%)**	**85 (100%)**

Bảng 6: *Chẩn đoán giai đoạn T trước mổ (theo GPB lần trước / Soi / CT) và sau mổ (theo GPB)*

Giai đoạn N	Trước mổ	Sau mổ
	Số bệnh nhân (tỷ lệ %)	
N0	53 (62,4%)	62 (72,9%)
N1	10 (11,7%)	12 (14,1%)
N2	5 (5,9%)	11 (12,9%)
Nx	17 (20%)	0 (0%)
Tổng	**85 (100%)**	**85 (100%)**

Bảng 7: *Tỷ lệ đánh giá đúng giai đoạn T của CT-Scan căn cứ theo GPB*

Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ %
Đúng	46	54,1
Dưới mức	18	21,2
Quá mức	21	24,7
Tổng	**85**	**100**

Bảng 8: *Tỷ lệ đánh giá đúng hạch di căn của CT-Scan căn cứ theo GPB*

Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ %
Đúng	45	52,9
Dưới mức	16	18,8
Quá mức	7	8,2
Sai (Trước mổ Nx)	17	20
Tổng	**85**	**100**

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của Kirkali (2005) [7], nguy cơ phát triển UTBQ ở tuổi 75 là từ 2-4% đối với nam giới và 0,5-1% đối với nữ, tuổi trung bình khi được chẩn đoán là 65-70 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,68 ± 9,96 tuổi (từ 30 đến 87 tuổi), nhóm tuổi gặp nhiều nhất: 61-70 tuổi. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tại BV Quân y 175 của Nguyễn Việt Cường (2015) [1] (57,63 ± 13,25 tuổi), nghiên cứu của Ngô Xuân Thái (2019) [8] tại BV Chợ Rẫy (57,4 ± 9,6 tuổi), hay nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên tại BV Bình Dân (2010) [9] (51,2 ± 6,2 tuổi). Mặc dù các bệnh nhân lớn tuổi, đặc biệt là những bệnh nhân thể trạng yếu, mắc các bệnh lí nội khoa kết hợp không được khuyến khích cắt bàng quang triệt căn do tính chất phẫu thuật nặng nề, thời gian mổ lâu, nhiều tai biến, biến chứng, thời gian hồi phục dài nhưng chúng tôi thực hiện đánh giá bệnh nhân kỹ lưỡng trước mổ, tiên lượng các yếu tố khó khăn và cố gắng thực hiện phẫu thuật khi bệnh nhân có chỉ định để kéo dài thời gian sống cũng như tăng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 92,9% bệnh nhân nam và 9,1% bệnh nhân nữ, tỉ lệ

nam/nữ là 13,17/1. Tỉ lệ mắc UTBQ theo các nghiên cứu trên thế giới của nam cao hơn gấp 3 đến 4 lần so với nữ, nguyên nhân có thể do thói quen hút thuốc và đặc thù nghề nghiệp trong môi trường độc hại [2], [7]. Tuy nhiên, nữ giới lại thường phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn hơn, tiên lượng nặng nề hơn và có tỉ lệ sống sót thấp hơn. Nguyên nhân do các bệnh nhân nam thường đi khám nếu thấy triệu chứng tiểu máu sơm hơn so với nữ, bên cạnh đó triệu chứng tiểu máu cuối bãi ở nữ hay bị chẩn đoán nhầm thành viêm bàng quang xuất huyết, ngoài ra, nữ giới có thể từ chối phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn do ảnh hưởng đến chức năng sinh hoạt tình dục, thể trạng không đủ tốt để chịu đựng cuộc mổ lớn hoặc không còn chỉ định phẫu thuật do đã ở giai đoạn muộn của bệnh [7], [10].

Lí do vào viện của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là đái máu, chiếm 89%, các triệu chứng khác như tiểu buốt, tiểu rắt 5% và tình cờ phát hiện bệnh là 6%. Điều này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới như Babjuk và cộng sự (2019) [11] (đái máu chiếm 80% bệnh nhân nam và 70% bệnh nhân nữ vào viện), Kristen Burn (tiểu máu ở 80% bệnh nhân UTBQ). Đái máu có thể ở dạng vi thể (có thể nhìn thấy máu dưới kính hiển vi) hoặc đại thể (có thể nhìn thấy máu trong nước tiểu). Mức độ tiểu máu không tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh; tiểu máu cũng gặp ở trong nhiều bệnh lí Tiết niệu khác, tuy nhiên tất cả bệnh nhân đái máu cần đi khám để loại trừ UTBQ.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 37/85 bệnh nhân (43,5%) chưa can thiệp phẫu thuật, 48 bệnh nhân (56,5%) đã can thiệp phẫu thuật ít nhất 1 lần, trong đó có 3 bệnh nhân đã phẫu thuật nội soi cắt u từ 5 lần trở lên. Qua đây có thể thấy được mức độ tái phát rất cao của u. Việc chỉ định cắt bàng quang tận căn có thể giúp bệnh nhân giảm được tỉ lệ phải quay trở lại viện để điều trị do u tái phát hoặc do các triệu chứng của u mang lại, từ đó tăng được chất lượng cuộc sống cũng như giảm tỉ lệ tử vong của các bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19% bệnh nhân được điều trị tráng bàng quang bằng Doxorubicin hoặc BCG trước mổ; 11% bệnh nhân được điều trị bằng hóa chất trước mổ. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân phát hiện bệnh đã ở giai đoạn ung thư tiến triển, đã xâm lấn vào lớp cơ nên tỉ lệ điều trị bằng hóa chất và tráng bàng quang thấp. Nếu UTBQ được tầm soát tốt hơn, người bệnh được chẩn đoán bệnh ở giai đoạn sớm hơn thì tỉ lệ trên sẽ cao hơn.

Soi bàng quang là một phương pháp ít xâm lấn, dễ thực hiện và chẩn đoán được tương đối chính xác u bàng quang. Soi bàng quang có thể đánh giá được số lượng, kích thước, hình thái, vị trí của u. Đặc biệt u bàng quang phẳng trong niêm mạc cũng có thể được chẩn đoán bằng soi bàng quang với ánh sáng huỳnh quang, điều mà siêu âm hay các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác không thể giúp phát hiện được u. Vì vậy, các bệnh nhân có biểu hiện tiểu máu hoặc nghi ngờ u bàng quang trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thì nên được chỉ định soi bàng quang để loại trừ nguyên nhân do u bàng quang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 51 BN (60%) có từ 2 u trở lên, 30 BN (35,2%) chỉ có 1 u, 2 BN (2,4%) không thấy u trong bàng quang và 2 BN (2,4%) u khó quan sát do chảy máu hoặc kích thước quá lớn.

Trên lâm sàng, người ta thường phân loại UTBQ thành 2 loại: Ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ (NIMBC) và UTBQ đã

xâm lấn lớp cơ (IMBC) do liên quan đến việc đưa ra phương hướng điều trị và tiên lượng bệnh. Việc phân loại này dựa trên phân loại giai đoạn bệnh theo T(khối u chính), N(di căn hạch) và M(di căn xa). Trong nghiên cứu của chúng tôi, chẩn đoán giai đoạn T1, T2, T3, T4a và T4b trước mổ của bệnh nhân lần lượt là 23,5%, 57,7%, 9,4%, 9,4% và 0% và sau mổ lần lượt là 34,1%, 38%, 12,9%, 7,1% và 1,2%. Tỉ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn T của CT scan căn cứ theo GPB sau mổ là 54,1%, chẩn đoán dưới mức là 21,2% và quá mức là 24,7%. Chẩn đoán giai đoạn N0, N1, N2, Nx trước mổ của bệnh nhân lần lượt là 62,4%, 11,7%, 5,9%, 20% và sau mổ lần lượt là 72,9%, 14,1%, 12,9%, và 0%. Tỉ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn N của CT scan căn cứ theo GPB sau mổ là 52,9%, chẩn đoán dưới mức là 18,8%, và quá mức là 8,2%. Theo các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ chẩn đoán đúng của CT tùy theo giai đoạn của khối u, dao động từ 40-98%, còn độ chính xác khi đánh giá di căn hạch của MRI và CT dao động từ 70-98%, với tỉ lệ âm tính giả là 20-40% [7]. Qua đây có thể thấy nghiên cứu của chúng tôi cũng cho tỉ lệ đánh giá đúng của CT trước mổ so với GPB sau mổ thấp hơn 1 chút so với các nghiên cứu trên thế giới, nguyên nhân có thể do yếu tố trang bị vật tư của các nước phát triển hiện đại hơn, cũng như trình độ khoa học kĩ thuật của chúng tôi vẫn còn hạn chế hơn.

Ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (TCC) gặp ở hầu hết các trường hợp UTBQ, ngoài ra có thể gặp ung thư biểu mô vảy (SCC), ung thư biểu mô tuyến (Adenocarcinoma),… Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh của các bệnh nhân sau mổ cho thấy có 91% TCC, 7% SCC, 1% Sarcoma và 1% Adenocarcinoma. Một yếu tố quan trọng khác để phân loại, cũng như tiên lượng bệnh UTBQ là độ ác tính của tế bào, chia thành độ ác tính cao (Grade 3 - G3), độ ác tính trung bình (Grade 2 - G2) và độ ác tính thấp (Grade 1 - G1). Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ tái phát của u tỉ lệ thuận với độ ác tính của tế bào. Theo Vũ Văn Lại (2007) [12], bệnh nhân nhóm G3 có nguy cơ tái phát cao gấp 1,8 lần nhóm G2. Nghiên cứu của Sylvester (2006) [13] cho thấy, nguy cơ ở bệnh nhân nhóm G3 cao gấp 1,17 lần nhóm G1, G2. Theo Pillai R (2011) [14], nguy cơ ở bệnh nhân nhóm G3 cao gấp 5,7 lần nhóm G1, G2. Theo Đào Quang Oánh (2011) [10], sau khi u tái phát, cả độ ác tính (grade) và độ tiến triển (stage) cũng đều có thể tăng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, do các bệnh nhân đến viện đều ở giai đoạn tiến triển và 56,5% bệnh nhân có u tái phát, tỉ lệ bệnh nhân ung thư tế bào chuyển tiếp có độ ác tính G3 là 97,4%, 2,6 bệnh nhân ở G và không có bệnh nhân nào G2.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 85 bệnh nhân ung thư bàng quang tiến triển được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang cho thấy độ tuổi trung bình 66,6 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 13/1, tỷ lệ u phát hiện lần đầu có chỉ định cắt triệt căn là 43,5%, mô bệnh học sau mổ có 91% là ung thư tế bào chuyển tiếp (với tỷ lệ ác tính cao chiếm 97,4%), tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn T và N trước mổ của CT-Scan lần lượt là 54,1% và 52,9%. Chúng tôi nhận thấy chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán giai đoạn trước mổ, tiên lượng và giúp đưa ra hướng điều trị đúng cho bệnh nhân ung thư bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Việt Cường** (2015), "Kết quả bước đầu điều trị ung thư bàng quang tiến triển bằng phương pháp cắt bàng quang tận căn, tạo hình bàng quang bằng ruột tại bệnh viện Quân y 175", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 4, tr. 186-192.
2. **Anderson, B.** (2018), "Bladder cancer: overview and management. Part 2: muscle-invasive and metastatic bladder cancer", Br J Nurs. 27(18), tr. S8-S20.
3. **Farling, K. B.** (2017), "Bladder cancer: Risk factors, diagnosis, and management", Nurse Pract. 42(3), tr. 26-33.
4. **Bhanvadia, S. K.** (2018), "Bladder Cancer Survivorship", Curr Urol Rep. 19(12), tr. 111.
5. **Gakis, G. và các cộng sự.** (2013), "ICUD-EAU International Consultation on Bladder Cancer 2012: Radical cystectomy and bladder preservation for muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder", Eur Urol. 63(1), tr. 45-57.
6. **Hà Mạnh Cường** (2021), Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi kết hợp bơm Doxorubicin tại bệnh viện Việt Đức, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội.
7. **Kirkali, Z. và các cộng sự.** (2005), "Bladder cancer: epidemiology, staging and grading, and diagnosis", Urology. 66(6 Suppl 1), tr. 4-34.
8. **Ngô Xuân Thái** (2019), "Đánh giá hiệu quả kỹ thuật cắm niệu quản vào bàng quang tân tạo theo phương pháp Abol-Enein trong điều trị ung thư bàng quang", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2, tr. 53-58.
9. **Vũ Lê Chuyên** (2010), "Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bàng quang tận gốc kèm chuyển lưu nước tiểu – kinh nghiệm qua các trường hợp tại bệnh viện Bình Dân ", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 1, tr. 527-533.
10. **Đào Quang Oánh** (2011), "Một vài đặc điểm của ung thư bàng quang trên phụ nữ", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 3, tr. 1-3.
11. **Babjuk, M. và các cộng sự.** (2019), "European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ) - 2019 Update", Eur Urol. 76(5), tr. 639-657.
12. **Vũ Văn Lại** (2007), Nghiên cứu điều trị ung thư bàng quang nông bằng phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo kết hợp với bơm BCG vào bàng quang, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
13. **Sylvester, R. J. và các cộng sự.** (2006), "Predicting recurrence and progression in individual patients with stage Ta T1 bladder cancer using EORTC risk tables: a combined analysis of 2596 patients from seven EORTC trials", Eur Urol. 49(3), tr. 466-5; discussion 475-7.
14. **Pillai, R. và các cộng sự.** (2011), "Do standardised prognostic algorithms reflect local practice? Application of EORTC risk tables for non-muscle invasive (pTa/pT1) bladder cancer recurrence and progression in a local cohort", ScientificWorldJournal. 11, tr. 751-9.

KHẢO SÁT TỶ LỆ TUÂN THỦ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG QUANH PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN SAU THỰC HIỆN GIÁM SÁT SỬ DỤNG KHÁNG SINH

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng[1], Huỳnh Lê Hạ[2], Trần Gia Ân[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệu pháp kháng sinh dự phòng (KSDP) quanh phẫu thuật là một trong các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) rất hiệu quả. Tại bệnh viện Bình Dân, chương trình Quản lý kháng sinh (QLKS) với sự kiểm tra, giám sát được thực hiện từ tháng 06/2016. Tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng cũng như tỷ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật giữa các nhóm tuân thủ/ không tuân thủ KSDP sau một năm giám sát cần được đánh giá. Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tuân thủ kháng sinh dự phòng quanh phẫu thuật tại bệnh viện sau khi triển khai một năm chương trình giám sát sử dụng kháng sinh. So sánh tỷ lệ NKVM và chênh lệch chi phí giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ KSDP.

Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên các hồ sơ bệnh án (HS) thuộc phân loại phẫu thuật (PT) sạch và sạch nhiễm tại các khoa Tiết niệu và khoa Ngoại tổng quát trong khoảng thời gian 01/07-31/07/2017. Không lấy các HS có sử dụng kháng sinh điều trị trong vòng 7 ngày trước PT; có dấu hiệu nghi ngờ và /hoặc triệu chứng của nhiễm trùng trước hoặc trong khi PT. Kết quả chính bao gồm tỉ lệ % tuân thủ KSDP và tỉ lệ % NKVM của nhóm tuân thủ và không tuân thủ hướng dẫn KSDP nói chung và thời lượng KSDP nói riêng .

Kết quả: Qua 369 HS khảo sát, 76,2% tuân thủ liệu pháp KSDP, trong đó 92 HS hoàn toàn không dùng kháng sinh. Trên 233 HS có khuyến cáo và được dùng KSDP, tỉ lệ % tuân thủ đúng loại, đúng thời điểm và đúng thời lượng KSDP là 94,4%, 94,8% và 85,0% với thời gian trung bình sử dụng KSDP là 1,9 ngày. Không có sự khác biệt về chỉ số này giữa khối Tiết niệu và khối Ngoại Tổng quát. Tỉ lệ NKVM chung giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ hướng dẫn KSDP khác biệt không có ý nghĩa thống kê (14,2% vs 6,8%; p = 0,066). Tỉ lệ NKVM do PT rạch da trên 145 HS và tỉ lệ nhiễm khuẩn niệu do PT tiết niệu qua ngả niệu đạo trên 88 HS giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ thời lượng KSDP khác biệt không có ý nghĩa thống kê: 11,4% vs 6,5%; p = 0,424 và 8,8% vs 25%; p = 0,188. Chênh lệch chi phí kháng sinh trung bình/người bệnh là 560.831,7 đồng giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ thời lượng KSDP.

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ KSDP quanh phẫu thuật được duy trì khá tốt (76,2%) sau 1 năm triển khai chương trình QLKS. Tỷ lệ NKVM không thay đổi có ý nghĩa khi kéo dài thời gian sử dụng KSDP so với nhóm tuân thủ. Cần đánh giá lại và xem xét cập nhật các thông tin liên quan về liều, thời điểm lặp lại KSDP cũng như thời lượng KSDP phù hợp theo từng phương pháp phẫu thuật. Nghiên cứu tổng hợp trên nhiều loại phẫu thuật nên cỡ mẫu còn tương đối nhỏ cần thực hiện thêm các nghiên cứu so sánh ngẫu

[1]*Khoa-Bộ môn Thận niệu-Nam khoa, bệnh viện Bình Dân, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch TP.HCM.*

[2]*Khoa Dược, bệnh viện Bình Dân, TP.HCM*

Tác giả liên lạc: PGS TS. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng.

Email: Npchoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/6/2021

Ngày phản biện: 10/7/2021

Ngày duyệt bài: 19/7/2021

nhiên ở phạm vi rộng hơn theo từng chuyên khoa.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng quanh phẫu thuật, Nhiễm khuẩn vết mổ.

SUMMARY

COMPLIANCE RATE OF PERI-OPERATIVE ANTIMICROBIAL PROPHYLAXIS GUIDELINE AFTER DEPLOYING ANTIMICROBIAL STEWARDSHIP PROGRAM AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: Peri-operative antimicrobial prophylaxis (AP) is one of effective solutions to protect the surgical wounds from contamination by normal bacterial flora. Binh Dan Hospital complemented the antimicrobial stewardship (AMS) in terms of peri-operative prophylactic antibiotics in June, 2016. Compliance rate with AP guideline and also incidence of surgical site infection (SSI) over a 1-year deploying AMS have not been studied. Objectives: To evaluate compliance rate with peri-operative AP guideline and to compare the incidence of SSI and antibiotic cost between adherence group and non-adherence group to prophylactic antibiotic guideline of Binh Dan hospital.

Materials and Methods: A cross-sectional study of patients undergoing clean or clean-contaminated procedures in Urology and General Surgery was conducted from July 1st to July 31st 2017. Exclusion criteria included patients with antibiotic usage within 7 days before procedures or with contamination during or post-operation. Main results are compliance rate with AP recommendations and SSI rate between adherence group and non-adherence group to AP guideline generally and to duration of AP specifically.

Results: Data from 369 cases showed that 76.2% were totally compliant with peri-operative AP regimen, including 92 cases without AP entirely during therapy. In 233 cases indicated to AP, compliance rate to all of the criteria comprising "correct antibiotic choice", "correct timing of AP" and "appropriateness of AP duration use" achieved 94.4%, 94.8% and 85.0% with the average duration of AP being 1.9 days. There was no significant difference between Urology and General Surgery. The general SSI occurrence of adherence group was differently insignificantly compared to non-adherence group (14.2% vs 6.8%; p = 0.066). This was the same result when comparing SSI rate related to incision surgery (145 cases) and the urinary tract infection rate related to transurethral surgery (88 cases): 11.4% vs 6.5%; p = 0.424 and 8.8% vs 25%; p = 0.188. The mean antibiotic cost saving was 560,831.7 VND per case when abiding to AP duration recommendation.

Conclusion: The overall compliance rate with guideline for peri-operative antibiotic prophylaxis was maintained at 76.2% after 1 year deploying the ASP in Binh Dan hospital. Continuing antibiotics long after operation did not reduce the SSI significantly. Besides, re-evaluating and updating guideline in terms of dosage, timing of repeating AP as well as duration of AP according to different surgical procedures is indispensable. Our research was studied on a variety of procedures, thus the sample size was relatively small. More cross-sectional studies are to be carried out with large sample size and/or in specific procedures.

Keywords: Peri-operative antimicrobial prophylaxis, Surgical site infections.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệu pháp kháng sinh dự phòng (KSDP) là một trong các biện pháp phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) rất hiệu quả. Tuy nhiên việc sử dụng không hợp lý KSDP, như lựa chọn kháng sinh phổ rộng và thời gian kéo dài có thể gây chọn lọc vi khuẩn đề kháng, dẫn đến gia tăng thời gian nằm viện và chi phí điều trị [4]. Chương trình Quản lý

kháng sinh (QLKS) của Hiệp hội Bệnh nhiễm Hoa Kỳ đã chứng minh việc thực hiện KSDP phù hợp sẽ làm giảm số lượng và chi phí kháng sinh sử dụng trong bệnh viện bên cạnh giảm tỷ lệ NKVM [6]. Ở Việt Nam, các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn, bao gồm KSDP đã được ban hành vào năm 2012 [1].

Tại bệnh viện Bình Dân, chương trình QLKS bắt đầu được triển khai từ cuối năm 2013, nhưng đến giữa năm 2016, việc kiểm tra, giám sát sử dụng kháng sinh, báo cáo phản hồi mới được thực hiện. Một nghiên cứu gần đây đã chứng minh được lợi ích của chương trình QLKS trên đối tượng KSDP tại một số khoa ngoại bệnh viện Bình Dân[2]. Bài viết này đánh giá tỷ lệ tuân thủ của các khoa lâm sàng cũng như tỷ lệ nhiễm khuẩn sau phẫu thuật giữa các nhóm tuân thủ/ không tuân thủ KSDP sau một năm giám sát.

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả các loại phẫu thuật thuộc khối ngoại niệu và ngoại tổng quát có chỉ định sử dụng KSDP. Xác định tỷ lệ tuân thủ KSDP về chỉ định, loại kháng sinh, thời điểm và thời lượng trên các hồ sơ khảo sát theo hướng dẫn sử dụng KSDP của bệnh viện Bình Dân. So sánh tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và chi phí kháng sinh giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ chế độ KSDP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật, thuộc phẫu thuật sạch và sạch nhiễm thuộc 08 khoa lâm sàng: khối Tiết niệu-sinh dục (03 khoa Tiết niệu và khoa Nam học) và khối Tổng quát (Ngoại tiêu hóa, Ngoại gan mật, Ngoại lồng ngực và Ngoại tổng hợp) tại bệnh viện Bình Dân. Thời gian nghiên cứu: từ 01/07/2017 đến 31/07/2017. Không lấy các hồ sơ bệnh án có bệnh nhân với những đặc điểm sau: sử dụng kháng sinh điều trị trong vòng 7 ngày trước phẫu thuật; có dấu hiệu nghi ngờ và (hoặc) triệu chứng của nhiễm khuẩn trước hoặc trong khi phẫu thuật. Đối với phẫu thuật tiết niệu, không lấy hồ sơ có xét nghiệm cận lâm sàng trước hoặc sau phẫu thuật mà WBC/máu > 10.000/mm^3 hoặc LEU/nước tiểu (+) hoặc theo tờ tường trình phẫu thuật có mô tả: nước tiểu đục. Đối với phẫu thuật ngoại tổng quát, không lấy hồ sơ mà xét nghiệm cận lâm sàng trước hoặc sau phẫu thuật có WBC/máu > 10000/mm^3 (ngoại trừ trường hợp viêm ruột thừa cấp) hoặc theo tờ tường trình phẫu thuật có mô tả dịch đục ổ bụng hoặc túi mật có vách dày, viêm dính mô xung quanh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thực hiện theo phương pháp nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Việc thu thập các thông tin dựa trên y lệnh của bác sĩ và phiếu thông tin sử dụng kháng sinh trong hồ sơ bệnh án bằng cách lấy mẫu thuận tiện các HSBA thỏa mãn tiêu chí đặt ra, với số lượng phân bố tương đối đồng đều giữa các khoa cho đến khi đủ mẫu. Để so sánh tỷ lệ NKVM giữa nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ KSDP, ước tính cỡ mẫu với khoảng tin cậy 95%: $n = 1,96^2 x [p(1-p)/\varepsilon^2]$. Với p = 0,50 để cỡ mẫu có trị số lớn nhất và sai số 5% thì cỡ mẫu là 384. Như vậy, số HSBA trung bình lấy ở từng khoa là 50.

Tiêu chí chọn mẫu: HSBA của bệnh nhân thuộc cả hai giới, mọi độ tuổi, được chỉ định phẫu thuật, thuộc phẫu thuật sạch, sạch-nhiễm tại các khoa nghiên cứu. Không chọn HSBA có: (1) bệnh nhân sử dụng kháng sinh điều trị trong vòng 7 ngày trước phẫu thuật; (2) đối với phẫu thuật tiết niệu, xét nghiệm cận lâm sàng trước hoặc sau phẫu thuật có

WBC/máu > 10000/mm3 hoặc bạch cầu niệu (+) hoặc phẫu thuật viên có mô tả nước tiểu đục; (3) đối với phẫu thuật tổng quát, xét nghiệm cận lâm sàng trước hoặc sau phẫu thuật có WBC/máu > 10000/mm3 (ngoại trừ trường hợp viêm ruột thừa cấp) hoặc phẫu thuật viên mô tả douglas có dịch đục trong phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa do viêm ruột thừa cấp, hoặc túi mật có vách dày, viêm dính mô xung quanh trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật do viêm túi mật.

Nội dung thu thập thông tin từ HSBA gồm thông tin hành chính, đặc điểm phẫu thuật và đặc điểm sử dụng KSDP. Việc đánh giá các tiêu chí KSDP dựa trên "Hướng dẫn sử dụng KSDP chu phẫu bệnh viện Bình Dân (2015)" (xem bảng 1). Hồ sơ được đánh giá tuân thủ liệu pháp KSDP khi thỏa đồng thời các tiêu chí: chỉ định dùng hoặc không dùng KSDP phù hợp (theo loại phẫu thuật, yếu tố nguy cơ), dùng loại kháng sinh phù hợp, thời điểm và thời lượng KSDP phù hợp.

Bảng 1. Hướng dẫn sử dụng KSDP chu phẫu bệnh viện Bình Dân (2015)

Khoa	Phác đồ KSDP sử dụng
Phẫu thuật tiết niệu – sinh dục	Cefuroxime 0,75g hoặc Cefoxitin 1g hoặc Amoxicillin/Clavulanate 1,2g, 30 phút trước PT. Nhắc lại liều tùy theo yếu tố nguy cơ của bệnh nhân/ phẫu thuật, tối đa trong 48 giờ.
Phẫu thuật tiêu hóa	Cefuroxime 0,75g hoặc Cefoxitin 1g hoặc Amoxicillin/Clavulanate 1,2g, 30 phút trước PT. Nhắc lại liều tùy theo yếu tố nguy cơ của bệnh nhân/ phẫu thuật, tối đa trong 72 giờ
Phẫu thuật gan mật	Cefuroxime 0,75g hoặc Cefoxitin 1g hoặc Amoxicillin/Clavulanate 1,2g, 30 phút trước PT. Nhắc lại liều tùy theo yếu tố nguy cơ của bệnh nhân/ phẫu thuật, tối đa trong 24 giờ.

Số liệu sau khi thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và Excel 2013.

Cách đánh giá nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) và nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN): Hoặc căn cứ theo lâm sàng: dấu hiệu NKVM do PT rạch da trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật; dấu hiệu NKĐTN do PT tiết niệu qua ngả niệu đạo trong vòng 1 tuần sau xuất viện [1, 3]. Hoặc căn cứ theo đơn thuốc ngoại trú tái khám có chẩn đoán nhiễm khuẩn liên quan trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật với NKVM hoặc trong vòng 7 ngày sau xuất viện đối với NKĐTN.

So sánh chi phí kháng sinh [11]: bắt cặp các hồ sơ có cùng chẩn đoán, phương pháp PT, giới tính, độ tuổi ± 5, ASA =1 hoặc 2, so sánh chi phí kháng sinh giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ thời lượng KSDP.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

Tổng số hồ sơ được đưa vào mẫu nghiên cứu là 369 được trình bày như trong bảng 2. Có 87 trường hợp (TH) là phẫu thuật sạch, 282 TH phẫu thuật sạch nhiễm. Trong đó có 52 hồ sơ được nhóm nghiên cứu phân loại là phẫu thuật sạch nhưng lại được bác sĩ phẫu thuật đánh giá là phẫu thuật sạch nhiễm: chủ yếu là các phẫu thuật liên quan đến tinh hoàn và tĩnh mạch tinh và phẫu thuật phục hồi thành bẹn.

Bảng 2. Phân bố, chẩn đoán, phương pháp phẫu thuật

Khoa lâm sàng	Số lượng HS	Chẩn đoán (số HS)	Phương pháp PT (số HS)
Ngoại Tiết niệu – sinh dục	188 - Niệu A: 48 - Niệu B: 44 - Niệu C: 46 - Nam học: 50	Bướu bàng quang/ tuyến tiền liệt (18) Bướu bã bìu/ bướu tinh hoàn (3) Bướu tuyến thượng thận/ bướu thận/thận mất chức năng/ nang thận (9) Cong dương vật (3) Dài/ hẹp bao quy đầu (5) Đã mổ cắm lại niệu quản vào cực dưới thận (1) Giãn tĩnh mạch thừng tinh (33) Hẹp cổ bàng quang/ hẹp niệu đạo/ hẹp niệu quản (10) Lỗ tiểu thấp (1) Nang thành trước âm đạo/ nang thừng tinh (2) Sa bàng quang/ sa sinh dục (3) Sỏi bàng quang (4) Sỏi niệu quản (71) Sỏi thận (4) Thoát vị bẹn (7) Tiểu không kiểm soát (6) Tinh hoàn ẩn (5) Tràn dịch tinh mạc (2) Túi ngách niệu đạo (1) U niệu mạc đài bể thận (1) Ung thư tuyến tiền liệt đã mổ cắt tận gốc (1)	NS cắt đốt bướu (18) Cắt trọn bướu/ cắt tinh hoàn (3) NS hông lưng cắt tuyến thượng thận/ cắt thận/ cắt nang thận (9) Chỉnh thẳng dương vật (3) Cắt bao/ da quy đầu (5) NS niệu quản chụp UPR (1) Cột tĩnh mạch thừng tinh ± sinh thiết tinh hoàn (33) NS xẻ lạnh niệu đạo (8) NS thám sát hoặc tạo hình khúc nối niệu quản (2) Tạo hình 1 thì cho lỗ tiểu thấp (1) Mổ bóc nang (2) Nâng đỡ thành âm đạo bằng mảnh ghép (2) NS ổ bụng treo sàn chậu vào ụ nhô (1) NS gắp sỏi/ NS tán sỏi bàng quang (4) NS tán sỏi laser + đặt sonde jj niệu quản (57) NS sau phúc mạc lấy sỏi (14) NS tán sỏi thận qua da (3) Mổ hở lấy sỏi thận (1) Phục hồi thành bẹn (7) Nâng đỡ dưới niệu đạo bằng mảnh ghép (6) Hạ tinh hoàn (5) Cắt lộn bao tinh mạc (2) Cắt túi ngách niệu đạo (1) NS đài bể thận sinh thiết bướu (1) Cắt 2 tinh hoàn (1)

Ngoại tổng quát	181 - Ngoại tiêu hóa: 44 - Ngoại gan mật: 38 - Ngoại lồng ngực: 50 - Ngoại tổng hợp: 49	Đám quánh ruột thừa (1) Hạch cổ (2) Hậu môn nhân tạo (6) Hẹp miệng nối đại tràng xuống (1) K hang vị, thân vị (6) K trực tràng, đại tràng (13) K vú di căn/ nữ hóa tuyến vú (2) Nang mạc treo đại tràng ngang (1) Polyp túi mật/ sỏi túi mật (48) Rò hậu môn (3) Sa trực tràng (4) Suy tĩnh mạch chân (1) Tăng tiết mồ hôi tay (13) Thoát vị bẹn (28) Trĩ (16) U bã hạ vị/ u nang giáp móng/ u tuyến nước bọt (3) U giáp (26) U nang buồng trứng (1) U sau phúc mạc (1) U sùi mào gà hậu môn (1) U thùy phổi (3)	NS cắt ruột thừa (1) Cắt/ sinh thiết hạch (2) Đóng hậu môn nhân tạo (6) Nong tạo hình hậu môn (1) Cắt bán phần/ toàn phần dạ dày (6) NS cắt trực tràng, đại tràng (13) Cắt tuyến vú ± nạo hạch nách (2) Cắt nang mạc treo (1) NS cắt túi mật (48) Cắt đường rò (3) Tạo hình sau âm đạo (4) NS cắt tĩnh mạch xuyên cảnh chân (1) Cắt thần kinh giao cảm (13) Phục hồi thành bẹn (28) Cắt trĩ (16) Cắt nang/ cắt u (3) Cắt tuyến giáp (26) Cắt u nang (1) NS bóc trọn u (1) Cắt u sùi (1) NS cắt thùy phổi (3)

Kháng sinh dự phòng (KSDP)

Trong 369 hồ sơ khảo sát, có 325 TH (88,1%) được chỉ định dùng và không dùng KSDP phù hợp và 44 TH (11,9%) có chỉ định sử dụng KSDP không cần thiết cho những phẫu thuật sạch mà không có yếu tố nguy cơ đi kèm. Các hồ sơ này chủ yếu rơi vào các phẫu thuật Nam học (41 TH) như cột tĩnh mạch tinh, hạ tinh hoàn, cắt tinh hoàn và phục hồi thành bẹn theo Bassini (3 TH).

Có 277 hồ sơ sử dụng KSDP và 92 TH hoàn toàn không dùng kháng sinh trong suốt quá trình nằm viện. Đó là các TH thuộc khối Ngoại Tổng quát, đa số là phẫu thuật cắt trĩ, cắt rò hậu môn, phục hồi thành bẹn, cắt thần kinh giao cảm và cắt tuyến giáp.

Đánh giá tính hợp lý trong phác đồ KSDP (xem bảng 3), căn cứ theo phác đồ KSDP của từng chuyên khoa có 281 hồ sơ (76,2%) tuân thủ tất cả tiêu chí về chỉ định dùng hoặc không dùng kháng sinh, về loại kháng sinh, thời điểm và thời lượng trong liệu pháp KSDP. Khoa Nam học có tỷ lệ % tuân thủ chế độ KSDP thấp nhất (6%) với 40/50 hồ sơ có chỉ định dùng KSDP không cần thiết trên các loại phẫu thuật sạch như đã nêu trên. Vì vậy mà tỷ lệ % tuân thủ của khối Niệu thấp hơn so với khối Tổng quát (61,2% và 91,7%).

Nếu xét riêng 233 hồ sơ có khuyến cáo và được dùng KSDP phù hợp, tỷ lệ % tuân thủ các tiêu chí liên quan loại kháng sinh, thời điểm và thời lượng đạt 81,1%; trong đó, 94,4% tuân thủ về loại kháng sinh, 94,8% tuân thủ về thời điểm và 85,0% tuân thủ về thời lượng theo hướng dẫn KSDP chu phẫu của bệnh viện.

Có 35 TH kéo dài sử dụng KSDP mà không nêu lý do trong hồ sơ bệnh án, bao gồm 64,9% PT tiết niệu-sinh dục, 24,3% PT tiêu hóa và 10,8% PT khác (PT phục hồi thành bẹn theo Bassini, PT cắt u nang buồng trứng, PT đoạn nhũ trái và nạo hạch nách trái). Liều KSDP trung bình và thời lượng KSDP trung bình lần lượt là 3,9 liều (dao động 1-30 liều/ bệnh nhân) và 1,9 ngày (dao động 1-12 ngày/ bệnh nhân). Không có sự khác biệt về các chỉ số này giữa khối Niệu và khối Tổng quát (p = 0,952).

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng KSDP của khoa lâm sàng

	Khối Niệu (n=188)	**Khối Tổng quát (n=181)**	**Mẫu chung (n=369)**
% tuân thủ chế độ KSDP (chỉ định, loại kháng sinh, thời điểm và thời lượng)	61,2% (115/188)	91,7% (166/181)	76,2% (281/369)
% hồ sơ có chỉ định KSDP phù hợp với loại, thời điểm dùng và thời lượng dùng hợp lý	79,9%	83,1%	81,1%
% dùng đúng loại KSDP	92,4%	97,8%	94,4%
% dùng KSDP đúng thời điểm	94,4%	95,5%	94,8%
% dùng KSDP đúng thời lượng	83,3%	87,6%	85,0%
Liều KSDP trung bình/ bệnh nhân (khoảng dao động liều/ bệnh nhân) (liều)	3,9 (1-30)	3,9 (1-28)	3,9 (1-30)
Thời lượng KSDP trung bình (khoảng dao động ngày/ bệnh nhân) (ngày)	2,0 (1-9)	1,9 (1-12)	1,9 (1-12)

Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) bao gồm luôn cả nhiễm khuẩn vết mổ do rạch da và nhiễm khuẩn tiết niệu do phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo. Tỷ lệ NKVM là 12,5% (46/369), phân loại tỷ lệ NKVM theo loại phẫu thuật theo phân nhóm của bác sĩ là 18,4% ở PT sạch , 10,6% ở PT sạch nhiễm.

So sánh giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ hướng dẫn KSDP (sai chỉ định, sai chủng loại, sai thời điểm, sai thời lượng KSDP) về tỷ lệ NKVM, tương ứng lần lượt là 14,2% và 6,8% khác biệt không có ý nghĩa (p = 0,066). Đặc điểm dân số giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ hướng dẫn KSDP, ngoại trừ thời gian PT, có sự khác biệt về tuổi, giới tính, bệnh lý đi kèm, điểm ASA và loại PT (xem bảng 4). Điều này do 45,4% dân số trong nhóm không tuân thủ là thuộc khoa Nam học, với đặc điểm đều là giới tính nam, trẻ tuổi (29,6 ± 8,2), thực hiện phẫu thuật tiết niệu-sinh dục.

Bảng 4. So sánh đặc điểm dân số và tỷ lệ NKVM giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ KSDP

Đặc điểm	Nhóm tuân thủ (n = 281)	Nhóm không tuân thủ (n = 88)	Mẫu chung (n = 369)	Giá trị p
Tuổi	48,7 ± 16,4	38,8 ± 17,6	46,3 ± 17,2	p < 0,05
Giới tính: Nam Nữ	156 (55,5%) 125 (45,5%)	73 (83,0%) 15 (17,0%)	229 (62,1%) 140 (37,9%)	p < 0,05
Bệnh lý đi kèm theo từng bệnh: Tim mạch Hô hấp Đái tháo đường Dạ dày Bệnh khác Không bệnh lý	83 (29,5%) 18 (6,4%) 18 (6,4%) 45 (16,0%) 50 (17,8%) 158 (56,2%)	10 (11,4%) 3 (3,4%) 4 (4,5%) 9 (10,2%) 6 (6,8%) 26 (29,5%)	93 (25,2%) 21 (5,7%) 22 (6,0%) 54 (14,6%) 56 (15,2%) 184 (49,9%)	p = 0,001 p = 0,29 p = 0,52 p = 0,18 p = 0,012 p < 0,05
Điểm ASA: ASA = 1 ASA = 2 ASA = 3	59 (21,0%) 205 (73,0%) 17 (6,0%)	7 (8,0%) 77 (87,5%) 4 (4,5%)	66 (17,9%) 282 (76,4%) 21 (5,7%)	p = 0,014
Loại PT: PT tiết niệu-sinh dục PT tiêu hóa-gan mật PT khác	111 (39,5%) 92 (32,7%) 78 (27,8%)	70 (79,5%) 11 (12,5%) 7 (8,0%)	181 (49,1%) 103 (27,6%) 85 (23,3%)	P < 0,05
Thời gian PT trung bình (phút)	54,3 ± 42,5	60,6 ± 48,2	55,8 ± 43,9	p = 0,271
NKVM	40 (14,2%)	6 (6,8%)	46 (12,5%)	p = 0,066

Đối với các hồ sơ có chỉ định KSDP phù hợp, chúng tôi thực hiện so sánh giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ về thời lượng KSDP ở từng loại NKVM: NKVM do rạch da và NKĐTN do phẫu thuật nội soi qua ngả niệu đạo. Tỷ lệ NKVM do rạch da ở nhóm tuân thủ và không tuân thủ lần lượt là 8,9% và 6,9% (p = 1); trong khi tỷ lệ NKĐTN ở 2 nhóm lần lượt là 8,8% và 25% (p = 0,188). Sự khác biệt của từng loại NKVM đều không có ý nghĩa giữa 2 nhóm tuân thủ và không tuân thủ (xem bảng 5).

Bảng 5. So sánh tỷ lệ NKVM/ PT rạch da và NKĐTN/ PT tiết niệu qua ngã niệu đạo ở nhóm tuân thủ và không tuân thủ thời lượng KSDP

	Nhóm tuân thủ	**Nhóm không tuân thủ**	**Mẫu chung**	**Giá trị của p**
1. PT rạch da				
Số lượng HS	114	31	145	
NKVM	13 (11,4%)	2 (6,5%)	15 (10,3%)	p = 0,424
2. PT tiết niệu qua ngã niệu đạo				
Số lượng HS	80	8	88	
NK niệu	7 (8,8%)	2 (25%)	9 (10,2%)	p = 0,188

So sánh chi phí điều trị

Sau khi bắt cặp 7 hồ sơ có cùng chẩn đoán, phương pháp PT, giới tính, độ tuổi ± 5, ASA =1 hoặc 2 nhưng nhóm không tuân thủ là tiếp tục kéo dài kháng sinh sau phẫu thuật, tổng chi phí thuốc điều trị của nhóm tuân thủ và nhóm không tuân thủ thời lượng KSDP lần lượt là 3.545.200 đồng và 8.401.873 đồng. Chênh lệnh chi phí thuốc điều trị giữa 2 nhóm là 4.856.673 đồng, hơn 50% sự chênh lệch của chi phí là do tiền kháng sinh. Cụ thể, chênh lệch chi phí kháng sinh trung bình/người bệnh là 560.831,7 đồng giữa nhóm tuân thủ và không tuân thủ thời lượng KSDP.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm chung

Bệnh viện Bình Dân là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối về Tiết niệu – Tiêu hóa nên thường tiếp nhận và thực hiện rất nhiều loại phẫu thuật chuyên khoa. Trong nghiên cứu này, các loại phẫu thuật tiết niệu – sinh dục và ngoại tổng quát được ghi nhận nhiều nhất là nội soi tán sỏi niệu quản (15,4%), nội soi cắt túi mật (13,5%), phục hồi thành bẹn và cột tĩnh mạch tinh (8,9% mỗi loại). Việc phân loại PT sạch nhiễm đối với các phẫu thuật sạch như phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh và phẫu thuật phục hồi thành bẹn được xác định là do bác sĩ phẫu thuật đánh phiếu thông tin sử dụng kháng sinh thể hiện "PT sạch nhiễm" (điền phiếu sai).

Về kháng sinh dự phòng

Về chỉ định KSDP, tỷ lệ % chỉ định hợp lý "được khuyến cáo và được dùng KSDP" và "không được khuyến cáo và không dùng KSDP" vẫn đạt gần 90% so với nghiên cứu của tác giả Bùi Hồng Ngọc[(2)] cũng trên đối tượng KSDP tại BVBD với tỷ lệ tuân thủ 92,5% trên các hồ sơ khảo sát giai đoạn 08/2016 – 03/2017. Tuy nhiên, đa số trường hợp dùng KSDP không cần thiết của nhóm nghiên cứu là thuộc phẫu thuật bìu, cột tĩnh mạch tinh – không nằm trong mẫu nghiên cứu của tác giả thời điểm đó [(2)].

Đối với các PT sạch như phẫu thuật bìu, thắt ống dẫn tinh, cột tĩnh mạch tinh, viêc sử dụng KSDP là không cần thiết theo Hướng dẫn của bệnh viện. Nghiên cứu được thực hiện tại một bệnh viện tại Jakarta, Indonesia cũng ghi nhận không có nhiễm khuẩn tại chỗ hay nhiễm khuẩn toàn thân ở nhóm thực hiện các phẫu thuật này mà không cần sử dụng

KSDP [8].

Đối với PT phục hồi thành bẹn, vẫn còn nhiều tranh cãi xung quanh việc sử dụng KSDP khi có đặt mảnh ghép. Zamkowski M.T. nêu khuyến cáo sử dụng KSDP trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao có PT phục hồi thành bẹn bằng mảnh ghép[12]. Hướng dẫn sử dụng KSDP Hội Dược sĩ Hoa Kỳ năm 2013 cũng nêu thông tin dùng cefazolin làm KSDP trong PT phục hồi thành bẹn có dùng hoặc không dùng mảnh ghép[5]. Kết quả của loạt này ghi nhận 15 trường hợp PT phục hồi thành bẹn có mảnh ghép có nhiều bệnh nền nhưng không sử dụng KSDP và tỷ lệ NKVM là gần 50%. Vậy, việc sử dụng KSDP nên được khuyến cáo cho các PT phục hồi thành bẹn đặt mảnh ghép trên người bệnh có yếu tố nguy cơ cao.

Trong phẫu thuật cắt trĩ, mặc dù được phân nhóm sạch nhiễm, nhưng theo kinh nghiệm phẫu thuật viên thì không cần dùng KSDP vì nguy cơ nhiễm trùng thấp. Tuy nhiên, một số nhà lâm sàng sử dụng KSDP trước PT Longo do một số biến chứng nghiêm trọng [10]. Loạt này ghi nhận 7 hồ sơ PT Longo và 9 hồ sơ PT St Mark, nhưng chỉ có 1 trường hợp NKVM khi cắt trĩ theo phương pháp St Mark. Tương tự như phẫu thuật phục hồi thành bẹn có đặt mảnh ghép, việc dùng KSDP trong phẫu thuật cắt trĩ chỉ nên khuyến cáo trên người bệnh có yếu tố nguy cơ cao.

Về đặc điểm sử dụng KSDP của các khoa lâm sàng, so với số liệu của tác giả Bùi Hồng Ngọc thực hiện thì tỷ lệ tuân thủ KSDP theo tất cả tiêu chí cũng như tỷ lệ "được khuyến cáo sử dụng KSDP và được chỉ định KSDP với loại, thời điểm dùng và khoảng thời gian dùng hợp lý" của nhóm nghiên cứu lần lượt đạt giá trị cao hơn (76,2% vs 63,8%; 81,1% vs 68,6%) [2]. So với liều KSDP tối ưu theo lý thuyết là một liều duy nhất trước phẫu thuật rạch da, có thể lặp lại liều nhưng không quá 24 giờ, Ban Quản lý kháng sinh bệnh viện đã điều chỉnh thời lượng tối đa cho KSDP phù hợp theo từng loại phẫu thuật: đối với PT tiết niệu là 48 giờ nếu có lưu ống thông niệu đạo-bàng quang và đối với PT tiêu hóa là 72 giờ. Do đó, thời lượng sử dụng KSDP trung bình tại bệnh viện theo kết quả nghiên cứu là 1,9 ngày; có thể tăng lên 3,5 ngày ở khoa Ngoại tiêu hóa.

Ngoài ra, chế độ liều KSDP theo Hướng dẫn của bệnh viện năm 2015 được đánh giá là chế độ liều thấp so với khuyến cáo của Hội dược sĩ Hoa Kì. Hơn 50% hồ sơ sử dụng 2 liều KSDP trước và sau PT trong 24 giờ với liều thứ hai được thực hiện 12 giờ sau thời điều dùng liều đầu tiên trong khi theo các khuyến cáo chỉ dùng liều lặp lại trong trường hợp phẫu thuật kéo dài, mất nhiều máu, kháng sinh có thời gian bán thải ngắn. Thời gian khuyến cáo dùng liều lặp lại cũng thay đổi tùy theo thời gian bán thải của thuốc, như cefoxitin nên lặp lại sau 2 giờ [5].

Về tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ

So với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Anh Thư (2010), tỷ lệ % NKVM mẫu chung và phân loại tỷ lệ NKVM theo loại phẫu thuật của nhóm nghiên cứu là khá cao (12,5% vs 1,02%); trong đó PT sạch với 02 PT chính là cắt tuyến giáp và phục hồi thành bẹn có tỷ lệ NKVM lần lượt là 6,9% và 8,0% trên 87 TH khảo sát [11]. Tỷ lệ NKĐTN của PT qua ngả niệu đạo của nhóm nghiên cứu cũng cao so với kết quả của Hội Tiết niệu Châu Âu

(EAU) (10,2% vs 5,1%) [3]. Do nhóm nghiên cứu đánh giá NKVM và NKĐTN dựa trên đơn thuốc tái khám của bệnh nhân nếu có trong vòng 30 ngày sau PT hoặc 7 ngày sau xuất viện, nên việc khai thác thông tin chỉ trên đơn thuốc (chẩn đoán, thuốc dùng) mà không có yếu tố lâm sàng cũng có thể gây nhiễu số liệu, dẫn đến tỷ lệ NKVM và NKĐTN cao hơn so với thực tế.

Mặt khác, nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận được việc kéo dài sử dụng KSDP không làm giảm có ý nghĩa thống kê tỷ lệ NKVM và NKĐTN so với việc tuân thủ thời lượng KSDP mặc dù tỷ lệ này ở nhóm tuân thủ gấp đôi so với nhóm không tuân thủ và trị số p cũng khá tiệm cận với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,066). Điều này có thể lý giải do trong thực tế, việc sử dụng quá mức KSDP giống như kháng sinh điều trị tất yếu sẽ làm giảm nguy cơ xuất hiện nhiễm khuẩn vết mổ. Tuy nhiên, việc kéo dài thời lượng KSDP đã được chứng minh không cần thiết để giảm có ý nghĩa tỷ lệ NKVM. Một nghiên cứu năm 1992 so sánh việc dùng KSDP trong 1 ngày so với 7 ngày khi thực hiện đóng hậu môn nhân tạo ở trẻ em không thấy sự khác nhau về biến chứng nhiễm khuẩn [7]. Youn Young Park và cộng sự cũng chứng minh việc ngưng KSDP trong vòng 24 giờ sau khi thực hiện phẫu thuật đại trực tràng không ảnh hưởng có ý nghĩa trên tỷ lệ NKVM [13]. Tác giả Lê Thị Anh Thư (2010) cũng đã nêu việc dùng KSDP đúng và đủ thời lượng, không kéo dài trong PT sạch và sạch nhiễm không làm tăng NKVM mà còn tiết kiệm được chi phí.

Tương tự, kết quả so sánh của EAU giữa 2 nhóm bệnh nhân trước và sau áp dụng hướng dẫn về sử dụng kháng sinh dự phòng cho thấy nhóm sau can thiệp có tổng kháng sinh sử dụng thấp hơn, giảm đề kháng kháng sinh ở các tác nhân gây bệnh đường tiết niệu, giảm chi phí điều trị nhưng nguy cơ nhiễm trùng hậu phẫu là tương đương giữa 2 nhóm [3]. Một kết quả nghiên cứu của Katsumi Shigemura trên 389 bệnh nhân có thực hiện phẫu thuật tiết niệu và chỉ định sử dụng KSDP với thời gian 2 ngày cho phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi, phẫu thuật tán sỏi và cắt bướu tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo và thời gian 1 ngày KSDP cho các phẫu thuật khác qua ngả niệu đạo và tán sỏi ngoài cơ thể, lại cho thấy tỷ lệ NKVM giảm có ý nghĩa khi dùng thời lượng KSDP ngắn hơn so với nhóm chứng (0,77% vs 3,87%, p = 0,0111)[9].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy với sự duy trì giám sát sử dụng kháng sinh kết hợp với chương trình tập huấn của Ban QLKS tại bệnh viện, tỷ lệ tuân thủ KSDP vẫn được duy trì khá tốt (76,2%). Tỷ lệ NKVM không thay đổi có ý nghĩa khi kéo dài thời gian sử dụng KSDP so với nhóm tuân thủ. Đối với các phẫu thuật sạch nên lưu ý các yếu tố nguy cơ để xem xét chỉ định sử dụng KSDP phù hợp nhằm giảm thiểu nhiết nhất nguy cơ NKVM. Đây là nghiên cứu tổng hợp trên nhiều loại phẫu thuật với cỡ mẫu còn nhỏ, cần thực hiện thêm các nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên ở phạm vi rộng hơn theo từng chuyên khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012),** "Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ".
2. **Bùi Hồng Ngọc (2017),** "Đánh giá hiệu quả chương trình quản lý kháng sinh trên đối

tượng kháng sinh dự phòng tại một số khoa ngoại – Bệnh viện Bình Dân", Luận văn tốt nghiệp Đại học, Đại học Y Dược TP.HCM, Việt Nam.

3. **Cai T., Verze P., Brugnolli A. et al (2016),** "Adherence to European Association of Urology Guidelines on Prophylactic Antibiotics: An Important Step in Antimicrobial Stewardship", European urology, 69(2), pp. 276-283.
4. **CDC (2017),** "Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infecttion".
5. **D. W. Bratzler et al (2013),** "Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery", Surg Infect (Larchmt),14 (1), 73-156.
6. **Dellit T.H., Owens R.C., McGowan J.E., Jr. et al (2007),** "Infectious Diseases Society of America and the Society for Healthcare Epidemiology of America guidelines for developing an institutional program to enhance antimicrobial stewardship", Clin Infect Dis, 44(2), pp. 159-177.
7. **Feza M. Akgür et al (1992),** "Prophylactic antibiotics for colostomy closure in children: short versus long course", Pediatric Surgery International, volume 7, pages279–281.
8. **Irfan Wahyudi et al (2015),** "Safety of clean urologic operations without prophylaxis antibiotic therapy in CiptoMangunkusumo Hospital, Jakarta: A double-blind randomized controlled trial study", Asian Journal of Surgery, 38, 224-228.
9. **Katsumi Shigemura, Soichi Arakawa, Masuo Yamashita, Tomihiko Yasufuku and Masato Fujisawa (2009),** "Surgical Site Infection may be reduced by shorter duration of prophylactic antibiotic medication in Urological surgeries", Jpn. J. Infect. Dis., 62, 440-443.
10. **L. M. Sutherland, BSc; A. K. Burchard; K. Matsuda; et al (2002),** "A Systematic Review of Stapled Hemorrhoidectomy", Arch Surg,137(12):1395-1406.
11. **Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Văn Khôi (2010),** "Đánh giá hiệu quả của việc sử dụng kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch và sạch nhiễm tại bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học thực hành, 723 (6), 4-7.
12. **Mateusz T. Zamkowski et al (2016),** "Antibiotic prophylaxis in open inguinal hernia repair: a literature review and summary of current knowledge", Videosurgery Miniinv, 11 (3): 127–136.
13. **Youn Young Park et al (2015),** "Influence of Shorter Duration of Prophylactic Antibiotic Use on the Incidence of Surgical Site Infection Following Colorectal Cancer Surgery", Ann Coloproctol; 31(6):235-242.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI ỐNG MỀM NGƯỢC DÒNG QUA NIỆU ĐẠO TÁN SỎI THẬN BẰNG LASER KHÔNG ĐẶT STENT NIỆU QUẢN TRƯỚC MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỐC TẾ VINMEC

Lê Văn Hùng[1], Nguyễn Thị Thế Trinh[2], Vũ Ngọc Thắng[1]

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả phương pháp nội soi ống mềm ngược dòng qua niệu đạo tán sỏi thận bằng laser không đặt stent niệu quản trước mổ.

Phương pháp: Tổng số 125 bệnh nhân được chỉ định nội soi ống mềm ngược dòng qua niệu đạo tán sỏi thận bằng laser holmium. Nhóm phẫu thuật chia thành hai nhóm phụ thuộc vào việc bệnh nhân có được đặt stent niệu quản trước mổ hay không. So sánh đặc điểm của bệnh nhân, kích thước vị trí sỏi, thời gian phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi, biến chứng giữa 2 nhóm trên.

Kết quả: Tỷ lệ tiếp cận được bể thận để tán sỏi thận bằng ống mềm là 62 trong tổng số 68 bệnh nhân (chiếm 91,2 %) ở nhóm bệnh nhân không được đặt stent niệu quản trước phẫu thuật, trong khi với 63 bệnh nhân đã được đặt stent niệu quản trước phẫu thuật thì tỷ lệ là 100%. Tổng số 125 bệnh nhân được chia thành 2 nhóm (63 bệnh nhân được đặt stent niệu quản trước phẫu thuật và 62 bệnh nhân không được đặt stent niệu quản trước phẫu thuật). Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ở tỷ lệ sạch sỏi, thời gian phẫu thuật cũng như biến chứng sau phẫu thuật.

Kết luận: Phương pháp nội soi ống mềm ngược dòng tán sỏi thận bằng laser không đặt stent niệu quản trước mổ cho kết quả sớm sau mổ tốt.

Từ khoá: sỏi thận, tán sỏi bằng ống mềm, không đặt stent niệu quản.

[1]*Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Hà Nội*
[2]*Bác sỹ Nội trú đại học VinUni*
Liên hệ tác giả: Vũ Ngọc Thắng
Email: bsthangxp@gmail.com
Ngày nhận bài: 14/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

SUMMARY

THE OUTCOME OF FLEXIBLE URETEROSCOPY FOR MANAGEMENT OF RENAL CALCULI WITHOUT PREOPERATIVE STENTING

Purpose: To clarify the outcome of flexible ureteroscopy (fURS) for management of renal calculi without preoperative stenting.

Methods: A total of 125 patients who received fURS procedures for unilateral renal stones were reviewed. All procedures were divided into two groups depending on whether they received ureteral stenting preoperatively. Baseline characteristics of patients, stone size, stone location, operation time, stone-free rates, and complications were compared between both groups.

Results: Successful primary access to the renal pelvis was achieved in 62 of 68 (91.2%) patients without preoperative stenting, while all procedures with preoperative stenting (n = 62) were successfully performed. A total of 125 procedures were included for further data analysis (63 procedures in stenting group and 62 in non-stenting group). No significant differences was found regardless of a preoperative stent placement in terms of stone-free rate, operative time and complications.

Conclusion: fURS for management of renal stone without preoperative ureteral stenting are

associated with well outcome in short term follow-up.

Keywords: urolithiasis, fURS, non-stenting.

I. TỔNG QUAN

Với sự cải thiện của các thiết bị phẫu thuật cũng như công nghệ nội soi đã làm cho nội soi ngược dòng tán sỏi bằng ống mềm (fURS) là một lựa chọn ngày càng phổ biến cho bệnh nhân có sỏi thận [1]. Chỉ định tán sỏi thận bằng phương pháp này cũng được mở rộng ngay cả đối với những sỏi có kích thước lớn hơn 2 cm [2].

Đặt stent niệu quản trước phẫu thuật thường được thực hiện để làm niệu quản giãn, điều này tạo điều kiện cho shealth niệu quản cũng như ống soi mềm di chuyển thuận lợi hơn khi tán sỏi thận ở thì 2. Trong một nghiên cứu, một sonde JJ được đặt 5-10 ngày trước phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi ống mềm được khuyến cáo như một kỹ thuật tiêu chuẩn để đạt được kết quả tốt khi phẫu thuật tán sỏi thận [3].

Tuy nhiên, đặt stent niệu quản trước phẫu thuật chắc chắn dẫn đến sự tăng chi phí phẫu thuật, thời gian cũng như các tác dụng không mong muốn như đau quặn thận, rối loạn chức năng tình dục, các triệu chứng gây kích thích và nhiễm trùng đường tiết niệu tiềm ẩn [4]. Các than phiền của bệnh nhân là một vấn đề đối với các phẫu thuật viên tiết niệu sau khi đặt stent niệu quản.

Tại bệnh viện của chúng tôi, càng ngày càng có nhiều bệnh nhân được thực hiện tán sỏi thận bằng ống mềm mà không cần đặt stent niệu quản trước phẫu thuật. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả của phương pháp này, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để trả lời cho câu hỏi đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được thực hiện kỹ thuật nội soi bằng ống mềm qua đường niệu đạo điều trị sỏi thận

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có sỏi niệu quản kèm theo, bệnh nhân tán sỏi thận niệu quản 2 bên trên cùng một lần phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được mời tham gia nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân được phân thành 2 nhóm tuỳ thuộc vào việc họ có được đặt stent trước khi phẫu thuật hay không. Các bệnh nhân trong nhóm được đặt stent JJ niệu quản (6-7Fr) vì lý do có cơn đau dai dẳng, sốt, giảm chức năng thận hay chỉ để tạo thuận lợi cho thì phẫu thuật tiếp theo. Các bệnh nhân còn lại không đặt stent JJ niệu quản trước phẫu thuật. Tất cả bệnh nhân trước khi thực hiện fURS đều được gây mê mask thanh quản. Các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu đã được điều trị và kiểm soát tốt trước phẫu thuật.

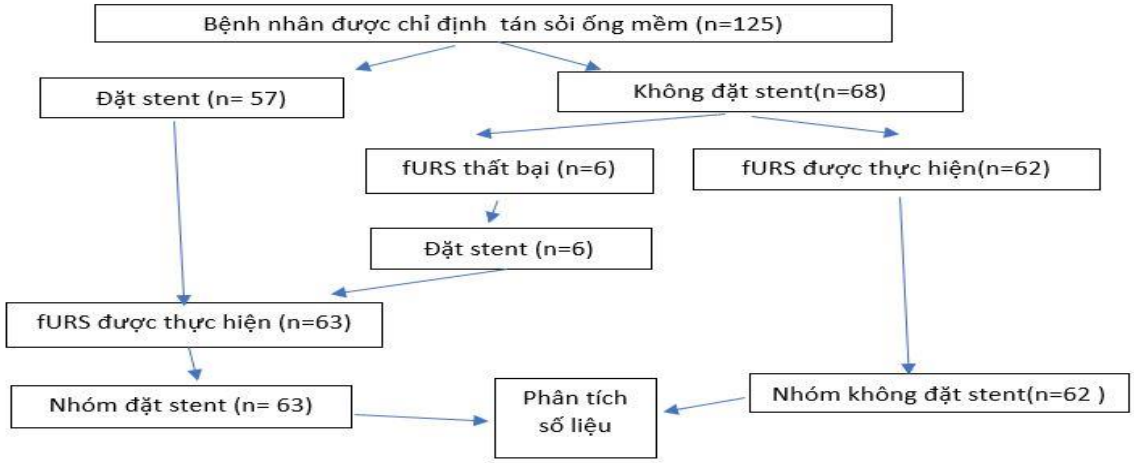
Đối với bệnh nhân đã có stent niệu quản, trước khi tán sỏi thận bằng ống mềm, stent niệu quản được rút ra qua soi niệu quản hoặc soi bàng quang. Với bệnh nhân không đặt stent, tiến hành nong niệu quản bằng bộ nong niệu quản plastique từ số 8 đến số 14Fr dưới dây dẫn đường, theo dõi trong quá trình nong bằng C-arm. Sau đấy một shealth niệu quản (13/11 Fr) được đặt. Sỏi thận được tán bằng ống soi mềm sử dụng một lần 7,8Fr (Hãng AccuTech) với sợi laser 230mm hoặc 350 mm tùy vị trí sỏi. Rọ lấy sỏi được sử dụng tuỳ theo yêu cầu của phẫu thuật viên.

Tất cả bệnh nhân được chụp XQ hệ tiết niệu hoặc chụp cắt lớp vi tính tại thời điểm vài tuần sau điều trị. Kết quả XQ được xác nhận bởi đồng thời bởi phẫu thuật viên tiết niệu và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh. Các tiêu chí ghi nhận bao gồm vị trí sỏi, số lượng, đường kính sỏi. Tiêu chuẩn sạch sỏi khi không còn sỏi, hoặc còn các mảnh sỏi <4mm. Sốt được xác định khi nhiệt độ > 38 độ C.

Số liệu được nhập và phân tích trên chương trình Jamovi 1.6. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2018 đến 4/2021 chúng tôi thu thập được 125 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi bằng ống mềm ngược dòng qua đường niệu đạo tán sỏi thận bằng laser.



Biểu đồ 1: Phân loại nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy phần lớn bệnh nhân (62 trên tổng số 68) được chỉ định tán sỏi thận bằng ống mềm không cần đặt stent niệu quản trước phẫu thuật đều được thực hiện phẫu thuật này thành công, trong khi có 6 bệnh nhân không thể soi niệu quản để tiếp cận được bể thận và cần đặt stent niệu quản cho lần tán sỏi ống mềm ở lần phẫu thuật sau. Tất cả 63 bệnh nhân được đặt stent niệu quản từ đầu (bao gồm cả 6 bệnh nhân được mô tả ở trên) đều thực hiện thành công phẫu thuật tán sỏi thận bằng ống mềm.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nhóm có stent và không có stent niệu quản trước phẫu thuật

	Nhóm có stent	**Nhóm không có stent**	**p**
Số lượng	63	62	
Tuổi	51,0 ± 11,7	49,6 ± 13,6	0,547
Giới	38/25	38/24	0,911
Vị trí trái/phải	39/24	40/22	0,762
Thời gian phẫu thuật	67,3 ± 21,0	63,5 ± 20,6	0,301

Kích thước sỏi <10mm 10-20mm >20mm	18,3 ± 17,0 6 35 22	18,8 ± 17,0 5 32 25	0,638
Sỏi đơn độc/ Sỏi nhiều vị trí	46/17	39/23	0,226
Vị trí sỏi đối với sỏi đơn độc Đài trên Đài dưới Đài giữa Sỏi bể thận	 6 5 11 24	 3 2 12 22	
Tỷ lệ sạch sỏi	74,6% (47/63)	72,6% (45/62)	0,798
Tỷ lệ sạch sỏi với sỏi đơn độc	82,6% (38/46)	76,9% (30/39)	0,514

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê giữa nhóm đặt stent (n=63) và nhóm không đặt stent (n=62) về độ tuổi, giới tính, vị trí trái/phải, thời gian phẫu thuật, kích thước sỏi, tỷ lệ sỏi một vị trí/ sỏi nhiều vị trí. Tỷ lệ sạch sỏi trung bình là 73,6% (92/125). Tỷ lệ sạch sỏi là tương tự ở cả 2 nhóm có đặt stent và không đặt stent. Tỷ lệ sạch sỏi đối với sỏi ở một vị trí đơn độc cũng tương tự giữa cả 2 nhóm.

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ sạch sỏi

Yếu tố nguy cơ	Phân nhóm	OR	95% CI	p
Kích thước sỏi		1,11	0,49-2,51	0,804
Sỏi đơn độc/ Sỏi nhiều vị trí	1 và >=2	2,67	1,17-6,09	0,018
Đặt stent trước phẫu thuật	Có và Không	1,11	0,50-2,46	0,798

Nhận xét: Trong nghiên cứu này, sỏi ở một vị trí đơn độc khi so sánh với sỏi nhiều vị trí là một yếu tố dự đoán độc lập với tỷ lệ sạch sỏi sau can thiệp với p = 0.018.

Bảng 3: So sánh biến chứng sau phẫu thuật giữa 2 nhóm bệnh nhân theo phân độ Clavien-Dindo

	Clavien	Nhóm có stent	Nhóm không có stent	p
Sốt	Grade II	5 (7,93%)	3(4,83%)	0,479
Tổn thương niệu quản	Grade IIIb	0	0	
Truyền máu	Grade II	0	0	
Nhiễm khuẩn huyết	Grade IVb	1 (1,58%)	1 (1,61%)	

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng thấp ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ sốt sau phẫu thuật cao hơn ở nhóm có stent trước phẫu thuật so với nhóm không có stent trước phẫu thuật, tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Không có bệnh nhân nào phải truyền máu cũng như thương tổn niệu quản sau phẫu thuật. Tuy nhiên có 2 bệnh nhân (mỗi nhóm có 1 bệnh nhân) gặp biến chứng nhiễm khuẩn huyết sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Khả năng tiếp cận được bể thận khi không đặt stent niệu quản trước phẫu thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 68 bệnh nhân được chỉ định nội soi ngược dòng tán sỏi thận bằng ống mềm mà không đặt stent niệu quản trước, có 6 bệnh nhân đã không thực hiện được phẫu thuật do không thể soi niệu quản tiếp cận được bể thận. Nguyên nhân thất bại ở những bệnh nhân này là do lòng niệu quản bị hẹp, và gập góc dù không có yếu tố tiên lượng cũng như bằng chứng chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật. Tỷ lệ thất bại này cũng tương đương nghiên cứu của Zhang và cộng sự [5].

Cả 6 bệnh nhân này đều được thực hiện đặt stent niệu quản, chuẩn bị cho lần phẫu thuật tán sỏi ống mềm thì 2 sau từ 7 đến 14 ngày. Ở lần phẫu thuật tiếp theo, chúng tôi không nhận thấy niệu quản bị hẹp hay gập góc như lần phẫu thuật trước và phẫu thuật tán sỏi được thực hiện thuận lợi ở tất cả bệnh nhân (100%). Việc đặt stent niệu quản trước phẫu thuật làm giãn niệu quản và do đó khả năng tiếp cận được bể thận dễ dàng hơn. Nghiên cứu của Ambani [6] khi nghiên cứu hồi cứu 41 bệnh nhân được đặt stent niệu quản sau khi thất bại ở lần tán sỏi thận bằng ống mềm đầu tiên. Lần phẫu thuật thứ 2 được thực hiện sau 4-34 ngày và thành công ở 38/41 bệnh nhân (93%). Do đó theo kinh nghiệm của chúng tôi khi soi niệu quản gặp khó khăn trong lần fURS đầu tiên, việc đặt một stent niệu quản và chuẩn bị cho lần phẫu thuật tiếp theo là hợp lý và cần thiệt thay vì cố gắng mạo hiểm nong rộng niệu quản và phẫu thuật.

Đánh giá tỷ lệ sạch sỏi giữa 2 nhóm có hoặc không có stent niệu quản trước phẫu thuật.

Tỷ lệ sạch sỏi ở nghiên cứu của chúng tôi là không cao so với các nghiên cứu khác. Điều này có thể giải thích do kích thước sỏi của nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác [3]. Hơn nữa, trong khi chụp cắt lớp vi tính đánh giá chính xác kích thước sỏi sau phẫu thuật, chúng tôi chỉ chụp Xquang hệ tiết niệu sau mổ để đánh giá sạch sỏi để tiết kiệm chi phí cũng như hạn chế tia xạ.

Khi so sánh giữa 2 nhóm có stent niệu quản trước và không có stent niệu quản, chúng tôi thấy tỷ lệ sạch sỏi là cao hơn ở nhóm có stent niệu quản phẫu thuật tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (74,6% với 72,6%, p=0,798). Kết quả này không tương đồng với một số nghiên cứu đã xuất bản ([5]) . Điều này có thể giải thích do trong các nghiên cứu này tỷ lệ sỏi niệu quản chiếm một tỷ lệ lớn trong số lượng bệnh nhân nghiên cứu. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi cũng thấy rằng yếu tố có stent trước phẫu thuật không phải là một yếu tố độc lập tiên lượng tỷ lệ sạch sỏi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Ito và cộng sự [7], Zhang và cộng sự [5]. Theo kinh nghiệm của chúng tôi, một khi sheath niệu quản tiếp cận được bể thận, tỷ lệ tán sạch sỏi phụ thuộc nhiều hơn vào đặc điểm sỏi cũng như hình thái giải phẫu đài thận nhiều hơn là sự có mặt hay không của stent niệu quản trước phẫu thuật. Các nghiên cứu của Skolarius cũng ủng hộ điều này [8].

Nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá các yếu tố tiên lượng tỷ lệ sạch sỏi chỉ ra yếu tố sỏi một vị trí đơn độc là một yếu tố độc lập có giá trị tiên lượng (với p =0,018) trong khi kích thước sỏi không ảnh hưởng đến tiên lượng sạch sỏi (p= 0,804). Điều này không tương đồng với các nghiên cứu đã được xuất bản [8] khi chỉ ra kích thước sỏi < 20mm là

một yếu tố dự đoán tỷ lệ sạch sỏi. Điều này có thể giải thích khi phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là ở một vị trí, sỏi ở bể thận là chủ yếu và số lượng bệnh nhân nghiên cứu chưa đủ lớn.

So sánh thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm có hoặc không có stent trước phẫu thuật.

Ở nghiên cứu này thời gian phẫu thuật là tương tự nhau ở cả 2 nhóm. Tuy nhiên các kết quả khác nhau đã được báo cáo ở các nghiên cứu khác. Lumma và cộng sự nhận thấy rằng thời gian phẫu thuật ở bệnh nhân có stent trước phẫu thuật là dài hơn khoảng 4,9 phút so với nhóm không có stent trước phẫu thuật và giải thích rằng thời gian này có thể là do nhóm có stent cần phải thao tác để rút stent niệu quản trước khi tán sỏi [9]. Ngược lại một nghiên cứu khác lại chỉ ra rằng nhóm có stent trước phẫu thuật có thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với nhóm không có stent vì sau khi được đặt stent niệu quản có xu hướng giãn hơn do đó các thao tác của quá trình tán sỏi ống mềm được thực hiện nhanh hơn [10].

Biến chứng sau phẫu thuật so sánh giữa 2 nhóm

Các biến chứng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là rất hiếm, tuy nhiên biến chứng sốt sau phẫu thuật có tỷ lệ cao so với các biến chứng khác. Nguyên nhân gây sốt ở nhóm có stent niệu quản có thể do việc đặt một stent kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu tiềm ẩn [4]. Ở nhóm không có stent niệu quản trước phẫu thuật, tỷ lệ sốt ở bệnh nhân cũng tương tự với kết quả của nghiên cứu của Skolarikos (3,6% bệnh nhân sốt ở nhóm sỏi thận 10-20mm) [8]. Mặc dù tỷ lệ sốt ở nhóm có stent cao hơn so với nhóm có không có stent trước phẫu thuật tuy nhiên so sánh này không có ý nghĩa về mặt thống kê.

Biến chứng tổn thương niệu quản không được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích một phần do các tổn thương nhẹ không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án cũng như rất khó để đánh giá một cách chính xác thương tổn ở niệu quản. Mặc dù các thương niệu quản lớn như đứt rời niệu quản gần như chắc chắn khó có thể xảy ra chúng tôi dự đoán rằng các thương tổn nhỏ là hoàn toàn có thể phổ biến. Theo kinh nghiệm của chúng tôi khi cảm thấy quá khó khăn khi cố gắng tiếp cận bể thận thay vì mạo hiểm, có thể tạm dừng phẫu thuật tán sỏi và đặt một stent niệu quản và chờ đợi lần phẫu thuật thì 2.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phẫu thuật nội soi ống mềm ngược dòng qua niệu đạo tán sỏi thận bằng laser không đặt stent niệu quản trước mổ là một phương pháp hiệu quả với tỷ lệ thành công cao và kết quả ngắn hạn tốt khi so sánh với các trường hợp đặt stent niệu quản trước phẫu thuật. Tuy nhiên cần các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên ở quy mô lớn, đa trung tâm để đánh giá vai trò của đặt stent niệu quản trước phẫu thuật nhất là trong các trường hợp cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dauw C.A., Simeon L., Alruwaily A.F., et al. (2015).** Contemporary practice patterns of flexible ureteroscopy for treating renal stones: results of a worldwide survey. J Endourol, 29(11), 1221–1230.
2. **Aboumarzouk O.M., Monga M., Kata S.G., et al. (2012).** Flexible ureteroscopy and laser lithotripsy for stones> 2 cm: a systematic review and meta-analysis. J Endourol, 26(10),

1257–1263.

3. **Miernik A., Wilhelm K., Ardelt P.U., et al. (2012).** Standardized flexible ureteroscopic technique to improve stone-free rates. Urology, 80(6), 1198–1202.
4. **Shigemura K., Yasufuku T., Yamanaka K., et al. (2012)**. How long should double J stent be kept in after ureteroscopic lithotripsy?. Urol Res, 40(4), 373–376.
5. **Zhang J., Xu C., He D., et al. (2016)**. Flexible ureteroscopy for renal stone without preoperative ureteral stenting shows good prognosis. PeerJ, 4, e2728.
6. **Ambani S.N., Faerber G.J., Roberts W.W., et al. (2013).** Ureteral stents for impassable ureteroscopy. J Endourol, 27(5), 549–553.
7. **Ito H., Sakamaki K., Kawahara T., et al. (2015).** Development and internal validation of a nomogram for predicting stone-free status after flexible ureteroscopy for renal stones. BJU Int, 115(3), 446–451.
8. **Skolarikos A., Gross A.J., Krebs A., et al. (2015).** Outcomes of flexible ureterorenoscopy for solitary renal stones in the CROES URS global study. J Urol, 194(1), 137–143.
9. **Lumma P.P., Schneider P., Strauss A., et al. (2013).** Impact of ureteral stenting prior to ureterorenoscopy on stone-free rates and complications. World J Urol, 31(4), 855–859.
10. **Chu L., Sternberg K.M., and Averch T.D. (2011).** Preoperative stenting decreases operative time and reoperative rates of ureteroscopy. J Endourol, 25(5), 751–754.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG VÀ XÉT NGHIỆM CỦA 71 TRƯỜNG HỢP NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU DO E.COLI TẠI BỆNH VIỆN SẢN - NHI NGHỆ AN

Lê Thị Thanh Huyền[1], Nguyễn Ngọc Sáng[2], Hồ Hữu Thọ[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và xét nghiệm của nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) do E.coli ở trẻ em.

Đối tượng: 71 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi bị NKTN do E.coli vào điều trị tại bệnh viện Sản - Nhi Nghệ An từ tháng 6/2018 đến tháng 12/2020. Phương pháp: Mô tả tiến cứu một loạt ca bệnh.

Kết quả: NKTN do E.coli ở trẻ từ 2 tháng đến dưới 5 tuổi chiếm 81,7%, từ 5 tuổi đến 10 tuổi chiếm 9,8% và trên 10 tuổi là 8,5%. Tỷ lệ nữ 59,2%, nam 40,8%. Triệu chứng lâm sàng: sốt > 39,5^{0}C (3,8%), sốt 38,5^{0}C - 39,4^{0}C (23,9%). Rối loạn tiểu tiện (91,5%) bao gồm đái đục (53,5%), đái buốt (30,9%), đái máu (23,9%), đái rắt (33,8%). Xét nghiệm máu: Bạch cầu 15,1 ± 6,3 x 10^9/l, CRP 50,58 ± 10,8 mg/l. Bạch cầu niệu dương tính 100%. E.coli sinh ESBL 63,2 %, E.coli đề kháng lại các kháng sinh: Ampicillin (97,1%), cefotaxim (66,7%), ceftazidim (65,2%), cefepim (59,7%). Kháng sinh còn nhạy cảm cao

[1]*Trường Đại học Y khoa Vinh*
[2]*Đại học Y Dược Hải Phòng*
[3]*Học viện Quân y*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Ngọc Sáng
Email: nnsang@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6/8/2021
Ngày phản biện: 23/8/2021
Ngày duyệt bài: 25/8/2021

với E.coli là ciprofloxacin (65,7%), amikacin (95,5%), piperacillin/tazobactam (85,3%), imipenem (92,9%) và meropenem (91,4%).

Kết luận: NKTN do E.coli thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi. Triệu chứng lâm sàng chủ yếu là sốt, rối loạn tiểu tiện. Xét nghiệm nước tiểu thấy bạch cầu niệu dương tính 100%. E.coli đã kháng lại ampicillin, cefotaxim, ceftazidim nhưng còn nhạy cảm cao với ciprofloxacin, amikacin, piperacillin, imipenem, meropenem.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, E.coli, trẻ em.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL EPIDEMIOLOGY AND LABORATORY OF 71 CHILDREN WITH URINARY TRACT INFECTIONS CAUSED BY E.COLI AT NGHE AN OBSTETRIC - PEDIATRIC HOSPITAL

Objective: To describe some characteristics of clinical epidemiology and laboratory of children with urinary tract infection caused by E.coli.

Subject: 71 patients aged from 2 months to 15 years with urinary tract infection caused by E.coli in Nghe An Obstetric and Pediatric Hospital from 06/2018 to 12/2020. Method: Case series study.

Results: Children with urinary tract infection caused by E.coli aged from 2 months to under 5 years accounted for 81.7%, those aged from 5 years to 10 years accounted for 9.8%, and those aged over 10 years accounted for 8.5%. 59.2% of cases were girls, and 40.8% were boys. The clinical symptoms: high fevers with a temperature above 39.5^0C (3.8%) and mild fever with a temperature from 38.5^0C to 39.4^0C (23.9%). Urinary disorders accounted for 91.5%, including cloudy urine (53.5%), painful urination (30.9%), leaky urination (33.8%), and hematuria (23.9%). Blood test: WBC 15.1 ± 6.3 x 10^9/l, serum CRP 50.58 ± 10.8 mg/l. Urinary leukocytes were 100% positive. E.coli that produced ESBL presented in 63.2% of cases. E.coli resisted Ampicillin (97.1%), cefotaxime (66.7%), ceftazidime (65.2%), cefepime (59.7%). Antibiotics that were highly effective against E.coli were ciprofloxacin (65.7%), amikacin (95.5%), piperacillin/tazobactam (85.3%), imipenem (92.9%) and meropenem (91.4%).

Conclusion: Urinary tract infection caused by E.coli was common in children aged under 5 years. Common clinical symptoms were fever and urinary disorders. Urinary leukocytes were found in all cases. E.coli resisted ampicillin, ceftazidime, cefepime but was highly sensitive to ciprofloxacin, amikacin, piperacillin/tazobactam, imipenem, and meropenem.

Keywords: urinary tract infection, E.coli, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu (NKTN) là bệnh thường gặp ở trẻ em, đứng thứ 3 sau nhiễm trùng hô hấp và tiêu hóa, nếu không được phát hiện và điều trị sớm có thể để lại nhiều biến chứng và di chứng khi trưởng thành. Các nghiên cứu trong nước [1], [3], [4], [5] và ngoài nước [7], [8], [9], [10] đều chỉ ra rằng vi khuẩn gây NKTN chủ yếu ở trẻ em là E.coli. Tuy nhiên, các nghiên cứu [7], [8], [10] cho thấy E.Coli đã kháng lại nhiều kháng sinh. NKTN do E.coli tại bệnh viện Sản - Nhi Nghệ An có đặc điểm dịch tễ học lâm sàng, xét nghiệm như thế nào? Tình trạng kháng kháng sinh của E.coli ra sao? là những câu hỏi rất cần lời giải đáp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm dịch tễ học lâm sàng và xét nghiệm của NKTN do E.coli ở trẻ 2 tháng đến 15 tuổi vào điều trị tại bệnh

viện Sản Nhi tỉnh Nghệ An từ 06/2018 đến 12/2020.

Chúng tôi hy vọng với kết quả thu được sẽ góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị bệnh NKTN do E.coli, một bệnh thường gặp ở trẻ em nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 71 bệnh nhi từ 2 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán NKTN do E.coli vào điều trị tại bệnh viện Sản – Nhi Nghệ An từ 06/2018 đến 12/2020. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKTN do E.coli: chủ yếu dựa vào xét nghiệm nước tiểu có bạch cầu niệu (+) và vi khuẩn E.coli $\geq 10^5$ khuẩn lạc/ ml khi cấy nước tiểu giữa dòng. Tiêu chuẩn loại trừ: NKTN do E.coli ở trẻ < 2 tháng tuổi, NKTN không phải do E.coli hay NKTN do E.coli phối hợp thêm vi khuẩn khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả tiến cứu một loạt ca bệnh.

Cách chọn mẫu thuận tiện: Lấy toàn bộ bệnh nhi bị NKTN do E.coli từ 06/2018 đến 12/2020. Phương pháp xét nghiệm nước tiểu và làm kháng sinh đồ (KSĐ): Xét nghiệm nước tiểu bằng que nhúng Multistix và đọc kết quả trên máy phân tích nước tiểu 10 thông số Model cliniteck-50 của hãng Bayer. Khi có bạch cầu và/hoặc nitrit (+), mẫu nước tiểu đó sẽ được đem soi tươi và soi cặn sau ly tâm. Những bệnh nhân có bạch cầu niệu (+) thì được lấy nước tiểu giữa dòng vào ống nghiệm đã hấp tiệt trùng để nuôi cấy, phân lập vi khuẩn gây bệnh và làm KSĐ tại khoa vi sinh bệnh viện Sản - Nhi Nghệ An, theo qui trình của tổ chức Y tế thế giới.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

Một số đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

Thông số	Số bệnh nhi	Tỉ lệ %
Tuổi (năm)		
< 5	58	81,7
5 – 10	7	9,8
11 – 15	6	8,5
Giới		
Nam	29	40,8
Nữ	42	59,2
Địa dư		
Nông thôn	45	63,4
Thành thị	26	36,6

Bảng 1 cho thấy NKTN do E.coli gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 5 tuổi. Số trẻ nữ mắc chiếm tỉ lệ cao hơn so với nam, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Tỉ lệ trẻ mắc bệnh sống ở nông thông nhiều hơn thành thị ($p<0,05$)

Biểu hiện lâm sàng:

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu:

Thông số	Số bệnh nhi	Tỉ lệ %
Nhiệt độ (^{0}C)		
< 37,5	25	35,2
37,5-38,4	27	38,0
38,5 - 39,5	17	23,9
> 39,5	2	3,8
Rối loạn tiểu tiện		
Đái đục	38	53,5
Đái rắt	24	33,8
Đái buốt	22	30,9
Đái máu	17	23,9
Không	6	8,5

Bảng 2 cho thấy phần lớn bệnh nhi có sốt. Rối loạn tiểu tiện cũng là một triệu chứng thường gặp, trong đó thường gặp nhất là đái đục, đái rắt, đái buốt.

3.2. Biểu hiện xét nghiệm

Xét nghiệm máu

+ Số lượng bạch cầu: 43 trẻ (60,6%) biểu hiện tăng, số lượng bạch cầu trung bình trong nghiên cứu là 15,1 ± 6,3 x 10^9/l với số bạch cầu thấp nhất là 4,4 x 10^9/l và cao nhất là 37,7 x 10^9/l.

+ Bạch cầu trung tính: Có 42 trẻ (73,7 %) tăng.

- CRP huyết thanh: Có 56 bệnh nhi (78,9%) tăng > 10 mg/l, CRP huyết thanh trung bình là 50,58 ± 10,8 mg/l.

Xét nghiệm máu của bệnh nhi cho thấy xu hướng tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính. Định lượng CRP huyết thanh tăng ở phần lớn trẻ.

Xét nghiệm nước tiểu

Bảng 3: Bạch cầu, hồng cầu và nitrit niệu của các đối tượng nghiên cứu

Thông số		Số bệnh nhân (n=71)	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu niệu	+	11	15,5
	++	13	18,3
	+++	31	43,7
	Rất nhiều	16	22,5
Hồng cầu niệu	(-)	21	29,6
	(+)	26	36,6
	(++)	12	16,9
	(+++)	12	16,9
Nitrit niệu	(-)	29	40,8
	(+)	41	57,8
	> (+)	1	1,4

Bảng 3 cho thấy đa số bệnh nhân có bạch cầu niệu nhiều. Ngoài ra còn gặp nitrit niệu và hồng cầu niệu dương tính ở một số trường hợp.

Vi khuẩn niệu: Trong số 71 bệnh nhi có E.coli dương tính, 68 trường hợp được thử enzym Beta lactamase phổ rộng (ESBL). Kết quả có 43 (63,2%) trường hợp ESBL dương tính và 25 (36,8%) trường hợp âm tính.

***Bảng 4**: Sự nhạy cảm của E.coli với kháng sinh trên kháng sinh đồ*

Kháng sinh	Số bệnh nhân làm KSĐ	Nhạy cảm	Trung gian	Kháng
		n (%)	n (%)	n (%)
Ampicillin	70	2(2,9)		68(97,1)
Piperacillin	68	58(85,3)	4(5,9)	6(8,8)
Cefotaxim	66	21(31,8)	1(1,5)	44(66,7)
Ceftazidim	66	23(31,8)		43(65,2)
Cefepim	62	25(40,3)		37(59,7)
Imipenem	70	65(92,9)		5(7,1)
Meropenem	70	64(91,4)	1(1,4)	5(7,1)
Amikacin	67	64(95,5)		3(4,5)
Gentamicin	70	47(67,1)		23(32,9)
Ciprofloxacin	70	46(65,7)	3(4,3)	21(30)

Bảng 4 cho thấy E.coli đề kháng cao với ampicillin, cefotaxim, ceftazidim nhưng còn nhạy cảm với amikacin, piperacillin/tazobactam, imipenem và meropenem.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm dịch tễ lâm sàng

Tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi thấy lứa tuổi hay mắc bệnh nhất là dưới 5 tuổi với tỷ lệ 81,7%. Các tác giả nghiên cứu về NKTN ở trẻ em đều cho thấy bệnh hay gặp ở trẻ nhỏ nhất là dưới 2 tuổi, tỷ lệ này trong nghiên cứu của Tô Văn Hải [2] là 64,44%, Trần Đình Long và Nguyễn Thị Ánh Tuyết [4] là 56,25%, theo K. Ismaili và CS (2011) là 75%. Trẻ nhỏ hay bị mắc NKTN do có bất thường về giải phẫu và chức năng đường tiết niệu sinh dục, hệ thống miễn dịch biểu mô tiết niệu và hệ miễn dịch bẩm sinh chưa phát triển hoàn thiện, còn non yếu.

Giới: có 42 trẻ gái chiếm 59,2% và 29 trẻ nam chiếm 40,8%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Các tác giả Đỗ Bích Vân [5], Vachvanichsanong và CS [10] đều thấy trẻ trai dưới 1 tuổi mắc bệnh cao hơn trẻ gái. Lý do là vì dưới 1 tuổi trẻ trai hay mắc di dạng tiết niệu. Ở trẻ trên 1 tuổi, Tô Văn Hải [2], Trần Đình Long và Nguyễn Thị Ánh Tuyết [4], Ganesh và CS [6], Gonzalez và CS [8] đều có nhận xét tương tự, vì trẻ gái có nhiều yếu tố thuận lợi gây NKTN như lỗ đái gần hậu môn trực tràng, niệu đạo ngắn, môi trường vùng tầng sinh môn luôn có độ ẩm cao…

Về lâm sàng: nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sốt là triệu chứng thường gặp trong đó sốt cao gặp nhiều nhất (61,9%). Tô Văn Hải [2], Trần Đình Long và Nguyễn Thị Ánh Tuyết [4], đều thấy sốt là triệu chứng gặp ở

đa số bệnh nhân NKTN. Rối loạn tiểu tiện gặp ở 91,5% bệnh trong đó có 38 trẻ (53,5%) đái đục, 22 trẻ (30,9%) đái buốt, 17 trẻ (23,9%) đái máu, 24 trẻ (33,8%) đái rắt. Nghiên cứu của Tô Văn Hải [2] cho thấy tỷ lệ đái rắt là 45,57%, đái buốt 24,44%, đái đục 17,78%. Như vậy rối loạn tiểu tiện là biểu hiện thường gặp và có giá trị định hướng chẩn đoán.

4.2. Về xét nghiệm

+ Xét nghiệm máu: Kết quả của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu, bạch cầu trung tính tăng, tăng nồng độ CRP huyết thanh. Kết quả này phù hợp với Tô Văn Hải [2], Trần Đình Long và Nguyễn Thị Ánh Tuyết [4].

+ Xét nghiệm nước tiểu: Tất cả các bệnh nhân có bạch cầu niệu, trong đó phần lớn là bạch cầu niệu nhiều. Nghiên cứu của các tác giả [2], [4] cũng có nhận định tương tự, ngoài ra có thể gặp hồng cầu niệu (70,4%), nitrit niệu dương tính (59,2%).

+ Kháng sinh đồ: E.coli đề kháng cao với ampicillin (97,1%), nhóm cefalosporin cũng bị kháng cao: cefotaxim (66,7%), cefotaxim (66,7%), ceftazidim (65,2%) và cefepim (59,7%). Các kháng sinh còn nhạy cảm cao với E.coli là ciprofloxacin (65,7%), amikacin (95,5%), piperacillin/tazobactam (85,3%), imipenem (92,9%) và meropenem (91,4%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Hương và CS [3], Giri và CS [7], Guzman và CS [9].

V. KẾT LUẬN

Về đặc điểm dịch tễ học lâm sàng

NKTN do E.coli gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp ở trẻ dưới 5 tuổi (81,7%), thường gặp ở trẻ nữ và các trẻ sống ở vùng nông thôn nhiều hơn.

Sốt là triệu chứng rất thường gặp trong đó phần lớn là sốt cao. Hầu hết bệnh nhân (91,5%) có rối loạn tiểu tiện, trong đó đái đục (53,5%) sau đó đến đái rắt (33,8%), đái buốt (30,9%), đái máu (23,9%).

Về xét nghiệm

Đa số bệnh nhân có bạch cầu máu ngoại vi tăng, bạch cầu trung tính tăng và tăng CRP huyết thanh.

Xét nghiệm nước tiểu chủ yếu thấy bạch cầu niệu nhiều. Kháng sinh đồ: E.coli sinh ESBL chiếm 63,2%, E.coli đã kháng lại các kháng sinh: Ampicillin (97,1%), cefotaxim (66,7%), ceftazidim (65,2%), cefepim (59,7%). Kháng sinh còn nhạy cảm cao với E.coli là ciprofloxacin (65,7%), amikacin (95,5%), piperacillin/tazobactam (85,3%), imipenem (92,9%) và meropenem (91,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Văn Chức, Nguyễn Ngọc Sáng (2005):** " Nguyên nhân và kết quả điều trị 148 bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng từ 1/2002 đến 12/2004", Y học Việt Nam. Tập 313 số đặc biệt, tr. 471-478
2. **Tô Văn Hải (2003):** "Nghiên cứu về triệu chứng và các yếu tố liên quan tới nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em từ 1 đến 60 tháng tuổi", Nhi Khoa, Tập 11. số 1, Tr. 64-69.
3. **Nguyễn Thị Quỳnh Hương, Nguyễn Thị Yến (2012):** " Căn nguyên gây nhiễm khuẩn tiết niệu ở trẻ em nhập viện tại khoa thận - tiết niệu bệnh viện Nhi Trung Ương". Y học Việt Nam, tháng 1, số 2, tr 62 - 65
4. **Trần Đình Long, Nguyễn Thị Ánh Tuyết (2005),** " Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến NKTN ở trẻ em", Tạp chí nghiên cứu Y học quyển số 35 số 2, 210-214
5. **Đỗ Bích Vân (2013):** " Một số yếu tố liên quan và sự phân bố vi khuẩn gây nhiễm

khuẩn tiết niệu tại bệnh viện trẻ em Hải Phòng". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II – Đại học y Hải Phòng.

6. **Ganesh R, Shrestha D, Bhattachan B, Rai G**. Epidemiology of urinary tract infection and antimicrobial resistance in a pediatric hospital in Nepal. BMC Infect Dis. 2019;19(1):420.
7. **Giri A, Kafle R, Singh GK, Niraula N. Prevalence of E**. Coli in Urinary Tract Infection of Children Aged 1-15 Years in A Medical College of Eastern Nepal. JNMA J Nepal Med Assoc. 2020;58(221):11-4.
8. **Gonzalez MJ, Robino L, Iribarnegaray V, Zunino P, Scavone P**. Effect of different antibiotics on biofilm produced by uropathogenic Escherichia coli isolated from children with urinary tract infection. Pathog Dis. 2017;75(4).
9. **Guzman M, Salazar E, Cordero V, Castro A,** Villanueva A, Rodulfo H, et al. Multidrug resistance and risk factors associated with community-acquired urinary tract infections caused by Escherichia coli in Venezuela. Biomedica. 2019;39(s1):96-107.
10. **Vachvanichsanong P, McNeil EB, Dissaneewate P.** Extended-spectrum beta-lactamase Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae urinary tract infections. Epidemiol Infect. 2020;149:e12.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM TÁN SỎI THẬN QUA DA BẰNG ĐƯỜNG HẦM NHỎ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

Ngô Tiến Khương[1], Cấn Việt Hùng[1], Đỗ Thế Sơn[1]
Nguyễn Văn Đoàn[1], Trần Thị Thanh Loan[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 105.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 57 BN được tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh Viện Quân Y 105 từ 07/2017 đến 07/2020.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình 102,72 ± 42,22 phút, tỷ lệ tai biến 10,5%, biến chứng 12,28%, tỷ lệ sạch sỏi 87,7%, kết quả sớm tốt 86%, trung bình 10,49% và xấu 3,51%.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ là hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: sỏi thận, phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

SUMMARY

EVALUATE THE EARLY RESULTS OF MINI - PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN 105 MILITARY HOSPITAL

Objectives: To assess the results early of Mini – Percutaneous Nephrolithotomy (mini – PCNL) at 105 Military Hospital.

Patients and method: Clinical intervention, prospective, follow-up study without comparison

[1]*Bệnh viện Quân y 105, Tổng cục Hậu cần*
Liên hệ tác giả: Ngô Tiến Khương.
Email: soninvi3107@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

in 57 patients underwent mini –PCNL from 07/2017 to 07/2020.

Results: Mean operative time was 102.72 ± 42.22 minutes, intra –operative complication rate was 10.5%, post-operativecomplication rate was 12,28%, gravel clean rate was 87.7%, theearlyresult was good in 86%, averagein 10.49%, bad in 3.51%.

Conclusion: Mini – PCNL is effective and safe.

Keywords: kidney stones, mini percutaneous nephrolitotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tán sỏi thận qua da (PCNL) là phương pháp điều trị ít xâm lấn hiện nay được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sỏi thận [1]. Hiện nay, có 3 hình thức tán sỏi thận qua da là tán sỏi thận qua da tiêu chuẩn (Standard Percutaneous Nephrolithotomy), qua đường hầm nhỏ (Mini Percutaneous Nephrolithotomy) và qua đường hầm rất nhỏ (Micro Percutaneous Nephrolithotomy) [1],[2]. Cả 3 phương pháp trên tương ứng với kích cỡ ống nong dùng trong phẫu thuật từ lớn đến nhỏ lần lượt là 26-30fr, 16-20fr và 10-14fr, kích thước ống nong nhỏ có ưu điểm như giảm đau sau mổ, giảm chảy máu, suy thận tiềm tàng và các biến chứng [2],[3],[4].

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của phương pháp tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ từ tháng 07/ 2017 đến 07/ 2020 tại Bệnh viện Quân y 105.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là sỏi thận và được phẫu thuật tán sỏi thận qua da (TSTQD) đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 07/2017 đến 07/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Tất cả các BN có chỉ định TSTQD đường hầm nhỏ.
- Sỏi sót, sỏi tái phát sau mổ mở.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

*Quy trình TSTQD đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm:

Vô cảm: BN được gây tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

Bước 1: Đặt ống thông (Catheter) niệu quản**.** BN được đặt ở tư thế sản khoa. Soi bàng quang bằng ống soi niệu quản đánh giá toàn trạng lòng bàng quang. Luồn dây dẫn đường qua lỗ niệu quản bên có sỏi, tiến máy soi kiểm soát. Rút ống soi niệu quản đặt Catheter số 6 hoặc 7, đặt sonde niệu đạo và cố định tạm thời 2 ống thông trên với nhau.

Bước 2: Chọc dò đài bể thận qua da. BN có thể nằm sấp hay nằm nghiêng. Rạch da, cân tại vị trí xác định chọc dò, chọc dò đài bể thận bằng kim 18 gauge dưới hướng dẫn siêu âm khi vào đài thận sẽ ra nước tiểu.

Bước 3:Tạo đường hầm và tán sỏi. Luồn dây dẫn đường đầu cong qua kim, vào đài bể thận (ĐBT). Rút kim chọc dò ra ngoài. Nong đường hầm vào thận theo dây dẫn thông qua các loại nong có kích cỡ lần lượt từ 6-18Fr. Đặt Amplatz 18Fr vào ĐBT, đưa ống kính vào kiểm tra nếu thấy Amplatz có nằm trong hệ thống ĐBT thì quá trình tạo đường hầm kết thúc. Nếu Amplatz chưa vào được ĐBT thì đưa ống kính theo dây dẫn đến khi thấy có cấu trúc niêm mạc đài bể thận và đẩy Amplatz vào.Tán vụn sỏi bằng Laser kết hợp bơm nước bằng máy với áp lực 20-32Kpa. Bơm rửa lấy mảnh sỏi.

Bước 4: Đặt ống thông JJ niệu quản và dẫn lưu đài bể thận ra da. Rút ống thông niệu

quản đặt ngược dòng ở thì 1, luồn dây dẫn đường qua ống soi thận và rút ống soi và đặt JJ niệu quản xuôi dòng, đặt dẫn lưu ĐBT ra da sonde Foney 16Fr qua Amplatz, cố định sonde vào da.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu (NC) của chúng tôi có 57 BN được thực hiên TSTQD bằng phương pháp đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm tại bệnh viện Quân y 105; phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn của nhóm NC có kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm BN		**Kết quả**
Giới	Nam	41 (71,9)
	Nữ	16 (28,1)
Tuổi trung bình (min - max)		52,91 ± 10,65 (33 - 78)
Chỉ số BMI	Nhẹ cân	1(1,8)
	Bình thường	53(93,0)
	Béo phì	3(5,2)
Phân loại sỏi (Theo Mores và Boyce)	S1	12 (21,1)
	S2	36 (63,2)
	S3	8 (14)
	S4	1 (1,8)
Mức độ giãn thận	Không giãn	13 (22,8)
	Độ 1	15 (26,3)
	Độ 2	22 (38,6)
	Độ 3	7 (12,3)
Kích thước sỏi trung bình	Siêu âm	19,61 ± 11,14 mm (8 – 80).
	CLVT	25,35 ± 13,01 mm (8 – 95).

Bảng 2. Một số đặc điểm kỹ thuật

Đặc điểm BN		**Kết quả**
Thời gian chọc dò (min - max) (phút)		14,12 ± 5,44(10 -30)
Vị trí chọc dò vào thận	Đài trên	4(7,0)
	Đài giữa	30 (52,6)
	Đài dưới	23(40,4)
Thời gian PT trung bình (phút)		102,72 ± 42,22 (45 - 210)
Tỷ lệ tai biến (%)		10,5

Bảng 3. Liên quan của 1 số yếu tố đến thời gian phẫu thuật

		F	Thời gian PT trung bình	p
Kích thước sỏi	≤ 2 cm	39	101,11 ± 39,73	0,847
	> 2 cm	18	103,46 ± 43,80	
Tư thế tán	Nằm sấp	34	121,18 ± 43,19	< 0,001
	Nằm nghiêng	23	76,43 ± 20,83	
BMI	Nhẹ cân	1	105	0,472
	Bình thường	53	104,34 ± 41 10	
	Béo phì	3	73,33 ± 15,28	
Tiền sử mổ	Không	42	95,95 ± 39,42	0,42
	Có		121,67 ± 45,34	

Bảng 4. liên quan của vị trí hình thái, kích thước sỏi và tư thế BN đến mức độ sạch sỏi

		Độ sạch sỏi		p
		Sạch	Không sạch	
Kích thước sỏi	≤ 2 cm	35	4	0,470
	> 2 cm	15	3	
Vị trí, hình thái sỏi	S1	12	0	0,18
	S2	36	4	
	S3	8	2	
	S4	0	1	
Tư thế khi tán	Nằm sấp	29	5	0,498
	Nằm nghiêng	21	2	

Bảng 5. Kết quả sớm

Đặc điểm		Kết quả
Thời gian dẫn lưu bể thận trung bình (ngày)		6,02 ± 2,91
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)		10,63 ± 5,81
Tỷ lệ sạch sỏi		87,7
Biến chứng phẫu thuật	Chảy máu	2 (3,51)
	Nhiễm khuẩn niệu	3 (5,26)
	Rò nước tiểu	2 (3,51)
Kết quả chung	Tốt	49(86,0)
	Trung bình	6 (10,49)
	Xấu	2 (3,51)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình (TB) là 52,91 ± 10,65 tuổi, cao nhất 78 tuổi, thấp nhất 33 tuổi. Tỷ lệ bị sỏi thận gặp nhiều nhất ở lứa tuổi 51-60 chiếm 31,6% . Tỷ lệ Nam/Nữ bị bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi là 41/16 = 2,56/1. So với kết quả NC của Lương Hồng Thanh [4], tỷ lệ mắc bệnh theo nhóm tuổi cao nhất ở nhóm 51 – 60 tuổi, kết quả ở NC của chúng tôi tương đương (31,6% so với 30,9%) nhưng cao hơn về độ tuổi TB (52,91 so với 46,5) và tỷ lệ Nam/Nữ mắc bệnh (2,56/1 so với 1,75/1).

NC này chúng tôi gặp tỷ lệ BN nhẹ cân, bình thường và béo phì lần lượt là 1,8%, 93% và 5,2%. Tỷ lệ này ở các NC khác lần lượt là 0,6%, 47,3% và 52,1% [4]. Chỉ số BMI được cho là yếu tố có ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật (PT) [4], [5]. Tuy nhiên trong NC này chúng tôi ghi nhận không có sự liên quan giữa BMI và thời gian PT (p = 0,472).

NC này chúng tôi nghi nhận kích thước (KT) sỏi TB là 25,35± 13,01mm (8 – 95mm). KT này ở NC của Nguyễn Đình Bắc [6] là 20,28 ± 7,82 mm (19 - 43). Nhiều tác giả cho rằng chỉ định TSTQD khi KT sỏi >1,5cm [4], [5], [6]. NC của chúng tôi với KT sỏi TB 23,35mm là phù hợp với chỉ định này. Tuy nhiên, chúng tôi gặp 1 BN có sỏi KT 8mm, BN này có tiền sử tán sỏi niệu quản ngược dòng, mảnh sỏi trôi lên bể thận. Viên sỏi thường xuyên di động lên xuống giữa bể thận và niệu quản đoạn 1/3 trên gây đau đớn và khó chịu cho BN. BN gặp khó khăn với các phương pháp điều trị khác, chúng tôi đã thành công với chỉ định TSTQD. Chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt giữa mức độ sạch sỏi của 2 nhóm BN có KT sỏi >2cm và ≤ 2cm. (p = 0,47)

Thời gian phẫu thuật TB trong NC này là 102,72 ± 42,22 phút (45 - 210 phút) dài hơn so với NC khác là 89,3 ± 9,0 phút [4], và 65,1 ± 29,4 phút [6]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới thời gian tán sỏi như : kinh nghiệm phẫu thuật viên, vị trí, kích thước sỏi, độ giãn thận, công suất máy tán sỏi….Chúng tôi cho rằng 1 trong các lý do quan trọng khiến thời gian PT ở NC này dài hơn NC khác là do chúng tôi còn ít kinh nghiệm. Khi nghiên cứu một số yếu tố được cho là có ảnh hưởng đến thời gian PT, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian PT không có mối liên quan nào với tiền sử PT bên thận được tán sỏi (p = 0,42), KT sỏi ở 2 nhóm ≤ 2cm và > 2cm (p = 0,847). Tư thế BN khi tán (nằm sấp hay nằm nghiêng) có liên quan đến thời gian phẫu thuật TB, tư thế nằm nghiêng nhanh hơn đáng kể so với tư thế nằm sấp (p < 0,001).

Tỷ lệ sạch sỏi ở NC này là 87,7% so với các NC khác là 72,7%[4] và 86,5% [6]. Kết quả PT đạt tốt , trung bình và xấu lần lượt là 86%, 16,49% và 3,51%. Tỷ lệ đạt kết quả tốt ở các NC khác là 72,7% [4] và 82,5% [6]. Theo đánh giá của Zeng [1] thì tỷ lệ tai biến PT đối với các phẫu thuật viên có kinh nghiệm là khoảng 1,5%, phẫu thuật viên trẻ ít kinh nghiệm là 15-18%. NC của chúng tôi gặp tỷ lệ tai biến PT ở 6 BN (10,5%) và chỉ gặp tai biến chảy máu. Tỷ lệ biến chứng là 12,28% (7BN) tuy nhiên các biến chứng này đều ở mức độ nhẹ.

Đặt dẫn lưu thận ra da khi kết thúc TSTQD là quy trình chuẩn cho dù sẽ gây

đau, khó chịu và kéo dài ngày nằm viện cho BN. Bên cạnh tác dụng cầm máu, ống dẫn lưu thận là để dự phòng thoát nước tiểu khi thận ứ nước, lưu thông niệu quản xuống bàng quang không thuận lợi, không đặt được sonde JJ xuống bàng quang hoặc để theo dõi ở BN có nhiễm trùng trong thận hoặc có nguy cơ chảy máu sau mổ. Thời gian lưu dẫn lưu bể thận TB là 6,02 ±2,91 ngày (từ 3 đến 17 ngày). Chúng tôi chỉ định rút dẫn lưu bể thận khi đánh giá sự lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống bàng quang tốt (nước tiểu qua dẫn lưu bể thận giảm theo thời gian và ra qua dẫn lưu bể thận < 100 ml/ ngày) và không có tình trạng chảy máu (nước tiểu trong). Thời gian rút dẫn lưu bể thận ở NC khác TB là 4,02±0,77 ngày [4].

Thời gian nằm viện TB là 10,63 ± 5,81 ngày, ngắn nhất là 5 ngày và dài nhất là 33 ngày. Thời gian nằm viện phụ thuộc nhiều yếu tố trong đó biến chứng sau mổ là yếu tố chính gây kéo dài ngày điều trị (2 BN biến chứng trong NC có ngày điều trị dài nhất trong NC, số ngày điều trị là 25 và 33 ngày). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình ở 1 số NC khác là 6,4 ± 2,6 ngày [4]; 7,42 ± 3,84 ngày [6] và 6,8 ± 2,2 [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 57 bệnh nhân được tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 07/2017 đến 07/2020. Chúng tôi rút ra một số kết luận: Kích thước sỏi trung bình là 25,35 ± 13,01mm (8 – 95mm), thời gian phẫu thuật trung bình: 102,72 ± 42,22 phút, tỷ lệ tại biến là 10,5 %, biến chứng phẫu thuật có tỷ lệ 12,28%, tỷ lệ sạch sỏi sau tán chiếm 87,7%, kết quả sớm sau mổ có tỷ lệ tốt, trung bình và xấu lần lượt là: 86%; 10,49% và 3,51%. Phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ là hiệu quả và an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeng G et al (2013).** Minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for simple and complex renal caliceal stones: A comparative analysis of more than 10,000 cases. J Endourol, 27(10): 1203 - 1208.
2. **Phạm Huy Huyên và cộng sự (2016),** " Đánh giá kết quả bước đầu tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh Viện Xanh Pôn". Tạp chí Y Học Việt nam tập 445, tr. 258-262.
3. **Hoàng Long, Vũ Nguyễn Khải Ca, Trần Quốc Hòa, Nguyễn Đình Liên và cộng sự (2017),** "Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm, lựa chon tối ưu trong điều trị sỏi đài bể thận". Tạp chí Y Dược Học - Trường Đại Học Y Dược Huế - Số đặc biệt - Tháng 8/ 2017, tr 304- 314.
4. **Lương Hồng Thanh (2018),** Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da bằng phương pháp đường hầm nhỏ - tư thế nằm nghiêng tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận án tiến sĩ y học, Đại Học Y hà Nội.
5. **Trần Xuân Tuấn (2008),** Đánh giá hiệu quả tạo đường hầm vào thận bằng bộ nong Webb trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da, Luận văn thạc sỹ Y học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
6. **Nguyễn Đình Bắc (2017),** Đánh giá kết quả phẫu thuật tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ ở bệnh nhân tiền sử mổ sỏi thận cùng bên, Luận văn thạc sỹ Y học Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM KỸ THUẬT BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER THULIUM QUA NGẢ NIỆU ĐẠO

Dương Hoàng Lân[1], Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trong vài thập niên qua, công nghệ laser đã đóng vai trò ưu thế trong điều trị phẫu thuật tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT TTL). Có rất nhiều dụng cụ laser được giới thiệu trong thực hành lâm sàng, cho thấy kết quả tốt về độ an toàn và hiệu quả cải thiện các thông số niệu động học khi so sánh với cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo (TURP) và mổ mở bóc nhân tuyến tiền liệt (TTL). Bài báo này báo cáo kinh nghiệm về kỹ thuật bóc nhân TTL bằng laser Thulium (Thulium Laser Enucleation of Prostate-ThuLEP) để điều trị triệu chứng đường tiết niệu dưới do TSLT TTL.

Đối tượng và phương pháp: Ba mươi bệnh nhân được chẩn đoán TSLT TTL có thể tích TTL lớn hơn 60 ml được đưa vào nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu là bệnh nhân có điểm số IPSS > 15 và điểm chất lượng cuộc sống (QoL) > 3 có tắc nghẽn đường ra của bàng quang, không đáp ứng với điều trị nội khoa, thể tích nước tiểu tồn lưu (PVR) > 200 mL, có hoặc không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát và / hoặc bí tiểu cấp. Bệnh nhân bị bàng quang hỗn loạn thần kinh, hẹp niệu đạo, sỏi bàng quang và đã cắt đốt nội soi TTL qua ngả niệu đạo thất bại trước đó được loại ra khỏi nghiên cứu. Tất cả các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đánh giá IPSS, làm các xét nghiệm chuyên biệt, các xét nghiệm chuẩn bị cho cuộc mổ, giải thích và cam kết đồng ý phẫu thuật. Ghi nhận các chỉ số PSA, lưu lượng dòng tiểu, thể tích tuyến tiền liệt, thời gian mổ, máu mất, truyền máu, thời gian ròng rửa bàng quang sau mổ, thời gian nằm viện, các tai biến và biến chứng xung quanh cuộc phẫu thuật. Tất cả các thông số được đánh giá lại vào 1 tháng và 3 tháng sau mổ. Phẫu thuật ThuLEP được thực hiện bởi 2 bác sĩ phẫu thuật chuyên gia.

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 12/2019 đến 7/2020, chúng tôi đã thực hiện 30 trường hợp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Thulium với tuổi trung bình của bệnh nhân là 71,3 ± 7,22 tuổi, điểm IPSS và QoL được cải thiện lần lượt là 8,7 ± 2,43 điểm và 1,63 ± 0,49 điểm. Qmax tăng từ trung bình 0 mL/s lên 18,83 ± 1,9 mL/s, thể tích của bướu trung bình 92,26 ± 36,88 ml (60 - 240 ml), thời gian mổ trung bình: 64,93 ± 33,07 phút (30 – 192 phút), lưu thông niệu đạo 1,86 ± 0,507 ngày, nằm viện 2,8 ± 0,46 ngày, sự thay đổi hemoglobin không đáng kể, trung bình 1,04 ± 0,09 g/dl, không có tai biến biến chứng lúc mổ và sau mổ. Trên các phân tích đơn biến và đa biến, thời gian phẫu thuật là yếu tố tiên lượng cho sự mất máu trong quá trình phẫu thuật. Số liệu của chúng tôi cho thấy dự hậu sau phẫu thuật tốt hơn trong nhiều thông số, bao gồm: thời gian lưu thông niệu đạo, lượng máu mất, hội chứng cắt đốt nội soi, tắc nghẽn thông niệu đạo do cục máu đông.

Kết luận: ThuLEP là một sự lựa chọn tiến bộ trong điều trị TSLT TTLvới mức độ mất máu không đáng kể, thời gian lưu thông tiểu, thời gian

[1]*Khoa-Bộ môn Tiết niệu học, Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: BS. Dương Hoàng Lân
Email: duong_hoang_lan@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 9/6/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 31/7/2021

nằm viện ngắn, lượng nước tưới rửa sau mổ ít hơn và mau hồi phục. Đây là phẫu thuật nội soi không phụ thuộc kích thước TTL và cho thấy có thể dần thay thế TURP đối với tuyến tiền liệt có kích thước lớn với khả năng lấy hoàn toàn bướu với biến chứng thấp. Cần thực hiện nhiều trường hợp hơn để đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật cũng như về đường cong học tập.

Từ khóa: Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Thulium qua ngả niệu đạo, hội chứng cắt đốt nội soi.

SUMMARY

THULIUM LASER ENUCLEATION OF THE PROSTATE: PRELIMINARY OUTCOMES AT ONE INSTITUTION

Objectives: Over the past decades, laser endoscopic surgery has played a prominent role for the treatment of benign prostatic enlargement (BPE) and obstruction (BPO). Various laser device have been introduced in clinical practice, showing good results in terms of complications and urodynamic outcomes efficacy compared with transurethral resection of prostate (TURP) and open prostatectomy (OP). In this study we describe our experience of ThuLEP (Thulium Laser Enucleation of Prostate), a novel laser technique in treatment of BPE.

Materials and methods: Our inclusion criteria were an International Prostate Symptom Score (IPSS) of >15 and a Quality-of-life (QoL) score of >3 in patients with confirmed bladder outflow obstruction, no longer responsive to medical therapy, with a significant post-voiding residual urine volume (PVR; > 200 mL), with or without recurrent urinary tract infection and/or acute urinary retention. Patients with neurogenic bladder, urethral strictures, bladder stones, and previously failed transurethral prostate surgery were excluded. Thirty patients with large prostates (V > 60 mL) were included in this study. The study was designed in a case series method. Every patient, who was chosen carefully before surgery, was evaluated at base line according to their symptoms and signs, International Prostate Symptoms Score (IPSS), general paraclinical investigations and specific ones (including PSA values, Qmax, Prostate Volume). There were characteristics regarding the surgical procedure which are operating time, estimated blood loss, blood transfusion, bladder irrigation time, recovery time, and postop. complications. The same evaluation was conducted after a 1 and 3-month postop.follow-up. In this series, ThuLEP was performed by 2 expert surgeons.

Results: Thirty patients were enrolled between December 2019 and July 2020 and treated for LUTS/BPH with ThuLEP. The mean age was 71.3 ± 7.22 years. The IPSS and QoL score improved by 8.7 ± 2.43 and 1.63 ± 0.49 respectively. The flow rate increased from a mean of 0 mL/s to 18.83 ± 1.9 mL/s. The mean adenoma volume was 92.26 ± 36.88 mL (60 – 240), mean operating time was 64.93 ± 33.07 minutes (30 - 192), mean time of catherization was 1.86 ± 0.507 days and mean time of hospitalization was 1.04 ± 0.09 days. No significant differences were found in preop. and postop. hemoglobin levels with mean reduction of 1.04 ± 0.09 mg/dL. There were no complications of operation. On univariate and multivariate analyses, operating time was a predictive factor for haemoglobin drop during the operation. Our data showed a better post-operative outcomes in terms of catheter removal time, blood loss, TURP syndrome, clot retention and residual tissue compared to large series of TURP and OP.

Conclusion: ThuLEP represents an innovative option in treating patients with LUTS/BPH with insignificant amount of blood

loss, shorter bladder irrigation time, shorter hospitalization, catheterization and recovery time when compared to traditional endoscopic surgeries. More studies are to be conducted for evaluation of long term outcomes and learning curve of this procedure. ThuLEP is a size-independent endoscopic surgical technique and it can be considered as an alternative, at this time, to TURP and even to open prostatectomy for large prostates, with a complete removal of adenoma with a low complication rate.

Keywords: Thulium laser Enucleasion of the Prostate, TURS: Transurethral Resection Syndrome.

I. GIỚI THIỆU

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLT-TTL) là bệnh lý thường gặp ở nam giới lớn tuổi. Trong các phương pháp điều trị ngoại khoa thì cắt đốt nội soi bằng điện đơn cực (TURP) vẫn là "tiêu chuẩn vàng" cho điều trị bệnh lý này. Mặc dù hiệu quả đạt được là rất lớn (làm giảm 90 % các triệu chứng đường tiết niệu dưới do TSLT-TTL), nhưng kỹ thuật này có tỷ lệ biến chứng khá cao 3% - 18% [1]. Chính vì vậy mà các kỹ thuật ít xâm lấn đã được phát triển để giảm tỷ lệ biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, tăng cường và đẩy nhanh quá trình hồi phục của bệnh nhân.

Điều trị bằng laser ở bệnh nhân TSLT-TTL có triệu chứng, được thực hiện rộng rãi trong thập kỷ qua. Các kỹ thuật bốc hơi ban đầu được phát triển hơn nữa thành các kỹ thuật bóc nhân và kết hợp cả hai. Việc bổ sung các kỹ thuật xay bướu đã cho phép kỹ thuật bóc nhân bằng laser ở những bệnh nhân có tuyến tiền liệt lớn hơn.

Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Thulium (ThuLEP) được báo cáo lần đầu tiên vào năm 2009 bởi Imkamp và cs. [2]. Kể từ đó, ThuLEP đã được áp dụng ở nhiều trung tâm trên toàn thế giới. Các hướng dẫn mới nhất của Hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) khuyến cáo ThuLEP là một lựa chọn điều trị thay thế sau TURP và bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium (HoLEP) ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới từ trung bình đến nặng, cải thiện lâm sàng ngắn hạn và trung hạn [3].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo loạt trường hợp bóc nhân TTL thể tích lớn bằng laser Thulium nhằm đánh giá kinh nghiệm ban đầu về các kết quả và biến chứng chủ quan và khách quan trong một loạt bệnh nhân liên tiếp được phẫu thuật với ThuLEP.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt trường hợp lâm sàng.

Thời gian thực hiện: tháng 12/2019 đến tháng 07/2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

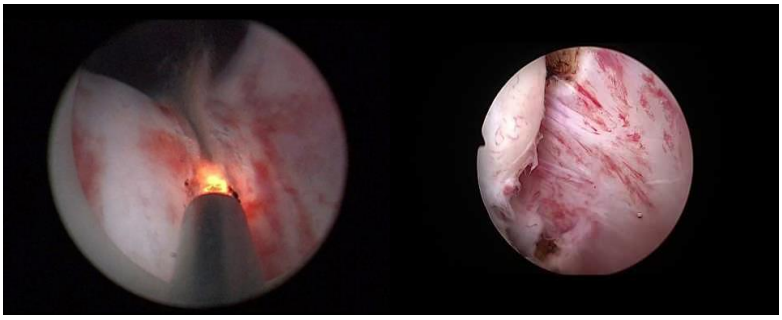
Tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân có điểm số IPSS > 15 và điểm chất lượng cuộc sống (QoL) > 3 có tắc nghẽn đường ra của bàng quang, không đáp ứng với điều trị nội khoa, thể tích nước tiểu tồn lưu (PVR) > 200mL, có hoặc không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu tái phát và / hoặc bí tiểu cấp, siêu âm đo thể tích TTL ≥ 60ml [4]. Bệnh nhân bị bàng quang thần kinh, hẹp niệu đạo, sỏi bàng quang và đã cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngả niệu đạo thất bại trước đó được loại ra khỏi nghiên cứu. Bệnh nhân dùng aspirin, clopidogrel được yêu cầu ngừng 5 ngày trước khi mổ khi hội chẩn bác sĩ tim mạch. Bệnh nhân sau sinh thiết TTL qua ngã trực tràng thì được phẫu thuật sớm nhất sau sinh thiết 7 ngày.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kỹ thuật mổ: Phẫu thuật được thực hiện bởi hai bác sĩ Tiết niệu có kinh nghiệm phẫu thuật TTL qua ngả niệu đạo, sử dụng laser sóng liên tục, máy Fiber laser Thulium Fengrui® Raykeen (125 W/ Thượng Hải, Trung Quốc) với sợi quang 800 pm và máy soi laser tiêu chuẩn (Hawk®, Trung Quốc), cùng với một máy xay mô Piranha (Hawk®, Trung Quốc) với ống soi máy xay mô (Karl Storz® GmbH&Co.) (Hình 1).

Hình 1: Máy laser, máy xay mô và tay cắt laser

Bệnh nhân được nằm ở tư thế sản phụ khoa, trải khăn vô khuẩn và gel vô khuẩn được bơm vào niệu đạo. Đặt thấu kính vào bàng quang. Soi bàng quang được khuyến cáo để loại trừ các bệnh lý bàng quang và thám sát 2 miệng niệu quản. Cuối cùng ống kính được rút ra tới vùng niệu đạo tuyến tiền liệt và đánh giá cổ bàng quang, độ nhô ra của các thùy, vị trí của ụ núi và bờ của cơ thắt ngoài niệu đạo.



Hình 2: Nội soi bàng quang Hình 3: Dùng laser xẻ bướu ở vị trí 5h
Hình 4: Bóc nhân thùy bên, đẩy vào bàng quang

Kỹ thuật bóc nhân ba thùy được sử dụng khi có một thùy giữa lớn. Đường rạch bằng laser được bắt đầu ở vị trí 5 và 7 giờ sau đó được khoét sâu cho đến vỏ bao, và kéo dài từ cổ bàng quang đến ụ núi, cả hai đường cắt được nối với nhau để xác định vỏ bao trong suốt cuộc mổ. Trong quá trình bóc tách bướu, cầm máu bằng laser cho các mạch máu bị rách tại vỏ bao là cần thiết và được tiếp tục cho đến khi cổ bàng quang được nâng lên. Khi kết thúc việc bóc tách thùy giữa khỏi vỏ bao, bướu được đẩy vào lòng bàng quang. Sau đó, rạch ở vị trí 12 giờ, cắt thùy bên từ 12 giờ đến 3 giờ, sử dụng năng lượng laser tách chúng ra khỏi vỏ bao, sau đó nối các đường rạch từ 5 giờ đến 3 giờ và tách

chúng khỏi vỏ bao. Làm tương tự ở vị trí 9 đến 7 giờ. Năng lượng laser được đặt ở 110 W. Nước muối thông thường được sử dụng để tưới. Cuối cùng, các thùy được xay nhỏ ra bằng máy xay mô. Ở tuyến tiền liệt có thùy giữa không to đáng kể, thay vì vết rạch ở 5 và 7 giờ, rạch ở vị trí 6 giờ thay thế. Phần còn lại sẽ làm tương tự. (Hình 2,3,4).

Khi toàn bộ bướu đã được đẩy vào lòng bàng quang, máy cắt đốt (resectoscope) được thay thế bằng máy soi thận (nephroscope) với để chuyển đổi máy xoay mô. Kênh bơm hút được dính vào mô bướu và dao cắt bướu. Phẫu thuật được tiến hành với tưới rửa liên tục và bàng quang liên tục căng để tránh tổn thương thành bàng quang. Phẫu thuật kết thúc với đặt ống thông 22 Fr. niệu đạo. Mô bướu bóc ra được cân lại trọng lượng mô bằng cân tiểu ly (gam).

Ống thông niệu đạo được rút sau mổ 24h - 48h. Tuy nhiên, trong các trường hợp tiểu máu kéo dài, việc rút thông có thể bị trì hoãn theo quyết định của bác sĩ tiết niệu. Bệnh nhân được xuất viện khi tự tiểu được sau khi rút ống thông. Tất cả biến chứng được ghi chép, để đánh giá chảy máu trong phẫu thuật, chúng tôi đã ghi lại sự khác biệt về mức độ huyết sắc tố (Hb) giữa thời điểm trước khi mổ và đánh giá máu sau mổ ngày đầu tiên, thường là vào buổi tối của ngày phẫu thuật. Để đánh giá chảy máu sau phẫu thuật, chúng tôi đã ghi lại sự khác biệt về Hb giữa lần đánh giá máu sau phẫu thuật đầu tiên và đánh giá Hb vào ngày xuất viện.

Theo dõi sau mổ: Tất cả các bệnh nhân được theo dõi bằng cách đánh giá triệu chứng lâm sàng gần đây thay đổi sau ThuLEP, kết hợp với bảng câu hỏi IPPS, cấy nước tiểu, đo niệu dòng đồ và đánh giá thể tích nước tiểu tồn lưu qua siêu âm. Theo dõi thêm được thực hiện sau mổ 1 và 3 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 30 bệnh nhân TSLT-TTL có triệu chứng đã được điều trị bằng ThuLEP trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2019 đến tháng 07 năm 2020 tại bệnh viện Bình Dân của chúng tôi bởi hai bác sĩ phẫu thuật.

Đặc điểm bệnh nhân

Tất cả các bệnh nhân đều đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh đối với điểm IPSS, điểm QoL và đã xác nhận tắc nghẽn đường ra của bàng quang. Trong đó, 30 bệnh nhân (100%) nhập viện phẫu thuật vì bí tiểu tái diễn.

Tuổi trung bình của bệnh nhân là 71,3 ± 7,22 tuổi, điểm IPSS và QoL được cải thiện lần lượt là 8,7 ± 2,43 điểm và 1,63 ± 0,49 điểm. Qmax tăng từ trung bình 0 mL/s lên 18,83 ± 1,9 mL, thể tích của bướu trung bình 92,26 ± 36,88 ml, bướu nhỏ nhất 60 ml và lớn nhất 240 ml

Kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ trung bình 64,93 ± 33,07 phút, nhanh nhất trong 30 phút và lâu nhất là 192 phút.

Trọng lượng trung bình của mô bướu được bóc nhân là 64,86 ± 28,03 g.

Sự thay đổi hemoglobin không đáng kể, trung bình 1,04 ± 0,09 g/dl.

Biến chứng

Bí tiểu sau rút thông niệu đạo (13,33 %), nhiễm khuẩn đường tiết niệu (10%), tiểu không kiểm soát tạm thời (6,67 %).

Kết quả sau mổ

Sau phẫu thuật 1 tháng, tất cả bệnh nhân đều cải thiện đáng kể điểm IPSS, điểm QoL, tốc độ dòng nước tiểu tối đa (Qmax). Những thay đổi sau phẫu thuật trong điểm IPSS và QoL, mức Qmax và Hb được liệt kê trong Bảng 1.

Tất cả các biến này đã thay đổi đáng kể sau ThuLEP. Điểm IPSS và QoL được cải thiện, Qmax tăng và PVR giảm.

Sau 3 tháng, các chỉ số PSA, IPSS, điểm QoL, Qmax vẫn tương đương với dữ liệu sau mổ 1 tháng (Bảng 1).

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật và sau phẫu thuật, sự thay đổi các giá trị và kết quả sau 3 tháng theo dõi.

Chỉ số	Trước mổ	Sau mổ 1 tháng	Sau 3 tháng
IPSS	28,6 ± 2,64	11,53 ± 2,48	8,7 ± 2,43
QoL score	5 ± 0,69	1,9 ± 0,61	1,63 ± 0,49
Q_{max}, mL/s	0	17,83 ± 1,7	18,83 ± 1,9

IV. BÀN LUẬN

TSLT-TTL với triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) là một trong những bệnh lý thường gặp nhất hàng ngày ở thực hành niệu khoa. TURP với tất cả các dạng là phẫu thuật chiếm ưu thế đối với các bướu kích thước nhỏ. Mổ mở cắt tuyến tiền liệt là điều trị lựa chọn cho tuyến tiền liệt có thể tích lớn. Mặc dù vậy cả 2 phương pháp đều có tỷ lệ nguy cơ thương tật nhất định. Một bài tổng quan trên 9538 BN so sánh biến cố phẫu thuật giữa TURP và mổ mở cho thấy tần suất biến chứng chung (truyền máu, nhiễm khuẩn niệu, hẹp cổ bàng quang, hẹp niệu đạo, rối loạn xuất tinh sau phẫu thuật) là 15% cho TURP và 21% cho mổ mở [5]. Một nghiên cứu khảo sát khác trên 10 654 bệnh nhân cho thấy TURP có tỉ lệ thương tật chung đến 11,1% và tỉ lệ tử vong là 0,1%. Những biến chứng thường gặp bao gồm theo thứ tự: Bí tiểu (5,8%), phẫu thuật thám sát do chảy máu (5,6%), cần truyền máu (2,9%), hội chứng cắt đốt nội soi (1,4%) [6].

Mặt khác mổ mở cho thấy tỉ lệ biến chứng chung là 15% với tỉ lệ chảy máu nặng là 12%, cần truyền máu với ước lượng 8,2%, nghiên cứu này cho thấy thời gian đặt thông niệu đạo là 7 ngày [7]. Một nghiên cứu khác cho thấy tỉ lệ truyền máu lên đến 26,5% ở mổ mở. Do vậy, nhiều thủ thuật mới được giới thiệu với những cải tiến về thiết bị phẫu thuật. Điều trị dựa trên laser như HoLEP cho thấy tại một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm chứng, có cải thiện đáng kể tỉ lệ thương tật với khả năng cải thiện tốt triệu chứng tắc nghẽn và không phụ thuộc vào kích thước đối với điều trị TSLT-TTL [8],[9].

Mục tiêu chính của nghiên cứu chúng tôi là đánh giá độ hiệu quả của phương pháp mới ThuLEP được ra mắt đầu tiên vào năm 2009 bởi Imkamp và cộng sự. Mặc dù vậy hiện tại chưa có số liệu thống kê nào được hoàn tất để so sánh hiệu quả của ThuLEP và các liệu pháp laser khác hay đối với các phương pháp "tiêu chuẩn". Số liệu chúng tôi cho thấy những con số an toàn của ThuLEP với biến chứng theo thứ tự: Bí tiểu sau rút thông niệu đạo (13,33%), nhiễm khuẩn đường tiết niệu (10%), tiểu không kiểm soát tạm thời (6,67%), tỉ lệ cần truyền máu (0%), tổn thương bàng quang (0%), tổn thương cổ bàng quang (0%), tổn thương vỏ TTL (0%).

Cần được nhấn mạnh là thủ thuật này độc lập với kích thước tuyến tiền liệt. Chúng tôi đã điều trị cho các bệnh nhân với thể tích tuyến tiền liệt từ 60 gr cho tới 240 gr. Một số tác giả cho thấy tăng biến chứng và tăng tỉ lệ thương tật khi thể tích tuyến tiền liệt tăng [10]. ThuLEP cho thấy rằng nó có thể vượt qua được các vấn đề này và cho kết quả tốt

hơn về tỉ lệ biến chứng chung và tỉ lệ tử vong chung.

Chúng tôi tin rằng ThuLEP trong tương lai sẽ thay thế TURP và mổ mở để điều trị TSTT-TTL, vì yêu cầu về kỹ thuật nội soi tiên tiến với phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với khả năng bóc tách mù theo giải phẫu như ngón trỏ trong phẫu thuật mổ mở cắt tuyến tiền liệt với tỉ lệ biến chứng thấp. Năng lượng laser chỉ được sử dụng để mô tả các bờ trong diện bóc tách tại đỉnh tuyến tiền liệt, cổ bàng quang và tại các thùy tuyến tiền liệt. Thêm vào đó, Thulium YAG laser có khả năng cầm máu tối đa do 3 nguyên nhân. Nguyên nhân đầu tiên là do năng lượng ThuYAG phát đi với bước sóng liên tục giúp cầm máu tốt. Nguyên nhân thứ 2 được diễn giải bởi Bach và cộng sự [11] cho thấy cầm máu tốt hơn bởi năng lượng 120w so với năng lượng 70w. Nguyên nhân thứ 3 là kỹ thuật ThuLEP bướu là bóc tách đầu tù với máy cắt đốt, có thể cho phẫu thuật viên quan sát và cầm máu những mạch máu từ vỏ bao tuyến tiền liệt trong quá trình bóc tách, với khả năng cầm máu tối đa. Trong 30 trường hợp của chúng tôi không có trường hợp phải cắt đốt lại do chảy máu, tất cả các trường hợp được ròng nước 3000 ml Natri clorua 0,9% ngày hậu phẫu thứ nhất và ngưng ròng sau đó. Mức độ giảm hemoglobin hầu như không đáng kể.

Thêm vào đó, ThuLEP được mong chờ là không còn mô bướu sót lại. Vấn đề này cho thấy dự hậu tốt hơn cho niệu dòng, PVR, IPSS và khả năng điều trị lại. Rách vỏ bao là không khả thi vì vỏ bao luôn luôn được hiện diện trong quá trình thực hiện điều này giúp giảm biến chứng rối loạn phóng tinh do tổn thương thần kinh mạch máu do rách vỏ bao ở thùy bên.

Có sự khác biệt giữa khối lượng tuyến tiền liệt trung bình được đo trên siêu âm trước phẫu thuật (trung bình 92,26 ml) và khối lượng mô tuyến tiền liệt được bóc nhân (trung bình 64,86 ml). Điều này trái ngược với mối tương quan khá đáng tin cậy giữa mô tuyến tiền liệt qua siêu âm và mô đã được cắt bỏ và có thể được giải thích bằng công suất cao của laser Thulium, dẫn đến sự bốc hơi của một số mô được cắt bỏ.

Giảm nguy cơ nhiễm khuẩn, bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định can thiệp phẫu thuật thường đi kèm tình trạng tiểu khó hoặc bí tiểu, tình trạng bế tắc thường đi kèm nhiễm khuẩn niệu, vi khuẩn từ đường niệu sẽ xâm nhập qua mạch máu khi cắt đốt hoặc do vỏ bao bị thủng. Sự xâm nhập vi khuẩn vào máu sẽ giảm nhiều hơn khi thực hiện phẫu thuật bóc nhân do khả năng cầm máu tốt, do vỏ bao giải phẫu không bị phá vỡ vì vậy nguy cơ nhiễm khuẩn huyết từ đường niệu sẽ giảm đi rất nhiều.

V. KẾT LUẬN

ThuLEP là một lựa chọn an toàn và hiệu quả ở bệnh nhân LUTS/ BPH. Trong tương lai ThuLEP là thủ thuật có thể thay thế TURP và mổ mở đối với tuyến tiền liệt kích thước lớn. Số liệu chúng tôi cho thấy kĩ thuật này không phụ thuộc vào kích thước với khả năng bóc trọn vẹn bướu và giảm thiểu kích thước qua TRUS và PSA khi so sánh với mổ mở. Thủ thuật cho thấy an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp và có thể thực hiện ở bệnh nhân đang dùng thuốc kháng đông và kháng kết tập tiểu cầu.Cần thực hiện thêm nhiều trường hợp hơn nữa trong tương lai để xác nhận những ưu thế trên của ThuLEP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lý Hoàng Phong (2007),** Tai biến và biến chứng sớm sau cắt đốt nội soi bướu lành tuyến tiền liệt, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. HCM.
2. **Imkamp F, Herrmann T (2009),** ThuLEP-Thulium laser enucleation of the prostate, journal of endourology, New Rochelle, 3rd ed., pp. 2977-2989.
3. **Iacono Fabrizio, Prezioso Domenico, Di Lauro Giovanni, Romeo Giuseppe, Ruffo Antonio, Illiano Ester, et al, (2012),** "Efficacy and safety profile of a novel technique, ThuLEP (Thulium laser enucleation of the prostate) for the treatment of benign prostate hypertrophy. Our experience on 148 patients", BMC Surgery, 12 (1), pp. 21.
4. **Mcconnell John D., (1991),** "The pathophysiology of benign prostatic hyperplasia", J Androl, 12 (6), pp.356-363.
5. **Mearini E., Marzi M., Mearini L., Zucchi A., Porena M., (1998**), Open prostatectomy in benign prostatic hyperplasia: 10-year experience in Italy. Eur Urol, 34, pp.480–485.
6. **Serretta V., Morgia G., Fondacaro L., Curto G., Lo Bianco A., Pirritano D. et al, (2001),** Open prostatectomy for benign prostatic enlargement in southern Europe in the late 1990s: a contemporary series of 1800 interventions. Urology, 60, pp. 623–627. Van Melick H.H., van Venrooij G.E., Boon T.A, (2003), Long-term follow-up after transurethral resection of the prostate, contact laser prostatectomy, and electrovaporization. Urology, 62, pp. 1029–34.
7. **Wolter Mathias, (2016**) Anatomical Enucleation of the prostate with the novel mechanical and bipolar vaporization probe in ejaculation sparing and two-lobe manner. Published online.15 Dec 2016.
8. **Liedberg F., Adell L., Hagberg G., Palmqvist I.B, (2003),** Interstitial laser coagulation versus transurethral resection of the prostate for benign prostatic enlargement—a prospective randomized study. Scand JUrol Nephrol, 37, pp. 494-7. Marco R.A, et al, (2018), Thulium LASER enucleation of the prostate (ThuLEP): Results, complications, and risk factors in 139 consecutive cases. Arab J. Urol 16, pp. 411–416.
9. **Reich O., Gratzke C., Bachmann A., Seitz M., Schlenker B., Hermanek P., Lack N., Stief C., (2008),** Urology Section of the Bavarian Working Group for Quality Assurance. Morbidity, mortality and early outcome of transurethral resection of the prostate: a prospective multicenter evaluation of 10,654 patients. J.Urol, 180(1). pp. 246–249.
10. **Wendt-Nordahl G., Huckele S., Honeck P., Alken P., Knoll T., Michel M.S., Häcker A.,(2008),** Systemic evaluation of a recently introduced 2-micron contiuous-wave laser for vaporesection of theprostate. J Endourol, 22, pp.1041–1045.
11. **Bach T., Xia S. J., Yang Y., Mattioli S., Watson G. M., Gross A. J., et al., (2010),** "Thulium: YAG 2 mum cw LASER prostatectomy: where do we stand?", World J Urol, 28 (2), pp. 163-8.

PHẪU THUẬT CẮT THẬN NỘI SOI MỘT CỔNG SAU PHÚC MẠC BẰNG DỤNG CỤ THẲNG TIÊU CHUẨN

Ngô Thanh Liêm[1], Nguyễn Khoa Hùng[2], Hoàng Văn Tùng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rút ra một số kinh nghiệm sau 56 trường hợp phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc bằng dụng cụ phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn tại Bệnh viện Trung Ương Huế

Đối tượng và phương pháp: 56 bệnh nhân thận giảm, mất chức năng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi một cổng cắt thận sau phúc mạc tại khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 05/2015 đến tháng 05/2021. Cổng nội soi được đặt qua một lỗ nhỏ 2,5 cm rạch theo đường xiên hông và chỉ sử dụng dụng cụ thẳng của phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn.

Kết quả: Tuổi trung bình 50,5 ± 7,5 (37-80) tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,8 gồm 36 bệnh nhân nam và 20 bệnh nhân nữ. Bên trái có 31 bệnh nhân, bên phải có 25 bệnh nhân. Tỷ lệ thành công 96,4%. Thể tích máu mất trung bình là 40 ± 9,5 ml, ít nhất là 5ml, nhiều nhất là 100ml. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ và sau mổ. Thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 155 phút, trung bình là 86,5 ± 11,5 phút. Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình là 32,6 ± 10,6 giờ. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là 3,23 ± 2,25 ngày. Chỉ có các tai biến độ 1 được xử trí ngay bằng phẫu thuật nội soi và không có tai biến nặng. Chỉ có biến chứng độ 1 sau mổ là chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ. Nằm viện sau mổ ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 10 ngày, trung bình là 5,9 ± 1,25 ngày.

Kết luận: Đây là phẫu thuật ít xâm lấn, tiết kiệm, an toàn, thẩm mỹ

Từ khóa: Cắt thận nội soi, phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc.

SUMMARY

RETROPERITONEAL LAPAROENDOSCOPIC SINGLE SITE NEPHRECTOMY USING STANDARD STRAIGHT LAPAROSCOPIC INSTRUMENTS

Objective: Outcome of 56 retroperitoneal laparo-endoscopic single-site (RP-LESS) nephrectomy using standard laparoscopic instrument at Hue Central Hospital

Material and method: A prospective study was performed on 56 patients with benign nonfuncion kidney, treated by retroperitoneal laparo-endoscopic single-site (RP-LESS) nephrectomy at Department of General Surgery - Hue Central Hospital from May 2015 to May 2021. SILS Port of Covidien was inserted by 2.5 cm skin flank incision standard straight laparoscopic instruments were used instead of roticular instruments.

Results: The mean age was 50.5 years (range, 37 to 80). The men and women ratio was 1.8. Left side was 31 and Right side was 25 patients. The successful rate was 96.4%. Estimated blood loss was 40ml (range 5-100). No perioperative and postoperative blood transfusion. The mean operating time 86.5mins (50 - 155 mins). All minor complications were controlled by

[1]*Bệnh viện Trung ương Huế*
[2]*Trường Đại học Y Dược Huế - Đại học Huế*
Liên hệ tác giả: Ngô Thanh Liêm
Email. Liemntyk@gmail.com
Ngày nhận bài: 20/9/2021
Ngày phản biện: 21/9/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

laparoscopic surgery. Minor posoperative complication was found: 1 wound infection and 1 wound haemorrhage. The postoperative analgesic requirement was 3.23 days. Postoperative hospital stay was 5.9 days (range 4-10).

Conclusions: This is a mini-invasive technical, economy, safety and cosmetic.

Key words: Laparoendoscopic Single Site Surgery (LESS), Retroperitoneal Laparoendoscopic Single Site Nephrectomy (RP-LESS).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

"Các bệnh gây hại yêu cầu các phương pháp điều trị ít gây hại hơn" là phát biểu được William Osler, người khởi sướng nền y học hiện đại truyền đạt với các học trò của mình cách đây hơn 100 năm trước. [9]. Câu nói đó hiện giờ vẫn còn nguyên giá trị, trở thành mục tiêu xuyên suốt và là kim chỉ nam của phẫu thuật nội soi ngày nay, đó là "Xâm lấn tối thiểu - Điều trị tối đa". Thật vậy, qua hơn 30 năm phát triển của phẫu thuật nội soi, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu này chỉ để lại những vết tích rất nhỏ trên thành bụng hoặc thậm chí qua lỗ tự nhiên như hậu môn, âm đạo nên không để lại sẹo mang lại giá trị thẩm mỹ, giảm đau, thời gian nằm viện ngắn. [8][9].

Phẫu thuật nội soi qua lỗ tự nhiên NOTES là đích đến mà chúng ta đang phấn đấu tuy vậy chúng có nhược điểm là phụ thuộc nhiều vào phương tiện dụng cụ hiện đại và khó tiếp cận một số cơ quan trong ổ bụng. Chính vì vậy, trong điều kiện trang thiết bị và dụng cụ chuyên dụng tân tiến còn hạn chế ở nước ta, phẫu thuật nội soi một cổng trở nên là một lựa chọn đáng chú ý do đặc tính xâm lấn tối thiểu, thẩm mỹ, giảm đau và thời gian nằm viện ngắn [8][9].

Chúng tôi muốn giới thiệu phương pháp phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc để cắt thận tại bệnh viện Trung ương Huế, một phương pháp tránh được các tạng và ruột trong ổ phúc mạc cũng như tiếp cận nhanh chóng vào rốn thận [9].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 05/2015 đến tháng 05/2021 có 56 bệnh nhân được chẩn đoán thận mất chức năng do các nguyên nhân lành tính được cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc bằng dụng cụ thẳng tiêu chuẩn tại khoa ngoại Tổng hợp bệnh viện trung ương Huế.

Tất cả bệnh nhân đều được làm thận đồ đồng vị phóng xạ để chẩn đoán xác định thận mất chức năng trước mổ và chức năng thận đối bên bình thường. Bệnh nhân không có vết mổ cũ vùng hông cùng bên phẫu thuật. Các trường hợp nhiễm trùng đều được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ trước mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu loạt trường hợp có theo dõi

2.2.2. Phương tiện dụng cụ

- Cổng nội soi: Sử dụng cổng SILS Port của Covidien
- Ống kính nội soi: Ống kính nội soi tiêu chuẩn góc nhìn 30 độ, nguồn sáng gắn vuông góc ống kính.
- Dụng cụ tao tác: Sử dụng dụng cụ thẳng của phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn (standard straight laparoscopic instruments). Kết hợp dụng cụ 1 dài với 1 ngắn khắc phục xung đột.

2.2.3. Tiến hành phẫu thuật

Tư thế bệnh nhân: Tư thế nghiêng hoàn toàn 90 độ như trong mổ mở, bàn mổ được gập góc vị trí thắt lưng để tăng khoảng cách giữa xương sườn và mào chậu.

Vị trí phẫu thuật viên và người phụ: Phẫu thuật viên đứng vị trí sau lưng bệnh nhân. Người phụ cầm ống kính đứng cao trên một bục để tay của người cầm ống kính không bị vướng và xung đột với tay phẫu thuật viên chính.

Đặt cổng nội soi: Rạch da 2,5 cm tại vị trí đầu xương sườn 12 hoặc dưới xương sườn 12 (trường hợp xương sườn 12 dài). Tách cơ vào khoang sau phúc mạc, dùng ngón tay trỏ tách phúc mạc ra trước. Trước khi đặt cổng nội soi chúng tôi chủ động mở nhu mô thận hút hết nước tiểu rồi dùng gạc làm khô toàn bộ phẫu trường. Dùng 2 farabeuf banh hai mép vết mổ để đặt cổng nội soi, lắp hệ thống CO2, kiểm tra bảo đảm không có khí xì ra ngoài trường mổ.

Đặt trô-ca: Đặt qua SILS Port một trocar 10 mm cho optic và hai trocar 5mm cho dụng cụ thao tác. Trocar thao tác 5mm có thể dễ dàng thay thế bằng trocar 10mm trong trường hợp cần dùng các dụng cụ đường kính lớn hơn như clip, hem-o-lok kích cỡ 10mm, Stapler. Sau đó trô-ca 5mm được hoán đổi ngay lập tức để hạn chế xung đột các trô-ca tại vị trí cổng nội soi. Lúc chính thức tiến hành phẫu thuật thì cơ thắt lưng là mốc quan trọng để định hình phẫu trường, tìm và kẹp cắt động mạch, tĩnh mạch thận, niệu quản sau đó thận sẽ được bóc tách khỏi tổ chức xung quanh và phúc mạc phía trước rồi được bỏ vào bao trước khi lấy ra ngoài.

Theo dõi trong mổ: Phẫu thuật thành công hay thất bại, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, có phải chuyền thêm máu trong mổ hay không, tai biến trong mổ.

Đánh giá kết quả sau mổ: Mức độ đau sau mổ và thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ, biến chứng sau mổ, thời gian rút dẫn lưu sau mổ, số ngày nằm viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi và giới tính

Tuổi trung bình 50,5 ± 7,5. Bệnh nhân nhỏ nhất là 37 tuổi, lớn nhất là 80 tuổi.

Số bệnh nhân nam là 36 và bệnh nhân nữ là 20, tỷ lệ Nam/Nữ là 1,8. Bên trái có 31 bệnh nhân, bên phải có 25 bệnh nhân.

3.2. Kết quả chụp Thận đồ đồng vị phóng xạ

Tất cả 56 bệnh nhân được làm thận đồ đồng vị phóng xạ trước mổ cho kết quả thận được cắt bỏ có chức năng nhỏ hơn 10% sau khi giải phóng tắt nghẽn, trong đó có 41/56 bệnh nhân có chức năng thận mất hoàn toàn.

3.3. Tỷ lệ thành công và chuyển đổi phương pháp

Tỷ lệ thành công là 54/56 bệnh nhân tương đương 96,4%. Có 1 trường hợp đặt thêm 1 trô-ca 5mm hỗ trợ và 1 trường hợp chuyển sang mổ mở do viêm dính rốn thận.

3.4. Thể tích máu mất

Thể tích máu mất trung bình là 40 ± 9,5 ml, ít nhất là 5ml, nhiều nhất là 100ml. Không có bệnh nhân nào truyền máu trong mổ và sau mổ

3.5. Thời gian phẫu thuật

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật

Thời gian mổ (phút)	n	Tỷ lệ %
50-70	9	16,1
70-90	24	42,8
90-110	10	17,9
110-130	8	14,3
130-150	4	7,1
>150	1	1,8
Tổng cộng	**56**	**100**

Thời gian mổ ngắn nhất là 50 phút, dài nhất là 155 phút, trung bình là 86,5 ± 11,5 phút.

3.6. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

Bảng 2. Tai biến trong mổ

Tai biến trong mổ	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Rách phúc mạc	2	3,6
Chảy máu tuyến thượng thận	2	3,6

Tất cả tai biến không gây ảnh hưởng gì và được xử trí trong mổ bằng phẫu thuật nội soi.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Chảy máu vết mổ	1	1,8
Nhiễm trùng vết mổ	1	1,8

Nhiễm trùng vết mổ xảy ra trên bệnh nhân viêm thận bể thận hạt vàng, có thời gian phẫu thuật kéo dài.

3.7. Mức độ đau và thời gian dùng thuốc giảm đau

Bảng 4. Thời gian dùng thuốc giảm đau

Thời gian	n	Tỷ lệ %
1 ngày	0	0
2 ngày	19	33,9
3 ngày	18	32,1
4 ngày	9	16,1
5 ngày	8	14,3
6 ngày	1	1,8
7 ngày trở lên	1	1,8
Tổng cộng	**56**	**100**

Mức độ đau được tính theo thang điểm đau bằng hình ảnh VAS. Sang ngày thứ 3, hầu hết bệnh nhân đau ít hoặc không còn đau. Thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình là 3,23 ± 2,25 ngày, ít nhất là 2 ngày, dài nhất là 7 ngày.

3.8. Thời gian phục hồi nhu động ruột

Bảng 5. Thời gian phục hồi nhu động ruột

Khoảng thời gian (giờ)	n	Tỷ lệ %
<24	15	26,8
24-48	32	57,1
>48	9	16,1
Tổng cộng	**56**	**100**

Hầu hết bệnh nhân trung tiện trở lại trước 48 giờ sau mổ, chiếm hơn 80%. Sớm nhất là sau mổ 18 giờ bệnh nhân trung tiện trở lại bình thường được, muộn nhất là 72 giờ, trung bình là 32,6 ± 10,6 giờ.

3.9. Thời gian nằm viện

Bảng 6. Thời gian nằm viện

Thời gian(ngày)	n	Tỷ lệ %
<5	6	10,7
5-7	45	80,4
>7	5	8,9
Tổng cộng	**56**	**100**

Nằm viện sau mổ ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 10 ngày, trung bình là 5,9 ± 1,25 ngày. Phần lớn bệnh nhân ra viện trước 7 ngày, chiếm 91,1%. Bệnh nhân nằm viện kéo dài 10 ngày là bệnh nhân đau vết mổ kết hợp nhiễm trùng vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

Năm 1991, Clayman đã thực hiện trường hợp phẫu thuật nội soi cắt thận đầu tiên, sau đó phẫu thuật nội soi cắt thận đã phát triển rộng khắp và trở thành tiêu chuẩn chọn lựa ở nhiều trung tâm tiết niệu trên thế giới và tại Việt Nam [10].

Mặc dù vậy, vấn đề lấy tạng ra ngoài chưa làm hài lòng các phẫu thuật viên tiết niệu. Phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn cắt thận tuy ban đầu chỉ can thiệp xâm lấn tối thiểu qua các vết rạch da rất nhỏ trên thành bụng nhưng cuối cùng quá trình lấy tạng ra ngoài lại làm mất đi những nỗ lực và cố gắng đó của phẫu thuật viên bởi đường rạch da dài bổ sung để lấy thận. Hậu quả làm tăng thêm độ xâm lấn của phẫu thuật, mất tính thẩm mỹ, đau nhiều hơn và tăng thời gian nằm viện [8][9].

Với mong muốn làm giảm tỷ lệ thương tật thành bụng do các lỗ trô-ca cũng như do vết mổ lấy tạng ra ngoài khi thực hiện phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn cắt thận, vào năm 2008, Rane đã lần đầu tiên kết hợp và hội tụ các trô-ca của phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn qua một vết rạch da chung kích thước nhỏ. Đi chung qua vết mổ nhỏ này, các dụng cụ được đưa vào cơ thể thực hiện phẫu tích cắt thận và cuối cùng thận được lấy ra ngoài qua chính vết rạch da này. Phương pháp phẫu thuật này được gọi là phẫu thuật nội soi một vết mổ hay phẫu thuật nội soi một cổng (Laparoendoscopic Single Site Surgery – LESS) [8].

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi một cổng trong tiết niệu được Vũ Lê Chuyên và Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng báo cáo vào năm 2010 tại thành phố Hồ Chí Minh. Nhóm tác giả đã thực hiện cắt thận xuyên phúc mạc và cổng nội soi được đặt tại rốn, phẫu thuật đã cho kết quả thẩm mỹ, giảm đau và thời gian nằm viện tương đương phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn nhưng thời gian mổ dài hơn. Bản

chất của phẫu thuật nội soi một cổng tại rốn là thẩm mỹ vì vết sẹo mổ được ẩn vào trong rốn nếu đường kính vết rạch da chung nhỏ [1][2].

Tuy vậy đường rạch da không phải luôn luôn đạt được kích thước nhỏ lý tưởng dẫn đến vết sẹo phẫu thuật nội soi một cổng tại rốn không phải luôn luôn ẩn vào trong rốn đặc biệt là khi thực hiện phẫu thuật lấy bỏ tạng lớn như thận. Vị trí đặt cổng nội soi tại rốn cũng không phải luôn luôn thuận lợi trong quá trình phẫu tích nên một số tác giả đã di chuyển cổng nội soi sang một ví trí phù hợp hơn và gần với tạng đích hơn để việc tiếp cận tạng đích đơn giản hơn [3][8].

Với mong muốn hạn chế tiếp xúc ruột và các tạng trong ổ phúc mạc cũng như nhanh chóng kiểm soát rốn thận [9], từ năm 2014, chúng tôi đã triển khai phẫu thuật nội soi một cổng sau phúc mạc để cắt thận. Trong bối cảnh việc thương mại hóa cũng như sự phổ biến của dụng cụ chuyên dụng còn hạn chế, chúng tôi tái sử dụng cổng SILS Port và chỉ sử dụng dụng cụ thẳng của phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn.

Quá trình đặt cổng nội soi chúng tôi không cắt các cơ chéo bụng và cơ ngang bụng mà chỉ tách các thớ cơ vì vậy ít tổn thương cơ thần kinh tại vị trí đặt cổng nội soi nên giảm đau, thời gian dùng thuốc giảm đau trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 3,23 ngày và qua ngày thứ tư bệnh nhân có thể tự ngồi dậy và sinh hoạt bình thường. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 86,5 ± 11,5 phút, máu mất trung bình là 40 ± 9,5 (5 -100) ml.

Vũ Lê Chuyên và Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2011) phẫu thuật nội soi cắt thận qua một cổng xuyên phúc mạc, các dụng cụ và kính soi được đưa qua một vết mổ tại rốn. Theo tác giả báo cáo thời gian mổ trung bình là 170 phút, máu mất trung bình 204 ml, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ là 4 ngày [1][2].

Nghiên cứu của Woong Kyu Han cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 151 phút, máu mất trung bình là 108 ml, nằm viện trung bình 3,1 ngày và không có biến chứng nào là trầm trọng. [6]

Zhi Chen báo cáo 16 trường hợp cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc trên bệnh lý thận mất chức năng lành tính, cổng nội soi được đặt qua một vết rạch da 3 cm trên đường xiên hông và dưới sườn 12. Tác giả có sử dụng dụng cụ cong chuyên dụng. Báo cáo ghi nhận 15/16 trường hợp thành công, thời gian phẫu thuật trung bình là 85 phút, máu mất trung bình 56 ml, nằm viện trung bình là 4 ngày và không có tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ nào là trầm trọng. Kết luận của tác giả cho thấy rằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc một cổng cắt thận là một phẫu thuật an toàn, khả thi và kết quả thẩm mỹ cao [7].

Báo cáo của Takatsugu Okegawa cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 265,2 phút, máu mất trung bình là 96,7 ml. Trong đó có 11 trường hợp cắt thận mất chức năng lành tính và 12 trường hợp cắt thận tận gốc do bệnh lý ung thư. Thời gian phẫu thuật trung bình của báo cáo này tương đối dài do trong nghiên cứu của tác giả có cả những trường hợp cắt thận trong bệnh lý ung thư. Tác giả đưa ra kết luận rằng phẫu thuật nội soi một cổng ít đau hơn và thời gian dùng giảm đau ngắn hơn phẫu thuật nội soi kinh điển [5]. So sánh các tác giả chúng tôi thấy thời gian mổ của chúng tôi có phần nhanh hơn, thời gian dùng thuốc giảm đau là tương đương với nhiều tác giả trong và ngoài nước [4][5][6][7].

Qua 56 trường hợp phẫu thuật chúng tôi đã tái sử dụng 03 SILS Port của hãng Covidien

để tiết kiệm phù hợp với điều kiện kinh tế của đa phần người dân nước ta. Tuy vậy cần chú ý đến vấn đề khử khuẩn để tái sử dụng cổng nội soi, để đảm bảo an toàn vô trùng cho bệnh nhân chúng tôi luôn phủ thêm một lớp bao cao su bên ngoài cổng nội soi trước khi đặt cổng nội soi vào thành bụng.

Chúng tôi chỉ sử dụng dụng cụ thẳng của PTNS tiêu chuẩn nên các dụng cụ luôn sẵn có và quen thuộc, không cần thời gian đào tạo và làm quen dụng cụ. Để khắc phục xung đột dụng cụ cũng như tạo biên độ phẫu tích rộng hơn, chúng tôi thực hiện bắt chéo dụng cụ và luôn kết hợp một dụng cụ dài với một dụng cụ ngắn.

Tỷ lệ thành công thực hiện phẫu thuật cắt thận nội soi một cổng sau phúc mạc là 96,4%. Trường hợp đặt cổng 5mm hỗ trợ là trường hợp thận mất chức năng do sỏi san hô đài bể thận gây thận ứ mủ, vì vậy quá trình viêm tại thận và hạch phản ứng viêm xuất hiện nhiều ở rốn thận nên phẫu tích rất khó khăn. Trường hợp chuyển mổ mở là trường hợp viêm thận bể thận hạt vàng gây xơ cứng toàn bộ mạch máu rốn thận và tổ chức quanh thận không thể phẫu tích vào mạch máu thận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi một cổng cắt thận trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho thấy an toàn và không ghi nhận các biến chứng nào là trầm trọng. Vết rạch da 2,5 cm để đưa các dụng cụ vào phẫu tích đồng thời là vị trí lấy thận ra ngoài lúc kết thúc phẫu thuật đã mang lại nhiều ưu điểm như giảm đau sau mổ, thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn. Việc tái sử dụng cổng nội soi đã mang lại hiệu quả kinh tế, chúng tôi hy vọng có thể triển khai rộng rãi kỹ thuật này trong phẫu thuật cắt thận thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Cát, Nguyễn Tiến Đệ, Đỗ Vũ Phương, Chung Tuấn Khiêm, Trần Ngọc Khắc Linh, Đỗ Lệnh Hùng (2011)** Phẫu Thuật nội soi một vết mổ trong tiết niệu: ứng dụng ban đầu tại bệnh viện Bình Dân. Y học thực hành, số 769+770, tr 315-324.
2. **Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Tiến Đệ, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Trần Ngọc Khắc Linh, Đỗ Lệnh Hùng (2011)** Kinh nghiệm cắt thận bằng phẫu thuật nội soi một vết mổ sau 18 tháng thực hiện. Y học thực hành, số 769+770, tr 309-314
3. **Ôn Quang Phóng (2017)** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 lỗ điều trị các u tuyến thượng thận lành tính. Luận án tiến sỹ Y học. Trường đại học y Hà Nội.
4. **Greco F, Veneziano D, Wagner S, Kawan F, Mohammed N, Hoda M.R, Fornara P (2012)** Laparoendoscopic Single-Site Radical Nephrectomy for Renal Cancer: Technique and Surgical Outcomes, European Urology. Jul 2012, Vol. 62, No. 1: 168-174
5. **Okegawa T, Itaya N, Hara H, Nutahara K, Higashihara E (2012)** Initial operative experience of single-port retroperitoneal laparoscopic nephrectomy. International Journal of Urology, Volume 19, Issue 8, pages 778–782, August 2012
6. **Han W.K, Park Y.H, Jeon H.G, Jeong W, Rha K.H, Choi H, Kim HH (2010)** The Feasibility of Laparoendoscopic Single-Site Nephrectomy: Initial Experience Using Home -made Singleport Device Urology Volume 76, Issue 4, October 2010, Pages 862–865
7. **Chen Z, Chen X, Luo Y.C, Yao He, Li N.N, Xie C.Q, Lai C (2012)** Retroperitoneal Laparoendoscopic Single-Site Simple Nephrectomy: Initial Experience. Journal of Endourology. June 2012, 26(6): 647-651
8. **Elsamra S.E, Rais-Bahrami S, Richstone L (2017) LESS**: Ports, Optics, and Instruments. Atlas of Laparoscopic and Robotic Single Site Surgery. Current Clinical Urology. p29-47.
9. **Patel RM, Kaler KS, Landman J (2020)** Fundamentals of Laparoscopic and Robotic Urologic Surgery, Basics of Urologic Surgery, Campbell-Walsh-Wein Urology. 12th edition p.203-234.
10. **Clayman RV, Kavoussi LR, Soper NJ, Dierks SM, Merety KS, et al (1990).** Laparoscopic nephrectomy. N Engl J Med. 1991;324(19):1370–1.

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC CÁC KHỐI U THẬN Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Thùy Linh[1], Đặng Thái Trà[1], Trương Đình Tiến[1], Trần Ngọc Dũng[1], Nguyễn Văn Phê[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu tần suất xuất hiện, các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của các khối u thận ở người trưởng thành.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang 150 bệnh nhân u thận, được phẫu thuật cắt thận triệt căn tại Khoa Ngoại tiết niệu - Bệnh viện Quân y 103 từ 01/2010 đến 06/2021. Thu thập các thông tin lâm sàng, đại thể và chẩn đoán giải phẫu bệnh từ dữ liệu của bệnh nhân trong quá trình điều trị.

Kết quả: 70,7% các khối u thận là u ác tính và chủ yếu gặp ở nam giới; 29,3% các u thận là u lành tính và thường gặp ở nữ giới. Sự khác biệt về tỷ lệ nam/nữ ở nhóm u thận lành và ác tính có ý nghĩa thống kê. Nhóm khối u ác tính gặp chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) chiếm 96,2%. Các biến thể khác nhau của RCC bao gồm: típ tế bào sáng (68,9%); típ tế bào kị màu (10,4%); típ nhú (5,7%) và một số típ hiếm gặp khác như dạng sarcom (2,8%); typ tế bào hình thoi và ống nhày (3,8%). Các khối u ác tính khác gồm: sarcom cơ trơn (1,9%); u lympho ác tính (1,9%). Với các khối u có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 4cm thì tỷ lệ các khối u được chẩn đoán lành tính cao hơn so với nhóm có kích thước u lớn hơn 4cm. Đa số u thận được phát hiện ở giai đoạn sớm (giai đoạn I, II) theo TNM (98,1%).

Kết luận: Tỷ lệ ung thư thận gặp nhiều gấp hơn 3 lần khối u lành tính. Ung thư biểu mô tế bào thận là loại chiếm đa số trong các khối u ác tính, trong khi đó các khối u lành tính chủ yếu gặp u cơ mỡ mạch. Các khối u thận lành tính và ác tính đều tiên lượng tốt khi có tỷ lệ cao được chẩn đoán ở giai đoạn phát triển tại chỗ.

Từ khóa: u thận lành tính, ung thư thận.

[1]Bộ môn-Khoa Giải phẫu bệnh lý-Pháp y, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.
Liên hệ tác giả: Đặng Thái Trà.
Email: dangthaitra0502hvqy@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/8/2021
Ngày phản biện: 11/8/2021
Ngày duyệt bài: 20/8/2021

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF RENAL TUMORS IN ADULTS AT 103 MILITARY HOSPITAL

Objective: To determine the relative frequencies, clinical features, and histopathologic characteristics of different renal tumors in adults.

Subjects and methods: A retrospective, descriptive, cross- sectional study was performed on 150 patients with renal tumors treated by open radical nephrectomy at the Department of Urology, 103 Military Hospital from 01/2010 to 06/2021. Collecting the clinical features, macroscopic and histopathological diagnose from patient's data during treatment.

Results: Most tumors were malignant at 70.7%, occurred in males and 29.3% benign, occurred in females. The male/female ratio in the group of benign and malignant renal tumors has a statistically significant difference. Among malignant tumors, renal cell carcinoma (RCC - Renal Cell Carcinoma) was the most common

102/106 (96.2%). Various subtypes of RCC included: conventional/clear cell RCC, 73 (68.9%); papillary RCC, 6 (5.7%); chromophobe RCC, 11 (10.4%); sarcomatoid RCC, 3 (2.8%); mucinous tubular and spindle cell RCC, 4 (3.8%). Other malignant tumors were: rhabdomyosarcoma, 2 (1.9%); lymphoma, 2 (1.9%). In the group of tumors less than or equal to 4cm, the benign proportion was higher than in the group of large tumors. Most renal tumors are detected at the early stages (I, II) according to TNM.

Conclusion: The rate of kidney cancer is more than 3 times higher than that of benign tumors. Renal cell carcinoma is the predominant type of malignancy, while benign tumors are predominant in Angiomyolipoma. Both benign and malignant renal tumors have a good prognosis with a high rate of being diagnosed at the local disease.

Key words: Benign renal tumour, Kidney cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thận là khối bất thường ở thận có thể là lành tính hoặc ác tính. 25% khối u thận là lành tính, những khối u kích thước nhỏ có xu hướng lành tính hơn những khối u có kích thước lớn. Khối u thận có thể phát triển chậm hoặc có thể phát triển nhanh, xâm lấn rộng và di căn. Hầu hết các khối u thận phát triển tại chỗ, có nghĩa là chỉ phát triển trong giới hạn của thận mà ít lan rộng ra ngoài thận vì thận có cấu tạo vỏ bao thận và mô liên kết quanh thận khá vững chắc giúp hạn chế sự lan rộng của khối u. Có khoảng 40% khối u ác tính ở thận phát triển tại chỗ. Về đại thể khối u thận có thể ở dạng đặc hoặc dạng nang hoặc kết hợp. Hầu hết các khối u dạng nang có xu hướng lành tính.

Theo Globocan 2020, tổng số ca ung thư mới mắc là 19,3 triệu ca, tổng số ca tử vong do ung thư là 10 triệu ca [1]. Khu vực Châu Á là khu vực có tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong do ung thư cao nhất thế giới (49,3% và 58,3%). Trong đó ung thư thận xếp ở vị trí thứ 16 về cả số ca mới mắc (431.288 ca) và số ca tử vong do ung thư thận (179.368 ca). Trong đó tỷ lệ mắc và chết do ung thư thận trên 100.000 dân tương ứng là 4,8 và 1,8.

U thận là những khối u phát triển từ thành phần biểu mô hoặc mô liên kiết ở thận. Ở người trưởng thành ung thư thận gặp chủ yếu là ung thư biểu mô (UTBM) tế bào thận và nhiều loại ung thư thận khác nhưng hiếm gặp hơn. Còn u thận lành tính cũng khá đa dạng về phân loại u. Do vậy nghiên cứu của chúng tôi nhằm tìm hiểu về tỷ lệ các loại u thận khác nhau cả trong u lành tính và u ác tính, các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u thận trên người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

150 bệnh nhân được chẩn đoán u thận, điều trị bằng phẫu thuật cắt thận triệt căn tại Khoa Ngoại Tiết Niệu (B7) - Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 6 năm 2021.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có u thận nguyên phát có chỉ định phẫu thuật.
- Bệnh nhân có đủ dữ liệu về lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán bệnh.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân u thận tái phát.
- Bệnh nhân được chẩn đoán u biểu mô đường niệu tại thận và ung thư di căn đến thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang.

* Nội dung nghiên cứu:

- Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh của bệnh nhân có u thận đã được phẫu thuật.

- Tìm lại tiêu bản nhuộm Hematoxylin - Eosin và hóa mô miễn dịch của bệnh nhân.

- Phân loại mô bệnh học u thận theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2016 [2].

- Phân độ mô học UTBM tế bào sáng và UTBM tế bào thận típ nhú theo WHO / ISUP (2020) [3]

- Phân giai đoạn TNM theo AJCC (2018) [4]

* Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0 xác định và so sánh tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi, giới của bệnh nhân u thận

Nhóm tuổi	U thận lành tính (n=44)		U thận ác tính (n=106)	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
<45	7 (15,9%)	5 (11,4%)	15 (14,2%)	9 (8,5%)
45-60	6 (13,6%)	11 (25,0%)	33 (31,1%)	13 (12,3%)
>60	4 (9,1%)	11 (25,0%)	25 (23,6%)	11 (10,4%)
Tổng	**17 (38,6%)**	**27 (61,4%)**	**73 (68,9%)**	**33 (31,1%)**

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ trong u thận lành tính và ung thư thận lần lượt là 1:1,6 và 2,2:1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u thận lành tính và ung thư thận lần lượt là 52,1 ± 12,6 và 53,5 ± 13,1 tuổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.2. Phân loại mô bệnh học khối u thận

U thận lành tính	Số lượng	Tỷ lệ %	U thận ác tính	Số lượng	Tỷ lệ %
U cơ mạch mỡ	32	72,7	UTBM tế bào sáng	73	68,9
U tế bào ưa toan	5	11,4	UTBM tế bào thận kị màu	11	10,4
U xơ đơn độc	2	4,5	UTBM tế bào thận thể thể nhú	6	5,7
U cơ trơn	2	4,5	UTBM tế bào hình thoi và ống nhày	4	3,8
U cơ mạch mỡ dạng biểu mô	3	6,8	UTBM tế bào thận thể ống nang	2	1,9
Tổng	44	100	UTBM tế bào thận dạng sarcoma	3	2,8
			UTBM tế bào thận không xếp loại	2	1,9
			Sarcoma cơ trơn	2	1,9
			U lympho ác tính	2	1,9
			UTBM ống góp	1	0,9
			Tổng	**106**	**100**

Nhận xét: Trong các khối u lành tính ở thận hay gặp nhất là u cơ mỡ mạch (chiếm 72,7%), tiếp đến là u tế bào ưa toan (11,4%), các loại khác gặp với tỷ lệ thấp. Ung thư biểu mô tế bào sáng của thận hay gặp nhất trong các u thận ác tính (68,9%), sau đó là ung thư biểu mô tế bào thận kị màu (10,4%); một số loại hiếm gặp hơn có tỷ lệ từ 1 đến 4% .

Bảng 3.3. Vị trí khối u

Vị trí	U thận lành tính (n=44)		U thận ác tính (n=106)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Thận phải	21	47,7	51	48,1
Thận trái	22	50.0	55	51,9
Hai bên	1	2,3	0	0,0
Cực trên	15	34,1	18	17,0
Cực dưới	11	25,0	23	21,7
Giữa và rốn thận	11	25,0	31	29,2
Cả thận	0	0,0	8	7,5
Không xác định được vị trí chính xác ở thận	7	15,9	26	24,5

Nhận xét: Về vị trí khối u không có sự khác biệt thận phải hay thận trái ở cả u lành và ung thư thận. Hầu hết u thận ở một bên, có một ca u thận lành có cả hai bên thận. Có 10/11 ca UTBM tế bào ky màu gặp ở thận phải.

Bảng 3.4. Đặc điểm đại thể khối u thận

Đặc điểm		U thận lành tính (n=44)		U thận ác tính (n=106)	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước khối u	≤4 cm	23	52,3	57	53,8
	>4 và ≤ 7 cm	13	29,5	28	26,4
	>7 và ≤ 10 cm	6	13,6	11	10,4
	> 10 cm	2	4,5	10	9,4
Tính chất	Khối đặc	42	95,5	97	91,5
	Dạng nang	2	4,5	9	8,5
	Có vỏ xơ	4	9,1	32	30,2
	Không có vỏ xơ	40	90,9	74	69,8

Nhận xét: Kích thước trung bình của u thận lành tính 5,2 ± 3,1 cm và ung thư thận là 5,2 ± 3,4 cm, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Ở cả u thận lành và ác tính, u dạng khối đặc chiếm chủ yếu với tỷ lệ tương ứng là 95,5% và 91,5% và hầu hết các khối u thận đều không có vở xơ bao bọc nhưng có ranh giới khá rõ với mô lành.

Bảng 3.5. Độ mô học của UTBM tế bào sáng và UTBM tế bào thận típ nhú

Độ mô học	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I	43	54,4
Độ II	31	39,3
Độ III	5	6,3
Tổng	**79**	**100**

Nhận xét: Các khối u thận thuộc nhóm UTBM tế bào sáng và UTBm tế bào thận típ nhú gặp chủ yếu có độ mô học thấp (độ I chiếm 54,4%). Độ III chiếm 6,3% và không gặp ca nào độ IV.

Bảng 3.6. Giai đoạn TNM của khối u thận ác tính

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ
I	85	80,2
II	19	17,9
III	1	0,9
IV	1	0,9
Tổng	**106**	**100**

Nhận xét: Các trường hợp ung thư thận ở giai đoạn I và II chiếm đa số (98,1%).

Bảng 3.7. Phân bố giai đoạn TNM theo từng loại UT thận

Giai đoạn / Phân loại UT thận	I	II	III	IV	Tổng
UTBM tế bào sáng	65 (89%)	8 (11%)			73
UTBM tế bào thận kị màu	6 (54,5%)	5 (45,5%)			11
UTBM tế bào thận thể nhú	5 (83,3%)	1 (16,7%)			6
UTBM tế bào hình thoi và ống nhày	4 (4/4)				4
UTBM tế bào thận thể ống nang	2 (2/2)				2
UTBM tế bào thận dạng sarcoma	0	1 (1/3)	1 (1/3)	1 (1/3)	3
UTBM tế bào thận không xếp loại	2 (2/2)				2
Sarcoma cơ trơn		2 (2/2)			2
U lympho ác tính	1 (1/2)	1 (1/2)			2
UTBM ống góp	1 (1/1)				1

Nhận xét: Hầu hết các khối u ác tính đều phát hiện ở giai đoạn I và II theo TNM; trong đó, một số loại ung thư thận được phát hiện ngay ở giai đoạn I như UTBM tế bào hình thoi và ống nhày, UTBM tế bào thận thể ống nang, UTBM ống góp. Cả 02 ca UTBM tế bào thận dạng sarcoma ở giai đoạn III (xâm lấn gan, tĩnh mạch chủ và tĩnh mạch thận) và giai đoạn IV (di căn não).

IV. BÀN LUẬN

Theo Tổ chức Y tế Thế Giới (WHO) năm 2016, u thận được chia thành nhiều nhóm căn cứ vào nguồn gốc tế bào hình thành khối u và cấu trúc của chúng. Trong đó các khối u thận ở người trưởng thành được chia thành nhóm u lành tính ở thận và ung thư thận. U lành ở thận là những khối u phát triển chậm, không xâm lấn cơ quan lân cận và không di căn, trong đó gặp nhiều nhất là u tế bào ưa acid (5-9% tổng số u thận), u tuyến nhú (7%), u cơ mỡ mạch. Hiếm gặp hơn trong phân loại u lành là các u xơ đơn độc, u cơ trơn,… Đối với ung thư thận thì gặp chủ yếu

là UTBM tế bào thận, chiếm 1–3% các khối u ác tính ở người và 75–80% các trường hợp ung thư thận ở người lớn. Đây là ung thư được phát triển từ các tế bào biểu mô ống thận, thường là một u đơn độc trong thận hoặc có khi gặp ở dạng hai hay nhiều khối trên một thận. Phân loại bệnh lý của UTBM thận rất phức tạp và danh pháp dựa trên hình thái tế bào u, cấu trúc u, vị trí giải phẫu, bệnh cơ bản, hội chứng gia đình và những thay đổi di truyền [1].

U thận lành tính gặp nhiều ở nữ giới với tỷ lệ nam/nữ là 1/1,6; ngược lại ung thư thận lại gặp nhiều ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 2,2/1, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới như nghiên cứu đa trung tâm của Ianto Lin Xi (2020) trên 1,162 tổn thương ở thận cho thấy ở nhóm u thận lành tính tỷ lệ nam/nữ là 1/2,4; ở nhóm u thận ác tính tỷ lệ nam/nữ là 2,1/1 [5]. Trong nghiên cứ khác của Pahernik và cộng sự (2007), cho thấy bệnh nhân ung thư thận là nam giới chiếm 64,3% với tỷ lệ nam/nữ là 1,8/1 [6].

Tuổi trung bình của nhóm u thận lành là 52,1 ± 12,6 và trong nhóm ung thư thận là 53,5 ± 13,2, không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Ianto Lin Xi (2020) khi tuổi trung bình của hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với tuổi trung bình ở nhóm u thận lành là 53 tính thấp hơn nhóm ung thư thận là 61 [5]. Trong nghiên cứu của Latif và cs (2011) cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân có u thận nói chung là 47,9 ± 15,1 tuổi [7]. Ung thư thận có thể gặp ở bất cứ lứa tuổi nào nhưng nếu ung thư thận được phát hiện ở người trẻ tuổi hơn thì cơ hội sống còn tốt hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân ung thư thận > 60 tuổi chiếm 34%.

Phân loại hiện tại của WHO năm 2016 bao gồm 14 típ khác nhau của UTBM tế bào thận, trong đó 13 típ gặp ở người trưởng thành, bao gồm các típ sau: típ tế bào sáng (65-70%), típ nhú (15-20%), típ tế bào kị màu (5-7%), típ ống nang (1%)... Ngoài ra còn có các khối u ác tính khác ở thận được phân loại như u thần kinh nội tiết, u của mô liên kết, u hệ tạo máu, ung thư di căn thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 loại u thận lành tính và 10 loại u thận ác tính ở 150 bệnh nhân là người trưởng thành. Trong các khối u lành tính ở thận, u cơ mỡ mạch thường gặp nhất, chiếm 72,7%; sau đó là u tế bào ưa toan chiếm 11%, ngoài ra một số loại u thận lành tính khác như u xơ đơn độc (4,8%); u cơ trơn (4,8%) và u cơ mạch mỡ dạng biểu mô (6,8%). Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của Ianto Lin Xi (2020) khi u cơ mạch mỡ chiếm 80,1% và u tế bào ưa axit chiếm 18,1%; ngoài ra trong nghiên cứu này cũng gặp một số loại u thận lành tính khác là u tuyến của thận, u hậu thận và u hỗn hợp biểu mô và trung mô vơi tỷ lệ thấp (đều chiếm 0,6%) [5]. Các nghiên cứu khác của Schachter (2007) trên 53 bệnh nhân có u thận lành tính cho thấy u tế bào ưa toan và u cơ mỡ mạch là 2 loại u lành thường gặp của thận với tỷ lệ tương ứng là 71,7% và 28,3% [8].

Trong 106 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư thận, UTBM tế bào thận chiếm 96,2%; ngoài ra còn gặp các loại ung thư khác ở thận như u lympho (1,9%) và sarcoma cơ trơn (1,9%). Trong UTBM tế bào thận phân dưới típ thành nhiều loại, típ tế bào sáng chiếm chủ yếu (68,9% của các khối u ác tính), tiếp đến là các típ tế bào kị màu (10,4%), típ nhú (5,75); hiếm gặp là UTBM ống góp (0,9%); UTBM tế bào thận không

xếp loại (1,9%); UTBM tế bào thận dạng sarcoma 2,8%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Schachter và cs (2007) khi nghiên cứu trên 401 bệnh nhân ung thư thận cho thấy UTBM tế bào thận chiếm 97,7% và loại khác chiếm 2,3%. Típ tế bào sáng chiếm đa số (62,0%) tổng số các ca ung thư; típ nhú chiếm 12,4% và típ kị màu chiếm 6,4%. Ttrong công bố của Pahernik (2007) thì có đến 82,7% bệnh nhân có u thận được chẩn đoán là UTBM tế bào thận [6].

Về vị trí giải phẫu của các khối u thận, trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về vị trí ở thận phải hay thận trái trong cả hai nhóm u thận lành và ung thư thận (p> 0,05). Có duy nhất 01 ca u cơ mạch mỡ gặp khối u ở cả hai thận. Có 28% các trường hợp khối u ở giữa và rốn thận, các khối u gặp ở cực trên và dưới thận với tỷ lệ lần lượt là 22% và 22,6% và có 27,4% trường hợp không có thông tin về vị trí khối u. Có 8 bệnh nhân (chiếm 5,3%) khối u kích thước lớn chiếm toàn bộ một thận, và cả 8 trường hợp này đều là ung thư thận. Trong nghiên cứu của Kassouf và cs (2004) cho thấy u thận chủ yếu gặp ở vùng giữa thận chiếm đến 45% các ca bệnh, 30% gặp ở cực trên và 25% ở cực dưới thận [9].

Có nhiều nghiên cứu trên thế giới về mối liên quan giữa kích thước khối u thận và sự ác tính hóa nhằm đưa ra một số gợi ý cho các bác sĩ lâm sàng về khả năng ác tính của khối u dựa vào kích thước. Trong nghiên cứu này, có 29,3% bệnh nhân mắc khối u lành ở thận và có 15,3% các bệnh nhân có khối u nhỏ hơn 4cm cho kết quả chẩn đoán là lành tính. Đối với các khối u có kích thước lớn hơn, tỷ lệ cho chẩn đoán lành tính ở nhóm khối u có kích thước từ 4-7cm và lớn hơn 7 cm lần lượt là 8,7% và 5,3%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Schachter và cs cho thấy các tỷ lệ trên lần lượt là 26,3%; 8,3%; 10,9% và 5,6% [8]. Trong tổng 35 ca u cơ mỡ mạch thì có 03 ca u cơ mỡ mạch dạng biểu mô, đây là loại u thận lành tính nhưng có tiềm năng ác tính và cả 03 ca này đều có kích thước u lớn hơn 4cm. Điều này cho thấy nhóm u có kích thước nhỏ hơn 4 cm có tỷ lệ lành tính cao hơn nhóm kích thước u lớn hơn 4cm, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê do số liệu nghiên cứu còn ít.

Về đặc điểm đại thể, các khối u thận trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả nhóm u thận lành và ung thư thận chủ yếu là dạng đặc với 139/150 ca, chiếm 92,7%. Chủ yếu các khối u là không có vỏ, kể cả u lành và u ác ở thận, tuy nhiên với nhóm u thận lành tất cả các trường hợp không có vỏ xơ nhưng đều có ranh giới rõ với mô lành, trong khi đó chỉ có 28,4% ung thư thận không có vỏ nhưng có ranh giới rõ với mô lành và trong 32 ca ung thư có vỏ rõ thì có 5 ca xâm lấn vỏ xơ.

Trên vi thể căn cứu vào đặc điểm nhân của tế bào u trong UTBM tế bào sáng và UTBM tế bào thận típ nhú mà WHO/ISUP năm 2012 đã đạt được sự đồng thuận đưa ra 4 độ mô học từ độ I đến độ IV. Độ mô học có giá trị tiên lượng sự tiến triển của khối u, độ mô học càng cao thì u tiến triển càng nhanh. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 54,4% độ I và 39,3% độ II. Độ III chiếm tỷ lệ rất thấp 6,3% và không gặp ca nào độ IV. Trong nghiên cứu của Ianto Lin Xi (2020), độ II chiếm gần một nửa (46,4%) trong các ca UTBM tế bào sáng và UTBm tế bào thận típ nhú (577 ca) và độ III chiếm 24,4%; độ I chiếm 10,1% và độ IV chiếm 5,4% [5].

Hầu hết các khối u thận ác tính trong nghiên cứu được phát hiện ở giai đoạn sớm chiếm 98,1% các trường hợp. Giai đoạn sớm của ung thư thận là giai đoạn I và II khi khối u có kích thước ≤ 7 cm và chỉ giới hạn ở

thận. Hầu hết u thận về lâm sàng không có triệu chứng rõ ràng, có thể chỉ đau tức vùng thắt lưng điều này có thể nhầm lẫn với triệu chứng của các bệnh lý khác. Do đó chẩn đoán u thận là do phát hiện tình cờ nhờ khám sàng lọc bằng siêu âm hoặc chụp XQ thông thường. Có 2 trường hợp (1,3%) khối u ác tính được phát hiện khi ở giai đoạn III và IV, cả 2 trường hợp này đều là UTBM tế bào thận dạng sarcom. Giai đoạn TNM của u thận là yếu tố tiên lượng bệnh. Tỷ lệ sống thêm 5 năm cho tất cả ung thư thận là 75%. Nếu khối u ở giai đoạn tiến triển, lan rộng khắp cơ thể thì tỷ lệ này giảm xuống còn 13% và ngược lại nếu khối u chỉ khu trú tại thận (giai đoạn I và II) thì tỷ lệ này tăng lên 90% [10].

V. KẾT LUẬN

U thận có thể gặp cả u lành và u ác tính, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ u thận lành tính là 29,3% và ung thư thận là 70,7%. Với nhóm u thận lành tính, gặp chủ yếu là u cơ mỡ mạch có nguồn gốc trung mô và u tế bào ưa toan có nguồn gốc biểu mô. Tuy nhiên loại u cơ mỡ mạch dạng biểu mô thuộc u thận lành tính nhưng có nguy cơ tiến triển ác tính. Trong các khối u ác tính ở thận, ung thư biểu mô tế bào thận chiếm đa số với phân dưới typ gặp trong nghiên cứu bao gồm: típ tế bào sáng, típ nhú, típ tế bào kị màu; dạng sarcom, típ hình thoi và ống nhày, tip ống góp, típ ống nang và UTBM tế bào thận không xếp loại. Các khối u ác tính khác gồm: sarcom cơ trơn và u lympho ác tính. Tỷ lệ nam/nữ ở nhóm u lành và u ác ở thận có khác biệt có ý nghĩa thống kê trong đó u lành tính chủ yếu gặp ở nữ giới, các khối u ác tính thường gặp ở nam giới. Các khối u có kích thước dưới 4cm thường có kết quả giải phẫu bệnh lành tính hoặc tiềm năng ác tính thấp. Phần lớn các u thận trong nghiên cứu được phát hiện ở giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **H. Sung, J. Ferlay R. L. Siegel (2021),** "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". 71(3), 209-249.
2. **Humphrey PA Moch H, Ulbright TM, Reuter VE (2016),** WHO Classification of Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs (Medicine) 4, ed, 8.
3. **Bozkurt O Seker N.S, Aslan G (2020),** "A New Grading for Clear Cell Renal Cell Carcinoma: Combined WHO/ISUP Grading System", International Journal of Pathology and Clinical Research. 6(2).
4. **Emily Z. Keung Jeffrey E. Gershenwald (2018),** "The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care", Expert review of anticancer therapy. 18(8), 775-784.
5. **I. L. Xi (2020),** "Deep Learning to Distinguish Benign from Malignant Renal Lesions Based on Routine MR Imaging". 26(8), 1944-1952.
6. **S. Pahernik (2007),** "Small renal tumors: correlation of clinical and pathological features with tumor size", J Urol. 178(2), 414-7; discussion 416-7.
7. **F. Latif, M. Mubarak J. I. Kazi (2011),** "Histopathological characteristics of adult renal tumours: a preliminary report", J Pak Med Assoc. 61(3), 224-8.
8. **L. R. Schachter (2007),** "Second prize: frequency of benign renal cortical tumors and histologic subtypes based on size in a contemporary series: what to tell our patients", J Endourol. 21(8), 819-23.
9. **W. Kassouf (2004),** "Natural history of renal masses followed expectantly", J Urol. 171(1), 111-3; discussion 113.
10. **Cancer Facts & Figures 2021 (2021**), America Cancer Society, USA.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT TRONG CẮT MỘT PHẦN THẬN TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚU THẬN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Minh Sâm[1,2], Châu Quý Thuận[2], Ngô Xuân Thái[1,2], Trần Trọng Trí[1,2], Thái Kinh Luân[1], Quách Đô La[2], Đinh Lê Quý Văn[2], Phạm Đức Minh[1], Nguyễn Ngọc Hà[1], Nguyễn Hoài Phan[2], Lê Hữu Thuận[1], Dương Nguyên Xương[1], Lê Nho Tình[1], Nguyễn Thành Tuân[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt một phần thận có hỗ trợ của robot trong điều trị bướu thận.

Đối tượng và phương pháp: Tất cả các trường hợp PTNS cắt một phần thận có hỗ trợ của robot tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Chợ Rẫy. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Biến số nghiên cứu gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), bên thận tổn thương, giai đoạn bướu, kích thước bướu, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng trong phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu có 41 trường hợp (TH) bướu thận được PTNS cắt một phần thận có hỗ trợ của robot từ tháng 10/2017 đến tháng 01/2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tỉ lệ nam:nữ là 2.15:1, tuổi trung bình là 53. Tất cả các TH đều là bướu giai đoạn sớm, chưa di căn hạch và di căn xa. Thời gian phẫu thuật trung bình là 265 phút. Lượng máu mất trung bình là 78 mL. Thời gian hậu phẫu trung bình 5 ngày. Ghi nhận 1 trường hợp phải truyền máu trong mổ và 1 trường hợp có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật đòi hỏi phải can thiệp nội mạch.

Kết luận: Qua các trường hợp phẫu thuật nội soi cắt một phần thận có sự hỗ trợ của robot đã cho thấy tính khả thi và những ưu điểm của phương pháp điều trị ít xâm hại trong điều trị bướu thận.

Từ khoá: Bướu thận, ung thư tế bào thận, phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận, phẫu thuật nội soi có hỗ trợ của robot

SUMMARY

RESULTS OF ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR RENAL CELL CARCINOMA AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To evaluate the initial results of robot-assisted partial nephrectomy in treatment of kidney tumor.

Materials and methods: Data were collected prospectively on 41 cases of robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy from October 2017 to January 2021 at Urology Department, Cho Ray hospital. Patient demographics, radiology findings, surgery results, peri-operative complications, hospital stay, pathological results and follow-up results were recorded.

Results: There was 41 cases, the ratio of male: female was 2.15:1, the mean age was 53. All of cases were local stage without metastasis.

[1]*Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Chợ Rẫy*
Liên hệ tác giả: BS. Nguyễn Thành Tuân
Email: thanhtuan0131@gmail.com
Ngày nhận bài: 13/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 24/9/2021

Early complications were low grade according to the Clavien classification, no mortality and no conversion to open, one case was needed intraoperative transfusion and one case had postoperative hemorrhage and was treated by seletive angioembolization. Mean operative time was 265 minutes. The mean estimated blood loss was 78 ml. Patients discharge from hospital after 5 days.

Conclusion: Robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy is feasible with the advantages of minimally invasive intervention.

Key word: renal tumor, partial nephrectomy, robot-assisted laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1991, Clayman thực hiện trường hợp (TH) phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thận đầu tiên trên thế giới, từ đó kỹ thuật này ngày càng phát triển và lan rộng trên toàn thế giới. Phẫu thuật nội soi đã dần thay thế mổ mở do ít xâm hại, thẩm mỹ, thời gian hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mổ mở [(1)].

Năm 2000, FDA cho phép sử dụng hệ thống phẫu thuật Robot da Vinci trong điều trị bệnh nhân. Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot ra đời giữ được lợi điểm chính của phẫu thuật nội soi kinh điển bao gồm: tính chính xác, đường mổ nhỏ, giảm lượng máu mất, giảm đau hậu phẫu, thời gian hồi phục hậu phẫu nhanh. Hơn nữa, sử dụng robot hỗ trợ giúp phẫu thuật viên thao tác tinh tế và chính xác hơn dưới hình ảnh 3 chiều và các cánh tay với khớp nối linh động [(1,8,9)].

Tháng 10/2017, bệnh viện Chợ Rẫy được trang bị hệ thống phẫu thật Robot da Vinci Si. Trên cơ sở đó, chúng tôi bắt đầu áp dụng phẫu thuật Robot trong cắt một phần thận nhằm điều trị bướu thận. Trong báo cáo này, chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng hệ thống phẫu thuật Robot da Vinci trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận điều trị bướu thận giai đoạn khu trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp bướu thận được PTNS có hỗ trợ của robot cắt một phần thận tại bệnh viện Chợ Rẫy. Từ tháng 11/2017 đến tháng 01/2021, chúng tôi ghi nhận 41 trường hợp chẩn đoán bướu thận chỉ định phẫu thuật nội soi qua phúc mạccó hỗ trợ robot để điều trị cắt một phần thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp (case series). Các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận và được chỉ định phẫu thuật nội soi có hỗ trợ của robot cắt một phần thận tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2017 đến tháng 01/2021 được hồi cứu qua hồ sơ bệnh án. Đánh giá kết quả chính gồm thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và biến chứng của phẫu thuật.

Các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật gồm tuổi, giới tính, tiền căn phẫu thuật vùng bụng chậu, BMI, chức năng thận sau phẫu thuật. Các biến số liên quan đến bướu được ghi nhận gồm bên thận tổn thương, kích thước bướu, phần bướu ngoài thận, bướu có vào đến đài bệ thận, vị trí bướu trên thận.

Các biến số trong và sau phẫu thuật gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, các biến chứng trong và sau phẫu thuật, chức năng thận sau phẫu thuật, số ngày nằm viện, biên phẫu thuật dương tính.

Quy trình kỹ thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy

Kiểm tra hồ sơ bệnh án, bệnh nhân, chỉ định và các chống chỉ định

Gây mê nội khí quản

Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng 45 độ, gập bàn nhẹ.

Vị trí Troca: sử dụng 4 cánh tay Robot

Điều chỉnh và gắn các cánh tay Robot, người phụ ngồi kế bên bệnh nhân. Phẫu thuật viên chính điều khiển Robot tiến hành thực hiện kỹ thuật cắt bướu bảo tồn thận.

Bóc tách bộc lộ thận, bộc lộ cuống thận. Sử dụng chất chỉ thị màu để biết giới hạn khối bướu (nếu có trang bị). Dùng siêu âm xác định giới hạn bướu trong lúc mổ. Kẹp chọn lọc ĐM thận tạm thời bằng Bulldog. Thời gian thiếu máu nóng cho phép là 30 phút, có thể kéo dài đến 90 phút. Đánh dấu vị trí sẽ cắt bướu; Tiến hành cắt bướu; Có thể lấy mẫu từ mặt cắt phẫu thuật (margin) gửi Giải phẫu bệnh lý; Tiến hành khâu cầm máu, khâu hệ thống đài bể thận nếu cần; Khâu phục hồi nhu mô thận. Đặt dẫn lưu cạnh thận và lấy bệnh phẩm ra ngoài. Sau mổ, chuyển phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ. Sau khi bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, chuyển lên khoa Ngoại Tiết Niệu tiếp tục theo dõi và chăm sóc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tỷ lệ nam:nữ là 2.15:1

Tuổi trung bình bệnh nhân là 53 tuổi (tuổi thấp nhất là 36; tuổi cao nhất là 74)

Chẩn đoán trước phẫu thuật

Cả 41 trường hợp đều là bướu giai đoạn sớm, chưa di căn hạch và di căn xa. Trong 41 trường hợp, có 23 trường hợp bướu T1a, 15 trường hợp bướu T1b và 3 trường hợp bướu T2a.

Trong 41 TH, có 23 TH bướu thận bên trái và 18 TH bướu thận phải.

Các đặc điểm khác được mô tả qua bảng 1 và 2.

***Bảng 1**: Bảng mô tả đặc điểm bệnh nhân*

Đặc điểm n (%)	Cắt bướu bảo tồn thận (n=41)
Giới tính nam	28 (68%)
Tuổi	53 (36-74)
Bên thận tổn thương Trái Phải	 23 (56) 18 (44)
Thận độc nhất	0 (0)

***Bảng 2:** Bảng mô tả đặc điểm bướu*

Đặc điểm n (%)	Cắt bướu bảo tồn thận (n=41)
Renal score Độ phức tạp thấp Độ phức tạp vừa Độ phức tạp cao	7,9 (4-10) 10 (24%) 24 (59%) 7 (17%)
Kích thước bướu (cm)	4,3 (1,5-8)

Exophytic >50% <50%	 16 (39%) 20 (61%)
Endophytic hoàn toàn	5 (12%)
Mặt phẳng trán Mặt trước Mặt sau Không xác định	 23 (56%) 9 (22%) 9 (22%)
Vị trí bướu Cực trên thận Giữa thận Cực dưới thận	 14 (34%) 17 (42%) 10 (24%)
Bướu liên quan rốn thận	3 (7%)
Hạch vùng	0 (0)

Bảng 3: *Bảng mô tả các biến số liên quan đến phẫu thuật*

Đặc điểm n (%)	**Cắt bướu bảo tồn thận (n=41)**
Thời gian phẫu thuật (phút)	265 (180-375)
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	31,4 (7-50)
Lượng máu mất (mL)	78,3 (20-400)
Truyền máu	1 (3)
Clamp mạch máu Không Clamp động mạch Clamp động mạch và tĩnh mạch	 13(32) 28 (68)
Biến chứng Tổn thương tạng Tổn thương mạch máu	2 (0) 0 2
Chuyển mổ mở Do chảy máu Tổn thương tạng	 0 (0)
Bờ phẫu thuật dương tính	2 (5%)

Thời gian mổ trung bình kéo dài 265 phút (ngắn nhất là 180 phút và dài nhất là 375 phút).

Lượng máu mất trung bình 78.3 mL. Trong 41 TH, có 1 TH cần truyền máu trong phẫu thuật (truyền 2 đơn vị hồng cầu lắng), sau mổ tình trạng sinh hiệu ổn, dung tích hồng cầu dao động từ 36 đến 42% và 1 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật và được can thiệp thuyên tắc mạch vào vị trí điểm chảy máu. Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp nào chuyển mổ mở trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Ưu điểm của phẫu thuật Robot

Bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng PTNS kinh điển đều có thể thực hiện bằng phẫu thuật nội soi (PTNS) có hỗ trợ Robot. Vấn đề đặt ra là chi phí điều trị hiện tại ở Việt Nam còn khá cao so với PTNS kinh điển. Tuy nhiên, PTNS Robot cũng có những ưu điểm: tính chính xác, đường mổ nhỏ, giảm lượng máu mất, giảm đau hậu phẫu, thời gian hồi phục hậu phẫu nhanh. Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc có hỗ trợ của robot với ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật nội soi kinh điển về hình ảnh (khả năng phóng đại, hình ảnh không gian ba chiều rõ nét), sự linh động của các cánh tay robot với độ chính xác cao giúp quá trình khâu nối dễ dàng và tư thế phẫu thuật viên hoàn toàn thoải mái [8,9].

Bước đầu thực hiện PTNS có hỗ trợ Robot cắt một phần thận, chúng tôi nhận thấy thời gian mổ còn khá dài. Đây là các TH đầu tiên chúng tôi thực hiện, do vậy cảm giác sử dụng dụng cụ nội soi chưa quen, thời gian chuẩn bị máy, thời gian vào trocar và kết nối hệ thống máy với trocar khá lâu. Tuy nhiên, kết quả sau mổ rất khả quan và chỉ ghi nhận 1 TH có biến chứng chảy máu sau mổ.

Áp dụng Robot trong phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt một phần thận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 265 phút. Lượng máu mất trung bình 78 mL tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới, có 1 trường hợp được truyền máu trong mổ và 1 trường hợp chảy máu sau phẫu thuật được điều trị bằng can thiệp nội mạch. Thời gian thiếu máu nóng là 31 phút, tương đối dài hơn so với các nghiên cứu khác trên thế giới. Tuy nhiên, những trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi có RENAL score cao và kích thước bướu lớn hơn so với các nghiên cứu trước (Bảng 4).

Về tai biến trong mổ chúng tôi ghi nhận một trường hợp được truyền 2 đơn vị máu trong mổ. Về biến chứng phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận một rường hợp bệnh nhân nam, 54 tuổi, chẩn đoán trước phẫu thuật là bướu thận phải cT1bN0M0, bướu ở vị trí giữa thận, RENAL score 9A, trong quá trình phẫu thuật và hậu phẫu không ghi nhận bất thường, BN được xuất viện sau 6 ngày theo dõi. Sau xuất viện 10 ngày, bệnh nhân than mệt, chóng mặt. BN được nhập cấp cứu với tình trạng rối loạn huyết động học và có chỉ định can thiệp nội mạch cấp cứu. Trong quá trình can thiệp nội mạch ghi nhận hình ảnh thoát mạch ở 1/3 trên động mạch thận và được thuyên tắc bằng hạt polyvinyl alcohol. Những ngày sau đó, BN cải thiện về lâm sàng và được xuất viện sau 7 ngày theo dõi. Ngoài ra trong quá trình thực hiện nghiên cứu, không ghi nhận trường hợp nào đòi hỏi phải chuyển mổ mở trong quá trình phẫu thuật.

Về mặt ung thư học, các trường hợp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lí hầu hết là ung thư tế bào thận, ngoài ra có 2 trường hợp ghi nhận kết quả là bướu mỡ cơ mạch thận và 1 trường hợp bướu nguyên bào thận. Có 2 trường hợp ghi nhận bờ phẫu thuật dương tính, trong đó có 1 trường hợp ung thư tế bào thận và trường hợp còn lại là bướu mỡ cơ mạch thận. Sau xuất viện chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi tất cả các trường hợp đã phẫu thuật qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá tỉ lệ tái phát sau mổ, đặc biệt ở trường hợp có bờ phẫu thuật dương tính.

Bảng 4: *Bảng so sánh với các báo cáo khác trên thế giới trong phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận có hỗ trợ của robot*

Nghiên cứu	Đường kính bướu trung bình (cm)	RENAL score	Thời gian phẫu thuật (phút)	Truyền máu (%)
Faria [4]	2,7	7	192,5	2,2
Kaouk [5]	3,2	7,2	190,3	7,3
Elison ([3]	2,9	NR	215	6
Khalifeh [6]	3,2	7,2	169,8	8,6
Masson–Lecomte [7]	3	6	168,1	6
Chúng tôi	4,3	7,9	265	3

Nghiên cứu	Lượng máu mất trung bình (mL)	Thời gian thiếu máu nóng (phút)	Biên phẫu thuật (+) (%)	Biến chứng (%)
Faria [4]	125	20	1,5	10,9
Kaouk [5]	260,2	19,2	2,3	18
Elison [3]	368	24,9	7	33,3
Khalifeh [6]	262,8	17,9	2,9	27,1
Masson–Lecomte [7]	244,8	20,4	8	20,5
Chúng tôi	78,3	31,4	5	5

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc có hỗ trợ của Robot cắt một phần thận tại bệnh viện Chợ Rẫy đã đạt được những thành công bước đầu và cho thấy sự an toàn và tính khả thi của kĩ thuật này trong điều trị bướu thận. Trong tương lai, với ưu điểm của phương pháp điều trị ít xâm hại, phẫu thuật nội soi có hỗ trợ của Robot sẽ được áp dụng rộng rãi hơn không chỉ trong điều trị bướu thận mà còn trong các phẫu thuật tiết niệu khác tại các trung tâm khác ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Autorino R., Zargar H., Kaouk J. H. (2014)** "Robotic-assisted laparoscopic surgery: recent advances in urology". Fertil Steril, 102 (4), 939-49.
2. **Cohen AJ, Williams DS, Bohorquez H, Bruce DS, Carmody IC, Reichman T, et al (2015).** Robotic-Assisted Laparoscopic Donor Nephrectomy: Decreasing Length of Stay. The Ochsner Journal. 2015 Spring;15(1):19-24.
3. **Ellison J. S., et al. (2012),** "A matched comparison of perioperative outcomes of a single laparoscopic surgeon versus a multisurgeon robot-assisted cohort for partial nephrectomy", J Urol, The Journal of urology, 188 (1), pp. 45-50
4. **Faria E. F., et al. (2014),** "Robotic Partial Nephrectomy Shortens Warm Ischemia Time, Reducing Suturing Time Kinetics even for an

Experienced Laparoscopic Surgeon: A Comparative Analysis", World J Urol, World journal of urology, 32 (1), pp. 265-271

5. **Kaouk Jihad H., et al (2012).** "Robot-assisted Laparoscopic Partial Nephrectomy: Step-by-step Contemporary Technique and Surgical Outcomes at a Single High-volume Institution", European Urology, 62 (3), pp. 553-561
6. **Khalifeh A., et al. (2013),** "Comparative outcomes and assessment of trifecta in 500 robotic and laparoscopic partial nephrectomy cases: a single surgeon experience", J Urol, The Journal of urology, 189 (4), pp. 1236-1242
7. **Masson-Lecomte Alexandra, et al. (2013),** "A prospective comparison of surgical and pathological outcomes obtained after robot-assisted or pure laparoscopic partial nephrectomy in moderate to complex renal tumours: results from a French multicentre collaborative study", BJU International, 111 (2), pp. 256-263
8. **Skolarus TA, Zhang Y, Hollenbeck BK (2010)** "Robotic surgery in urologic oncology: gathering the evidence". Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 10 (4), 421-32.
9. **Trần Ngọc Sinh (2010**) "Phẫu thuật nội soi robot: nhu cầu hiện tại và xu thế tương lai". Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14 (Phụ bản của Số 1), 1-9.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BÀNG QUANG CHƯA XÂM LẤN LỚP CƠ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT NỘI SOI LƯỠNG CỰC QUA NIỆU ĐẠO

Huỳnh Thái Sơn[1], Trần Văn Hinh[2], Lê Anh Tuấn[2]
Phạm Quang Vinh[2], Nguyễn Phú Việt[2] và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ bằng điện cực lưỡng cực (bTURBT).

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu 62 bệnh nhân u bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ, được điều trị bằng cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo.

Kết quả: Nam 80,7%, nữ 19,3%. Tuổi trung bình 61,9 ± 15,1 tuổi. Siêu âm trước mổ (58 ca): có u 77,6%; không phát hiện u 22,4%. CT scanner trước mổ (41 ca): phát hiện có u 97,6%, 1 ca không phát hiện được u 2,4%. Soi bàng quang trước mổ: 100% phát hiện có u. Thời gian phẫu thuật trung bình 42,6 ± 13,3 phút. Thời gian rửa bàng quang sau mổ: dưới 24h là 66,1%; từ 24-48h là 33,9%. Không có tai biến trong mổ, biến chứng nhiễm khuẩn niệu muộn sau mổ 3,2%. Giải phẫu bệnh sau mổ: Độ biệt hóa: G1 80,7%, G2 17,7%, G3 1,6%. Giai đoạn: Tis

[1]Bệnh viện Quân y 17, Quân khu 5
[2]Học viện Quân y
Liên hệ tác giả: Huỳnh Thái Sơn.
Email: huynhson0606@gmail.com
Ngày nhận bài 1/8/2021
Ngày phản biện: 7/8/2021
Ngày chấp nhận đăng: 25/8/2021

1,6%, Ta 91,9%, T1 6,5%. Kết quả điều trị gần: Tốt 96,8% (60 ca), khá 3,2% (2 ca). Kết quả sau 1 năm: tỷ lệ tái phát 12,9% (8/62)

Kết luận: Điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ bằng kỹ thuật cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo là an toàn và hiệu quả.

Từ khoá: u bàng quang, ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ, cắt lưỡng cực u bàng quang qua niệu đạo.

SUMMARY

EVALUATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT RESULTS OF BIPOLAR ENERGY FOR TRANSURETHRAL RESECTION OF NON MUSCLE INVASIVE BLADDER CANCER

Objective: The primary aim of the study was to evaluate the safety and efficacy of bipolar energy in transurethral resection of bladder tumors (bTURBT).

Patients and method: This is a prospective study that was done between October 2015 and November 2018. 62 patients of none muscle invasive bladder cancer to undergo bipolar TURBT using saline irrigation solutions.

Results: Male 80.7%, Female 19.3%. Mean age 61.9 ± 15,1. Ultrasound: detection tumor 77.6%. CT scanner: detection tumor 97.7%. Cystoscopy: detection tumor 100%. Histopathological: Stage Tis 1.6%, Ta 91.9%, T1 6.5%, Grade G1 80,7%, G2 17.7%, G3 1.6%. Treatment result: Good 96.8% (60 cases), moderate 3.2% (2 cases). Recurrence – one year follow result: recurrence rate:12.9% (8/62)

Conclusion: Bipolar TURBT is safe and efficacious in managing bladder tumours.

Keywords: bladder tumor, non muscle invasive bladder cancer; bipolar energy for transurethral resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1910 Beer lần đầu thực hiện cắt u bàng quang nội soi. Từ đó nội soi qua ngã niệu đạo cắt u nông bàng quang bằng điện đơn cực là tiêu chuẩn trong chẩn đoán và điều trị cơ bản cho u bàng quang. Tuy nhiên kỹ thuật này cũng còn vài bất cập như: kích thích thần kinh bịt gây thủng bàng quang, chảy máu, hội chứng nội soi… Việc phát minh điện cực phẫu thuật lưỡng cực là sự tiến bộ của công nghệ. Điện cực lưỡng cực hoạt động được trong môi trường nước muối, vì là dịch rửa đẳng trương nên tránh được nguy cơ hội chứng nội soi. Phản xạ thần kinh bịt và hậu quả là biến chứng tổn thương bàng quang được xem như là biến chứng đáng sợ nhất của TURBT đơn cực, nhưng ở vòng cắt lưỡng cực thì dòng điện không đi qua cơ thể mà dẫn truyền từ điện cực hoạt động đến điện cực trung gian ở ngay trong vòng cắt nên không gây ra hiệu ứng này [1].

Hầu hết các nghiên cứu về điện lưỡng cực chủ yếu thực hiện cho phẫu thuật tiền liệt tuyến. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu tiến cứu cắt ung thư nông bàng quang bằng điện lưỡng cực nhằm bước đầu đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật mới này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang và có kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ (pTis - pTa - pT1). Điều trị bằng phương pháp cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo, từ tháng 10/2015 đến 11/2018 tại khoa ngoại tiết niệu - Bệnh viện QY 103.

Tiêu chuẩn lựa chọn vào nhóm nghiên cứu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang chưa xâm lấn cơ được phẫu thuật nội soi cắt u qua niệu đạo bằng dụng cụ lưỡng cực, được xác định giai đoạn ung thư

bằng giải phẫu bệnh sau phẫu thuật: pTa, pT1, pTis.

+ Ung thư bàng quang lần đầu hoặc tái phát.

+ Bệnh nhân được bơm Doxorubicin vào bàng quang sau phẫu thuật theo đúng phác đồ.

+ Bệnh nhân có hồ sơ theo dõi đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu phân tích mô tả cắt dọc.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: theo công thức của nghiên cứu mô tả một tỷ lệ, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu ít nhất là 60 bệnh nhân.

2.2.3. Dụng cụ

- Dàn nội soi phẫu thuật của hãng Olympus:

+ Camera, nguồn sáng, màn hình.

+ Dao điện cao tần Bipolar UES 40 - Olympus.

- Máy cắt đốt nội soi lưỡng cực Olympus:

+ Ống soi 30º, vỏ máy cắt đốt 26Fr và 24Fr loại rotatif.

+ Tay cắt lưỡng cực.

+ Điện cực lưỡng cực: điện cực cắt vòng, điện cực hình nấm, điện cực xẻ.

- Nước muối sinh lý NaCl 0,9%.

- Bộ nong niệu đạo (Béniqué).

2.2.4. Quy trình nghiên cứu:

- Bệnh nhân được soi bàng quang chẩn đoán và sinh thiết u trước phẫu thuật.

- Chỉ định: kích thước u ≤ 5cm, số lượng u ≤ 25u, không giới hạn về vị trí u.

- Kỹ thuật mổ: tùy theo tình trạng cụ thể chân u và vị trí u mà tiến hành cắt u nguyên khối (en bloc), cắt từ ngoài vào, cắt ngược dòng, hoặc cắt kiểm soát cuống.

Lấy mảnh u và mảnh cơ chân u làm giải phẫu bệnh.

- Điều trị bổ trợ: thời điểm bơm Doxorubicin vào bàng quang 1 tuần sau mổ, thời gian điều trị 8 tuần.

2.2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, giới; kết quả soi bàng quang, siêu âm, CT trước mổ, kết quả điều trị, tỷ lệ tái phát sau mổ.

2.2.6. Xử lý số liệu: Các thông tin thu thập được nhập và phân tích theo chương trình EpiInfo.exe.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Tuổi: trung bình 61,9 ± 15,1 tuổi, thấp nhất 26 tuổi, cao nhất 91 tuổi; tập trung nhiều nhất ở 2 nhóm tuổi [51-60]: 24,2% và [61-70]: 24,2%

- Giới: Nam 80,7% (50 ca), Nữ 19,3% (12 ca).

- Kết quả siêu âm trước mổ: có 58 ca được siêu âm trước mổ, trong đó có 45 ca phát hiện có u chiếm tỷ lệ 77,6%; 13 ca không phát hiện được u (chủ yếu là do u nhỏ) chiếm tỷ lệ 22,4%. Khi u ≤ 1cm siêu âm phát hiện được u 33,3% (2/6), tỷ lệ không phát hiện được u tăng lên 66,7% (4/6). Khi u 4-5cm thì tỷ lệ siêu âm phát hiện được u 100% (7/7), u càng lớn thì tỷ lệ phát hiện u trên siêu âm càng tăng, p = 0,05.

- Kết quả CT scanner trước mổ: Có 41 ca được CT scanner trước mổ trong đó có 40 ca phát hiện có u (97,6%), 1 ca không phát hiện được u (tỷ lệ âm tính giả 2,4%).

- Kết quả nội soi bàng quang và sinh thiết trước mổ: 62 BN trong nghiên cứu được soi BQ trước mổ, 100% phát hiện có u. Kết quả sinh thiết trước mổ:

+ Độ ác thấp: Grade 1 chiếm tỷ lệ 88,7%, Grade 2: 9,7%.

+ Độ ác cao: Grade 3: 1,6%

- Thời gian phẫu thuật trung bình 42,6 ± 13,3 phút.

- Thời gian rửa bàng quang sau mổ: dưới 24h là 66,1% (41/62); từ 24-48h là 33,9% (21/62).

- Tai biến và biến chứng: không có tai biến trong mổ, biến chứng nhiễm khuẩn niệu muộn sau mổ 3,2% (2/62).

Bảng 3.1: kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

GPB	Giai đoạn xâm lấn (T)			Độ biệt hóa (G)		
	Tis	Ta	T1	G1	G2	G3
Số BN (62)	1	57	4	50	11	1
Tỷ lệ %	1,6%	91,9%	6,5%	80,7%	17,7%	1,6%

Độ ác thấp: Grade 1 chiếm tỷ lệ 80,7%, trong đó có 2 trường hợp u nhú đảo ngược

- Kết quả điều trị gần: Tốt 96,8% (60 ca), khá 3,2% (2 ca)
- Kết quả sau 1 năm: Sau 12 tháng theo dõi có tổng số 8 ca tái phát, tỷ lệ tái phát 12,9%

Bảng 3.2. Độ xâm lấn và tiến triển giai đoạn của u sau tái phát

Bệnh nhân tái phát	GPB sau mổ (lần đầu)	GPB của u tái phát		Chuyển độ xâm lấn (T)
		Tái phát ở tháng 1-6	Tái phát ở tháng 7-12	
BN 1	**T1**-G2	**T1**-G1		0
BN 2	**Ta**-G2		**Ta**-G1	0
BN 3	**Ta**-G1		**Ta**-G1	0
BN 4	**Ta**-G2	**Ta**-G2		0
BN 5	**Ta**-G1	**Ta**-G1		0
BN 6	**Ta**-G1	**Ta**-G1		0
BN 7	**Ta**-G1		**Ta**-G1	0
BN 8	**T1**-G3	**T1**-G1		0

Trong số 8 bệnh nhân tái phát không có trường hợp nào chuyển độ xâm lấn và tăng độ biệt hóa.

IV. BÀN LUẬN

Trong 62 bệnh nhân (BN) u nông bàng quang ở nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 61,9 ± 15,1; số lượng bệnh nhân tập trung chủ yếu vào độ tuổi từ 51-70 tuổi (48,4%). Tỷ lệ nam mắc bệnh cao hơn nữ: nam 80,7%, nữ 19,3%. Cũng như nhiều nghiên cứu khác, ung thư bàng quang thường tập trung ở độ tuổi 51-70 và tỷ lệ mắc bệnh tập trung nhiều hơn ở nam, nghiên cứu của Thirugnanasambandam V. (2017) [1] bệnh tập trung ở độ tuổi 56,5 ± 10,4, tỷ lệ nam 88% và nữ 12%.

Nghiên cứu này có 58 BN được siêu âm trước mổ, trong đó có 45 ca phát hiện có u (77,6%), 13 ca không phát hiện được u (22,4%). Những trường hợp siêu âm không phát hiện được u chủ yếu là do u nhỏ. So sánh kết quả siêu âm với kích thước u soi trong mổ; khi kích thước u ≤ 1cm, tỷ lệ siêu âm phát hiện được u 33,3%, tỷ lệ không phát hiện được u tăng lên 66,7%. Khi kích thước u 4-5cm thì tỷ lệ siêu âm phát hiện được u

100%, kích thước u càng lớn thì tỷ lệ phát hiện u trên siêu âm càng tăng, với p = 0,05.

Nghiên cứu này có 41 BN được CT scanner trước mổ, trong đó có 40 ca phát hiện có u chiếm tỷ lệ 97,6%. Một ca không phát hiện được u chiếm tỷ lệ 2,4%, đây là trường hợp âm tính giả: CT trước mổ thấy thành trước bàng quang có chỗ dày 14mm, bắt thuốc mạnh sau tiêm, trường hợp này tiền sử đã mổ u bàng quang, thực tế soi bàng quang trước mổ là những u nhỏ 5mm và ở thành trước, lỗi âm tính giả ở trường hợp này theo cách phân tích của tác giả Trinh T. W. là lỗi diễn giải (ở phân loại 2): nghĩa là tổn thương bàng quang đã được báo cáo nhưng diễn giải chưa chính xác [2]. Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 58 BN được siêu âm và 41 BN được CT trước mổ là do tất cả BN đều đã được chẩn đoán xác định u bàng quang bằng nội soi trước mổ, nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho BN cũng như tiết kiệm thời gian và chi phí nên có một số trường hợp chúng tôi không tiến hành khảo sát siêu âm hoặc CT scanner trước mổ.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được nội soi bàng quang và sinh thiết lạnh trước mổ, 100% chẩn đoán xác định có u, kết quả GPB qua sinh thiết lạnh trước mổ là ung thư bàng quang. Theo hướng dẫn của Hội niệu khoa Châu âu-2019. Chẩn đoán ung thư bàng quang cuối cùng tùy thuộc vào kiểm tra nội soi BQ, lấy mẫu u bằng sinh thiết lạnh hoặc cắt u để đánh giá mô học [3]. Sinh thiết lạnh trước mổ cũng nên thực hiện nhằm loại trừ những trường hợp u sùi bàng quang (Cystitis Giandularis), hoặc những trường hợp niêm mạc BQ viêm dày…dễ nhầm lẫn với ung thư bàng quang.

Về giải phẫu bệnh kết quả sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi: độ xâm lấn Tis 1,6%, Ta 91,9%, T1 6,5%; độ biệt hóa G1 80,7%, G2 17,7%, G3 1,6%. Kết quả của chúng tôi tỷ lệ Ta cao hơn so với T1, các nghiên cứu khác thì Ta cũng chiếm tỷ lệ cao: Del Rosso A. (2013) [4] Ta 73,13%, T1 26,86%, Nguyễn Duy Thịnh (2006) [5] Ta 60%, T1 40%. Về độ biệt hóa kết quả của chúng tôi phân độ theo WHO 1973, tỷ lệ này cũng tương đương như nghiên cứu của Pu Xiao Y. (2008) [6] G1 73,6%, G2 23,9%, G3 5,8%.

Nghiên cứu của chúng tôi có hai trường hợp độ mô học grade1 là u nhú đảo ngược, về vi thể u nhú đảo ngược là tế bào tân sinh cho thấy hình ảnh phát triển đảo ngược, thường có dạng đảo nối liền nhau hoặc bè, các tế bào biểu mô với đặc điểm bình thường, tăng sinh lõm vào trong mô đệm nhưng không xâm lấn vào lớp cơ. Các nhú đảo ngược đường tiết niệu đơn thuần có tỷ lệ tái phát và biến đổi thành ác tính thấp. Nghiên cứu của Chiang Y. T. và cs (2011) có tỷ lệ tái phát 2,6% (1/38) thời gian theo dõi trung bình 21 tháng [7]. Gần đây, tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế, Lê Đình Đạm, Lê Đình Khánh (2019) thông báo gặp 2 trường hợp u nhú đảo ngược ở BQ, qua theo dõi 6 tháng không thấy tái phát [8]. Hai ca u nhú đảo ngược trong nghiên cứu này qua theo dõi 1 năm không thấy tái phát.

Dựa theo sự phân loại của tác giả Nguyễn Kỳ [9], chúng tôi có kết quả điều trị như sau: Tốt 96,8% (60 ca), khá 3,2% (2 ca).

Đặc điểm của u BQ là hay tái phát, tái phát cần xác định rõ là sự tái phát u đơn thuần hay kèm theo sự xâm nhập chuyển độ xâm lấn của u. Đặc biệt dựa trên khám các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng cho thấy dấu hiệu nghi ngờ u BQ xâm lấn trên CT-scanner, siêu âm, thì cần chuyển phương pháp điều trị như đối với u BQ xâm lấn.

Trong nghiên cứu này, sau 12 tháng theo dõi có tổng số 8 trường hợp tái phát, tỷ lệ tái phát chung 12,9%. Trong đó có 5 ca tái phát trong 6 tháng đầu và 3 ca tái phát trong khoảng tháng thứ 7 – 12 sau mổ. Có 1 trường hợp kết quả sau mổ lần đầu là T1G3, đây là trường hợp thuộc nhóm nguy cơ cao, chúng tôi đề nghị nội soi lại sớm và phát hiện u tái phát ở tháng thứ 2 sau mổ. Trong 8 BN tái phát, kết quả GPB không có trường hợp nào u tiến triển giai đoạn xâm lấn hoặc tăng độ biệt hóa. Đánh giá kết quả xa có 87,1% đáp ứng tốt, 12,9% đáp ứng trung bình, không có BN nào đáp ứng xấu. Những trường hợp tái phát không có trường hợp nào chuyển độ xâm lấn cơ pT2 hay pT3, nên chúng tôi chỉ xử lý bằng nội soi qua niệu đạo cắt u tái phát, tiếp tục điều trị bổ trợ, theo dõi và nội soi bàng quang định kỳ sau mổ. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Abotaleb A. A. (2017) tái phát sau phẫu thuật 1 năm là 15,2% [10].

V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư bàng quang chưa xâm lấn lớp cơ bằng kỹ thuật cắt nội soi lưỡng cực qua niệu đạo là an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thirugnanasambandam Vasudevan, Ramanathan Jeyaraman** (2017), "Safety and efficacy of bipolar energy for transurethral resection of bladder tumours: a prospective quasi-randomized study", Turkish journal of urology, 43(2), 141.
2. **Trinh Tony W, et al.** (2018), "Bladder cancer diagnosis with CT urography: test characteristics and reasons for false-positive and false-negative results", Abdominal Radiology, 43(3), 663-671.
3. **Babjuk Marko, et al.** (2019), "European Association of Urology Guidelines on Non-muscle-invasive Bladder Cancer (TaT1 and Carcinoma In Situ)-2019 Update", European Urology.
4. **Del Rosso Alessandro, et al.** (2013), "Plasmakinetic bipolar versus monopolar transurethral resection of non-muscle invasive bladder cancer: A single center randomized controlled trial", International journal of urology, 20(4), 399-403.
5. **Nguyễn Duy Thịnh** (2006), "Nghiên cứu kết quả điều trị u nông bàng quang bằng cắt đốt nội soi kết hợp với bơm mitomycin C vào bàng quang tại bệnh viện Thanh nhàn", Luận văn Thạc sỹ y học, Học viện Quân y.
6. **Pu Xiao-Yong, et al.** (2008), "Use of bipolar energy for transurethral resection of superficial bladder tumors: long-term results", Journal of endourology, 22(3), 545-550.
7. **Chiang Yi-Te, et al.** (2011), "Urothelial Inverted Papilloma of the Lower Urinary Tract—A Benign Lesion or a Precursor of Malignancy?", Urological Science, 22(2), 70-74.
8. **Lê Đình Đạm, et al.** (2019), "U nhú đảo ngược của bàng quang: báo cáo 2 trường hợp", Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên lần thứ XIII, hội tiết niệu thận học Việt nam; lần thứ V, VUNA - NORTH, 157-163.
9. **Nguyễn Kỳ** (1993), "Góp phần nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u nông ở bàng quang bằng phương pháp cắt nội soi", Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y dược, Học viện Quân Y, Hà Nội.
10. **Abotaleb Ahmed A, et al.** (2017), "Bipolar plasma kinetic enucleation of non-muscle-invasive bladder cancer: Initial experience with a novel technique", Arab journal of urology, 15(4), 355-359.

NGHIÊN CỨU TRIỆU CHỨNG KHÔNG MONG MUỐN Ở NGƯỜI BỆNH CÓ ĐẶT SONDE JJ NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Vũ Sơn[1], Phạm Ngọc Dũng[2], Đỗ Văn Dương[2], Phạm Tuấn Đạt[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số triệu chứng không mong muốn, và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ niệu quản.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm sau rút thông tiểu và trước khi xuất viện. Thời gian từ 5/2020 đến 5/2021, thu thập được 98 bệnh nhân được can thiệp lấy sỏi tiết niệu và đặt sonde JJ niệu quản.

Kết quả: Số TH có khoảng thời gian chưa đến 1 giờ đi tiểu 1 lần sau rút thông tiểu là 6,1%, và khi xuất viện là 3,1%. Số TH trong đêm đi tiểu 3 lần sau rút thông tiểu là 8,2%, và khi xuất viện là 2,0%. Số TH luôn luôn nước tiểu có máu khi đi tiểu sau rút thông tiểu là 11,2%, và khi xuất viện không gặp trường hợp nào. Tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu có ảnh hưởng tới vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang ($p < 0,05$). Vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang có ảnh hưởng rõ ràng tới tình trạng nước tiểu có máu khi đi tiểu ($p < 0,05$). Vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang ảnh hưởng không rõ ràng tới khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu vào ban ngày ($p > 0,05$). Đầu sonde JJ càng ở thấp thì số lần đi tiểu vào ban đêm càng tăng ($p < 0,05$).

Kết luận: Tăng số lần đi tiểu và nước tiểu có máu được cải rõ rệt tại thời điểm sau rút thông tiểu và khi xuất viện. Tuổi càng cao, vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang càng xuống thấp. Tỷ lệ đầu sonde JJ tại bàng quang ngang và dưới khớp mu của nữ giới cao hơn nam giới. Đầu sonde JJ trong bàng quang càng cao thì tỷ lệ nước tiểu có máu càng tăng. Đầu sonde JJ tại bàng quang càng ở thấp thì số lần đi tiểu vào ban đêm càng tăng.

Từ khóa: Sonde JJ niệu quản.

SUMMARY

RESEARCH ON UNWANTED SYMPTOMS IN PATIENTS WITH JJ URETERAL CATHETERS AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Review some unwanted symptoms, and learn some factors related to unwanted symptoms in patients with JJ ureteral catheter.

Patients and methods: A cross-sectional descriptive study at the time of catheter removal and before hospital discharge. During the period from 5/2020 to 5/2021, we collected 98 patients who had to intervene to remove urinary stones and put a JJ ureteral catheter.

Results: Number of patients with less than an hour of urinating time: when catheter is removed 6.1%, and 3.1% before hospital discharge. The number of patients in the night urinating 3 times: after catheter removal was 8.2%, and before discharge from hospital was 2.0%. The number

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình*
Liên hệ tác giả: PGS.TS. Vũ Sơn.
Email: vusonytb@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 20/8/2021
Ngày phản biện: 30/8/2021
Ngày duyệt bài: 15/9/2021

of patients always having blood in the urine: after the catheter was removed, it was 11.2%, there was no case before discharge from the hospital. The age and sex of the study subjects had an influence on the position of the JJ catheter tip at the bladder ($p < 0.05$). The position of the JJ catheter tip in the bladder has a clear influence on blood in the urine when urinating ($p < 0.05$). During the day, the position of the JJ catheter tip in the bladder did not clearly affect the time between urinations ($p > 0.05$). At night, the lower the position of the JJ probe in the bladder, the higher the frequency of urination ($p < 0.05$).

Conclusion: Increased frequency of urination and blood in urine were markedly improved at the time of catheter removal and at hospital discharge. With increasing age, the position of the JJ catheter tip at the bladder is lower. The proportion of JJ catheter tips at the transverse bladder and below the pubic joint is higher in women than in men. The higher the tip of the JJ catheter in the bladder, the higher the percentage of bloody urine. The lower the tip of the JJ catheter in the bladder, the greater the frequency of nighttime urination.

Keywords: Sonde JJ ureter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đặt sonde JJ có nhiều ưu điểm đã được khẳng định, tuy nhiên sonde JJ có thể gây ra triệu chứng không mong muốn như: đau buốt vùng hông lưng, đau tăng khi đi tiểu, tiểu buốt, tiểu nhiều lần, tiểu máu. Chảy máu đôi khi kéo dài cho đến khi ống thông được lấy ra [1]. Không thể báo trước các triệu chứng không mong muốn sẽ xảy ra trên từng người bệnh cụ thể khi có đặt sonde JJ. Một số người không có biểu hiện gì, số khác lại gặp một số vấn đề nêu trên.

Với mong muốn có số liệu về những ảnh hưởng bất lợi của sonde JJ trên người bệnh để từ đó đưa ra khuyến nghị đối với thầy thuốc có chỉ định và kế hoạch can thiệp kịp thời cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"Nghiên cứu triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ niệu quản tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình"* với mục tiêu: (1) Nhận xét một số triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu: Từ 5/2020 đến 5/2021.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh có sỏi tiết niệu được can thiệp lấy sỏi và đặt sonde JJ tại khoa Ngoai tiết niệu bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tại 2 thời điểm: (1) Ngày thứ nhất sau rút thông tiểu; (2) Ngày trước khi xuất viện.

Chọn mẫu toàn bộ đối tượng nghiên cứu đủ điều kiện tiêu chuẩn chọn mẫu trong thời gian nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, chọn được 98 người bệnh có đủ các tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Phân tích so sánh giữa các biến, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Một số triệu chứng không mong muốn

Bảng 1: Khoảng cách thời gian giữa các lần đi tiểu ban ngày

Khoảng cách Giữa các lần đi tiểu	**Sau rút thông tiểu**		**Khi xuất viện**	
	S.L	**T.L (%)**	**S.L**	**T.L (%)**
Một giờ hơn một lần	6	6,1	3	3,1
Một giờ một lần	9	9,2	1	1,0
Hai giờ một lần	22	22,4	13	13,3
Ba giờ một lần	54	55,1	74	75,5
Bốn giờ một lần	7	7,1	7	7,1
Tổng	**98**	**100,0**	**98**	**100,0**

Số TH có khoảng thời gian chưa đến 1 giờ đi tiểu 1 lần: sau rút thông tiểu là 6,1%, và khi xuất viện là 3,1%. Số TH có khoảng thời gian 3 giờ đi tiểu 1 lần: sau rút thông tiểu là 55,1%, và khi xuất viện là 75,5%.

Bảng 2: *Số lần đi tiểu ban đêm*

Số lần đi tiểu Ban đêm	**Sau rút thông tiểu**		**Khi xuất viện**	
	S.L	T.L (%)	S.L	T.L (%)
Không lần nào	58	59,2	73	74,5
Một lần	16	16,3	16	16,3
Hai lần	14	14,3	7	7,1
Ba lần	8	8,2	2	2,0
Bốn lần trở lên	2	2,0	0	-
Tổng	**98**	**100,0**	**98**	**100,0**

Số TH trong đêm đi tiểu 2 lần: sau rút thông tiểu là 14,3%, và khi xuất viện là 7,1%. Số TH trong đêm đi tiểu 3 lần: sau rút thông tiểu là 8,2%, và khi xuất viện là 2,0%.

Bảng 3: *Nước tiểu có máu khi đi tiểu*

Nước tiểu có máu Khi đi tiểu	**Sau rút thông tiểu**		**Khi xuất viện**	
	S.L	T.L (%)	S.L	T.L (%)
Không bao giờ	50	51,0	82	83,7
Thỉnh thoảng	28	28,6	14	14,3
Đôi khi	9	9,2	2	2,0
Luôn luôn	11	11,2	0	-
Tổng	**98**	**100,0**	**98**	**100,0**

Số TH đôi khi nước tiểu có máu khi đi tiểu: sau rút thông tiểu là 9,2%, và khi xuất viện là 2,0%. Số TH luôn luôn nước tiểu có máu khi đi tiểu: sau rút thông tiểu là 11,2%, và khi xuất viện không gặp trường hợp nào.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến triệu chứng không mong muốn

Bảng 4: *Liên quan giữa đầu sonde JJ tại BQ và tuổi*

Đầu sonde JJ Tại bàng quang	**n**	**Tuổi**			**p**$_{value}$
		$\overline{X} \pm SD$	**Thấp nhất**	**Cao nhất**	
Trên khớp mu	68	53,1±11,7	20	85	0,003
Ngang khớp mu	19	63,6±10,7	46	82	
Dưới khớp mu	10	55,1±12,2	30	70	
Tổng	**97***	**55,3±12,2**	**20**	**85**	

(*): Có 01 trường hợp đầu sonde ở niệu quản, nên không tính trong bảng này

Tuổi của đối tượng nghiên cứu có ảnh hưởng tới vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5: *Liên quan giữa đầu sonde JJ tại BQ và giới tính*

Đầu sonde JJ Tại bàng quang	**n**	**Nam**		**Nữ**		**p**$_{value}$
		S.L	T.L (%)	S.L	T.L (%)	
Trên khớp mu	68	51	86,4	17	44,7	< 0,001
Ngang khớp mu	19	3	5,1	16	42,1	
Dưới khớp mu	10	5	8,5	5	13,2	
Tổng	**97**	**59**	**60,8**	**38**	**39,2**	

Giới tính có ảnh hưởng rõ ràng tới vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 6: *Liên quan giữa đầu sonde JJ tại BQ và nước tiểu có máu*

Đầu sonde JJ Tại bàng quang	**n**	**Nước tiểu không có máu**		**Nước tiểu có máu**		**P**$_{trend}$
		S.L	**T.L (%)**	**S.L**	**T.L (%)**	
Trên khớp mu	68	28	57,1	40	83,3	0,004
Ngang khớp mu	19	13	26,5	6	12,5	
Dưới khớp mu	10	8	16,3	2	4,2	
Tổng	97	49	50,5	48	49,5	

Vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang có ảnh hưởng tới tình trạng nước tiểu có máu khi đi tiểu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tỷ lệ số TH nước tiểu có máu khi đầu sonde JJ trên khớp mu; ngang khớp mu; dưới khớp mu lần lượt là 57,1%; 26,5%; 16,3%.

Bảng 7: *Liên quan đầu sonde JJ tại BQ và thời gian đi tiểu ban ngày*

Đầu sonde JJ Tại bàng quang	**n**	**Khoảng thời gian đi tiểu ban ngày**				**p_{value}**
		≤ 2 giờ/lần		**> 2 giờ/lần**		
		S.L	T.L (%)	S.L	T.L (%)	
Trên khớp mu	68	27	73,0	41	68,3	0,45
Ngang khớp mu	19	8	21,6	11	18,3	
Dưới khớp mu	10	2	5,4	8	13,3	
Tổng	**97**	**37**	**38,1**	**60**	**61,9**	

Vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang ảnh hưởng không rõ ràng tới khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu vào ban ngày, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 8: *Liên quan giữa đầu sonde JJ tại BQ và số lần đi tiểu ban đêm*

Đầu sonde JJ Tại bàng quang	**n**	**Số lần đi tiểu ban đêm**				**P_{trend}**
		≤ 1 lần		**≥ 2 lần**		
		S.L	T.L (%)	S.L	T.L (%)	
Trên khớp mu	68	56	76,7	12	50,0	0,018
Ngang khớp mu	19	10	13,7	9	37,5	
Dưới khớp mu	10	7	9,6	3	12,5	
Tổng	**97**	**73**	**75,3**	**24**	**24,7**	

Đầu sonde JJ càng ở thấp thì số lần đi tiểu vào ban đêm càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Một số triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ.

* Tình trạng rối loạn tiểu tiện: Người bệnh được đặt sonde JJ hay gặp các rối loạn tiểu tiện do kích thích đường tiểu dưới.

Kết quả bảng 1 cho thấy, số TH có khoảng thời gian chưa đến 1 giờ đi tiểu 1 lần sau rút thông tiểu là 6,1%, và khi xuất viện là 3,1%. Kết quả bảng 2 cho thấy, số TH trong đêm đi tiểu 2 lần: sau rút thông tiểu là 14,3%, và khi xuất viện là 7,1%, số TH trong đêm đi tiểu 3 lần: sau rút thông tiểu là 8,2%, và khi xuất viện là 2,0%.

Theo Dan Leibovici MD [2] có tới 50% người bệnh có tần suất tiểu tiện cứ sau hai giờ một lần. Đái gấp do kích thích trực tiếp của sonde JJ vào tam giác hoặc vùng cổ bàng quang. Theo Đỗ Thu Tình [3] nghiên cứu trên 102 người bệnh thấy ban ngày có 10,8% người bệnh cứ mỗi giờ phải đi tiểu, và 65,7% người bệnh cứ sau hai giờ phải đi tiểu. Phần lớn người bệnh phải thức dậy 2 lần trong đêm để đi tiểu (56,9%).

* Tình trạng nước tiểu có máu sau đặt sonde JJ: Tình trạng tiểu máu là do hậu quả của phẫu thuật điều trị bệnh, hoặc do thủ thuật đặt sonde JJ niệu quản, cũng có thể do sonde JJ kích thích niêm mạc đường tiết niệu gây chảy máu.

Kết quả bảng 3 cho thấy, số TH thỉnh thoảng nước tiểu có máu khi đi tiểu là 28,6%

sau rút thông tiểu giảm xuống 14,3% khi xuất viện, số TH đôi khi nước tiểu có máu khi đi tiểu là 9,2% sau rút sonde tiểu giảm xuống còn 2,0% khi xuất viện. Như vậy tình trạng tiểu máu giảm dần theo thời gian cho thấy người bệnh cũng có đáp ứng thích nghi với việc mang sonde trong niệu quản.

Tình trạng tiểu máu sau đặt sonde JJ cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Theo Victor G [5] đái máu đại thể hoặc vi thể gặp khoảng 8,7%. Theo Dan Leibovici MD [2] gặp ít nhất 1 đợt đái máu ở 41 TH (33,8%) sau đặt sonde JJ. Tác giả Trần Lê Linh Phương [4] khảo sát chất lượng cuộc sống của 133 người bệnh có mang sonde JJ niệu quản thì tiểu máu gặp ở 38,8% TH

2. Một số yếu tố liên quan đến triệu chứng không mong muốn

* Liên quan giữa đầu sonde JJ tại bàng quang và tuổi: Kết quả tại bảng 4 cho thấy tuổi của đối tượng nghiên cứu có ảnh hưởng tới vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, đầu sonde JJ xuống thấp hơn có thể là do chiều cao cơ thể giảm dần theo lứa tuổi hoặc cũng có thể do thoái hóa của cột sống làm chiều chiều cao cơ thể thay đổi.

Như vậy, để hạn chế tác dụng không mong muốn của sonde JJ, trước khi đặt sonde các phẫu thuật viên cũng nên căn cứ vào chiều cao cơ thể, cũng như ước tính chiều dài cụ thể của sonde JJ để lựa chọn loại sonde cho phù hợp với từng người bệnh cụ thể.

* Liên quan giữa đầu sonde JJ tại bàng quang và giới tính: Kết quả tại bảng 5 cho thấy đầu sonde JJ tại bàng quang ở nữ giới thấp hơn so với ở nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này theo chúng tôi có thể do thể trạng của nữ giới có chiều cao thường thấp hơn so với nam giới.

* Liên quan giữa đầu sonde JJ tại bàng quang và nước tiểu có máu: Kết quả tại bảng 6 cho thấy vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang có ảnh hưởng rõ ràng tới tình trạng nước tiểu có máu khi đi tiểu, đầu sonde JJ ở càng cao thì tình trạng tiểu máu càng rõ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang cọ xát vào niêm mạc bàng quang gây nên tình trạng đái máu.

* Liên quan giữa đầu sonde JJ tại bàng quang và số lần tiểu tiện: Kết quả tại bảng 7 và bảng 8 cho thấy, vào ban ngày vị trí đầu sonde JJ trong bàng quang ảnh hưởng không rõ ràng tới khoảng thời gian giữa các lần đi tiểu ($p > 0,05$), tuy nhiên vào ban đêm đầu sonde JJ càng ở thấp thì số lần đi tiểu càng tăng ($p < 0,05$). Điều này có thể là do sự kích thích của đầu sonde JJ với các sợi thần kinh cảm giác vùng cổ bàng quang.

V. KẾT LUẬN

1. Một số triệu chứng không mong muốn ở người bệnh có đặt sonde JJ:

- Thời gian đi tiểu ban ngày: Số trường hợp chưa đến 1 giờ phải đi tiểu 1 lần sau rút thông tiểu là 6,1%, và khi xuất viện là 3,1%.
- Số lần đi tiểu ban đêm: Số trường hợp trong đêm đi tiểu 3 lần sau rút thông tiểu là 8,2%, và khi xuất viện là 2,0%.
- Nước tiểu có máu: Số trường hợp luôn luôn nước tiểu có máu sau rút thông tiểu là 11,2%, và khi xuất viện không gặp trường hợp nào.

2. Một số yếu tố liên quan đến triệu chứng không mong muốn:

- Tuổi của đối tượng nghiên cứu: Tuổi càng cao, vị trí đầu sonde JJ tại bàng quang

càng xuống thấp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Giới tính: Tỷ lệ đầu sonde JJ tại bàng quang ngang và dưới khớp mu của nữ giới cao hơn nam giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

- Nước tiểu có máu: Đầu sonde JJ trong bàng quang càng cao thì tỷ lệ nước tiểu có máu càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Đi tiểu ban đêm: Đầu sonde JJ tại bàng quang càng ở thấp thì số lần đi tiểu vào ban đêm càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đàm Văn Cương, Lê Quang Dũng (2001),** "Kết quả bước đầu qua 50 ca tán sỏi niệu quản dưới bằng phương pháp nội soi", Tạp chí Y học Việt Nam;Chuyên đề tiết niệu bệnh học:75-8.
2. **Dan Leibovici MD Amir Cooper MD, Arie Lindner MD et al (2005),** "Ureteral Stents: Morbidity and Impact on Quality of Life", Original Articles;7(491-494).
4. **Đỗ Thu Tình, Trần Văn Long, Vũ Mạnh Độ, Nguyễn Thị Thanh Huyền, Nguyễn Thị Thùy (2020),** "Nghiên cứu ảnh hưởng của sonde JJ đến người bệnh sau tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020 ", Khoa học Điều dưỡng Tập 03 - Số 05:38-45.
5. **Trần Lê Linh Phương, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Hoàng Đức, Chung Tuấn Khiêm (2006),** "Khảo sát chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân mang sonde Double J niệu quản sau các phẫu thuật niệu", Tạp chí Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh;Số 10:64-8.
6. **Victor G. Ilie Vlad I. Ilie (2017**), "Ureteric Stent Use – Part of the Solution and Part of the Problem", Curr Urol 11:126–130(DOI: 10.1159/000447206).

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Xuân Thái[1,2], Nguyễn Hoài Phan[2], Lý Hoài Tâm[2], Phạm Đức Minh[1,2], Nguyễn Thành Tuân[1,2], Đỗ Văn Công[2], Quách Đô La[2], Đinh Lê Quý Văn[2], Thái Minh Sâm[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Áp xe tuyến tiền liệt (TTL) là một cấp cứu niệu khoa hiếm gặp nhưng lại là một bệnh lý nhiễm khuẩn nặng của tuyến tiền liệt với tỉ lệ tử vong cao nếu không được điều trị thích hợp. Bệnh gây ra những biến chứng nghiêm trọng như nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu, choáng nhiễm khuẩn và tử vong. Chính vì vậy, chẩn đoán và điều trị hợp lý áp xe tuyến tiền liệt vẫn là thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng. Cho đến nay, vẫn còn rất ít nghiên cứu chứng

[1]*Bộ môn Tiết niệu học – Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[2]*Khoa Ngoại Tiết niệu – Bệnh viện Chợ Rẫy*
Tác giả liên hệ: ThS.BS Nguyễn Hoài Phan
Email: Nguyenhoaiphandr@gmail.com
Ngày nhận bài: 13/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

minh phương pháp điều trị nào là hiệu quả hơn ở bệnh nhân bị áp xe tuyến tiền liệt. Chúng tôi báo cáo kết quả chẩn đoán và điều trị áp xe tuyến tiền liệt tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy, Thành Phố Hồ Chí Minh.

Đối tượng và Phương pháp: Mô tả loạt trường hợp áp xe tuyến tiền liệt được chẩn đoán và điều trị tại khoa Ngoại Tiết Niệu, bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 01/2017 đến 01/2021. Ghi nhận các biến số lâm sàng, cận lâm sàng, vi sinh và kết quả điều trị.

Kết quả: Tất cả 45 trường hợp (TH) áp xe TTL được chẩn đoán qua siêu âm TTL qua ngã trực tràng, MRI hoặc chụp CT scan. Tuổi trung bình 51,51 tuổi (24-85 tuổi). Đái tháo đường, xơ gan và nhiễm khuẩn đường tiết niệu là các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Triệu chứng đường tiết niệu dưới, sốt lạnh run, đau vùng tầng sinh môn là 3 dấu hiệu cơ năng thường gặp, chiếm gần 90% TH. Tuyến tiền liệt đau chói và phập phều khi thăm khám trực tràng bằng ngón tay là triệu chứng thực thể điển hình, gặp trong 2/3 các TH. Thể tích trung bình của TTL là 57,4 ± 30,86 ml (25 – 180ml). Áp xe đơn ổ chiếm 46,67% các TH, 53,33% các TH có từ 2 đến 4 ổ áp xe, 90% có kích thước lớn hơn 1cm. Về vi sinh, 50% các TH cấy mủ từ ổ áp xe không mọc, 50% các TH ghi nhận các loại vi khuẩn bao gồm E.Coli, Burkho Pseudomallei, Klebsiella Pneumonie, Pseudomonas, Staphylococcus Aureus… trong đó tác nhân chiếm đa số là E.Coli và Burkho Pseudomallei. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận được 4/45 TH mủ từ ổ áp xe dương tính với vi trùng lao. Về điều trị, 4/45 TH (8,89%) được điều trị nội khoa bảo tồn; đa số các TH được can thiệp ngoại khoa, cụ thể: 23/45 TH (51,11%) được phẫu thuật mở bàng quang ra da kèm rạch thoát lưu áp xe, 12/45 TH (26,67%) được chọc hút bằng kim qua siêu âm ngã trực tràng, 6/45 TH (13,33%) được cắt đốt nội soi TTL qua ngã niệu đạo để thoát lưu mủ. Kết quả: tỉ lệ thành công 44/45 TH, tử vong 1 do choáng nhiễm trùng, suy đa cơ quan.

Kết luận: Áp xe tuyến tiền liệt là một nhiễm khuẩn nặng, có tỉ lệ tử vong cao. Điều trị thành công áp xe tuyến tiền liệt cần chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời kháng sinh kết hợp phẫu thuật dẫn lưu ổ nhiễm khuẩn. Việc chọn lựa kháng sinh điều trị cần tuân thủ nghiêm ngặt hướng dẫn sử dụng kháng sinh của mỗi cơ sở y tế.

Từ khoá: Áp xe tuyến tiền liệt, siêu âm tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng, nội soi cắt đốt dẫn lưu áp xe qua ngã niệu đạo.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PROSTATE ABSCESS AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: A prostatic abscess is an uncommon urological emergency but it is a serious infection of the prostate with a high mortality rate unless properly treated. It may result in severe complications, urosepsis and death. Diagnosis and proper treatment of prostatic abscesses remains a challenge for physicians. However, there are few reports comparing the treatment of prostate abscess according to treatment modalities. The aim of this study was to characterize clinical features and evaluate treatment outcome of prostate abscess treated in Department of Urology at Chợ Rẫy Hospital.

Methods: A case series of patient with prostate abscess hospitalized at Cho Ray hospital from January 2017 to January 2020.

Results: There are 42 cases of protstate abscess confirmed by transrectal ultrasonography (TRUS), MRI or CT scanner. Mean age was 51.51 years old (24-85). Diabetes mellitus and urinary tract infection were the most predisposing risk factors. The most common

presenting symptoms were lower urinary tract symtomps, fever-chill and perineal pain (more than 90% of cases). The most typical sign of prostatic abscess is a severely tender prostate with areas of fluctuation on digital rectal examination (66.66%). 50% of cases in which we did not find any organisms from the pus. The single cavity of abscess was found in 46.67% of cases. 53.33% of cases had multiple cavities of abscess. In 50% of other cases, we found some pathogens such as: E.Coli, Burkho Pseudomallei, Klebsiella Pneumonie, Pseudomonas, Staphylococcus Aureus. E.Coli and Burkho Pseudomallei were the predominant pathogens. Also, Mycobacterium tuberculosis was found in pus of 4/45 of cases. Regarding management, 4/45 of cases underwent conservative treatment. Most of cases underwent surgical interventions, including: 23/45 of cases underwent open cystostomy combined with abcess drainage; 12/45 of cases underwent TRUS-guided aspiration; 6/45 of cases underwent transurethral rescetion deroofing. Result: successful: 44/45 cases, mortalities 1 case, cause septic shock and multi-organ failure.

Conclusion: Prostatic abscess is a serious infection of the prostate with a high mortality rate. Successful treatment of prostate abscess includes early diagnosis, properly antibiotic administration, and interventional surgery. The decision of empirical antibiotics should be strictly followed by antibiotic use guidelines of each medical facility.

Keywords: Prostate abscess, TRUS, TUR deroofing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe tuyến tiền liệt (AXTTL) là một bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán, có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào đặc biệt thường gặp hơn ở nam giới từ 50 tuổi trở lên[4]. Theo y văn, tần suất chẩn đoán áp xe tuyến tiền liệt chỉ chiếm 0,2% trong số bệnh nhân có triệu chứng về đường tiết niệu dưới và chiếm 0,5- 2.5% triệu chứng của bệnh lý tuyến tiền liệt[3,4,10]. E.Coli là tác nhân gây bệnh chủ yếu với hơn 70% trường hợp, thường gặp trên những bệnh nhân lớn tuổi có triệu chứng bế tắc đường tiết niệu dưới hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu, đặt biệt nguy cơ cao trên những bệnh nhân có hệ thống miễn dịch bị tổn hại như bệnh nhân bệnh thận mạn đang chạy thận nhân tạo, ung thư, đái tháo đường, xơ gan, hay HIV/AIDS[4,10].

Áp xe tuyến tiền liệt nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể dẫn đến nhiễm khuẩn huyết nặng, suy đa cơ quan, thậm chí tử vong. Điều trị chủ yếu bao gồm kháng sinh và dẫn lưu ổ áp xe. Có nhiều phương pháp dẫn lưu áp xe tùy theo kích thước, số lượng ổ áp xe, tuy nhiên các phương pháp can thiệp ít xâm lấn như chọc hút áp xe dưới hướng dẫn siêu âm ngã trực tràng đang dần chiếm ưu thế và được ưa chuộng[7,9,10].

Hầu hết các nghiên cứu về áp xe tuyến tiền liệt trên thế giới và trong nước là báo cáo trường hợp ca, vẫn còn thiếu chứng cứ và y văn chưa có phát đồ cụ thể trong chẩn đoán và điều trị. Do đó, khi đối mặt với bệnh lý này, các nhà lâm sàng thường gặp khó khăn và thử thách, thậm chí có thể bỏ sót hoặc chậm trễ trong chẩn đoán áp xe TTL. Chợ Rẫy là một trung tâm điều trị nhiễm khuẩn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mong muốn giúp các bác sĩ lâm sàng trong nước có những dữ liệu tổng quan quan trọng về các đặc điểm lâm sàng, vi sinh và các phương pháp tiếp cận dẫn lưu áp xe tuyến tiền liệt, góp phần hướng dẫn và nâng cao hiệu quả điều trị AXTTL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp. Những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe tuyến tiền liệt và được điều trị tại BV Chợ Rẫy 01/2017 đến tháng 01/2021. Bệnh nhân được chẩn đóan áp xe tuyến tiền liệt dựa vào bệnh sử, thăm khám trực tràng và một trong những phương tiện chẩn đoán hình ảnh siêu âm trực tràng (TRUS), CT scan hoặc MRI bụng chậu.

Tất cả bệnh nhân đều được khởi đầu điều trị kháng sinh theo phân tầng kháng sinh của bệnh viện, sau đó sẽ điều chỉnh kháng sinh phù hợp theo kháng sinh đồ. Can thiệp dẫn lưu áp xe tuỳ vào kích thước, số lượng ổ áp xe và tình trạng bệnh nhân. Các phương pháp dẫn lưu bao gồm: chọc hút dẫn lưu bằng kim qua siêu âm trực tràng, nội soi rạch áp xe qua ngã niệu đạo, cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo và mổ mở.

Đánh giá kết quả dựa vào: cải thiện lâm sàng và giảm ít nhất 50% thể tích ổ áp xe sau khi điều trị, các biến chứng thủ thuật, thời gian nằm viện, siêu âm kiểm tra.

Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20. Kiểm định các mối liên quan bằng X^2, T-test, Fisher, RR ở mức ý nghĩa 5%, khoảng tin cậy 95% để đo lường sự khác biệt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 4 năm từ 01/2017 đến 01/2021 có 45 trường hợp AXTTL được chẩn đoán và điều trị tại BV Chợ Rẫy, tuổi trung bình 51,51 ± 10,2 (24-85), đa số bệnh nhân có các bệnh lý nhiễm khuẩn đường tiết niệu trước đó (gần 50%) và 36% TH có bệnh nền đái tháo đường.

Có 35/45 TH tăng bạch cầu máu lúc nhập viện với bạch cầu máu trung bình 14,45± 2,4.

PSA trung bình thời điểm nhập viện: 5,7 ± 4,44 (0,04 – 100) ng/dL, có 1 TH có PSA tăng cao 100 mg/dl. Thể tích trung bình của TTL 57,4 ± 30,86 ml (25 – 180).

Phần lớn triệu chứng lâm sàng thường gặp là LUTS (85%) và dấu hiệu phập phều khi thăm khám tuyến tiền liệt (chiếm gần 70% các TH). Bảng 1.

Có 4/45 TH (9%) có biến chứng choáng nhiễm khuẩn kèm theo và 1 TH ổ áp xe vỡ vào niệu đạo.

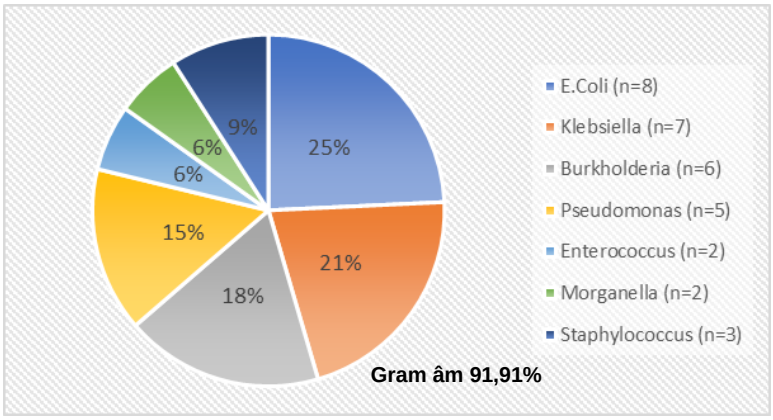
Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng của áp xe tuyến tiền liệt

Triệu chứng lâm sàng		TH (n=45)	Tỉ lệ %
Triệu chứng cơ năng	LUTS	38	84,44%
	Sốt	25	55,56%
	Đau tầng sinh môn	18	40%
Triệu chứng thực thể	Đau tuyến tiền liệt	28	62,22%
	Dấu hiệu phập phều	30	66,67%

Chúng tôi chẩn đoán AXTTL chủ yếu dựa vào các xét nghiệm hình ảnh học với 28 TH siêu âm bụng (62,2%) kèm với chụp cắt lớp vi tính cho 27 TH (60%), hoặc có thể siêu âm qua ngã trực tràng (TRUS) với 18 TH (40%) hoặc chụp MRI (2 TH, 4,4%). Qua hình ảnh học, nghiên cứu ghi nhận áp xe đa ổ chiếm tỷ lệ khoảng 53,33% với đa số các TH

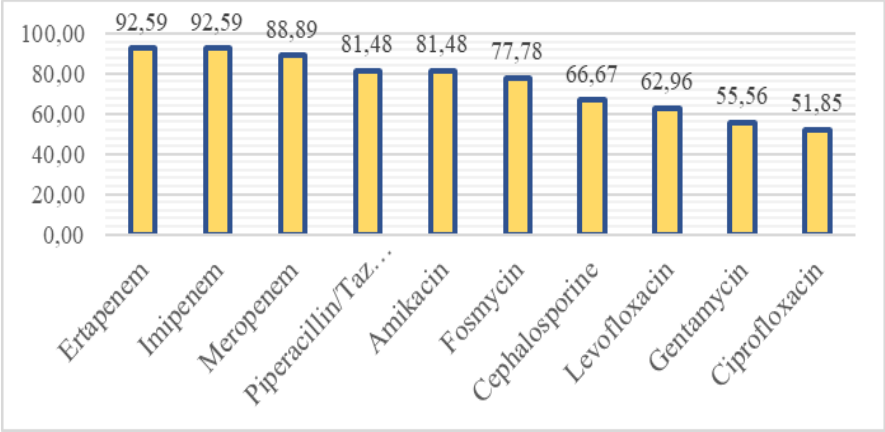
có kích thước ổ áp xe > 1cm (93%).

Tất cả các bệnh nhân đều được cấy máu và cấy nước tiểu trước khi cho kháng sinh và nếu có can thiệp dẫn lưu sẽ được cấy mủ và làm BK, PCR lao. Tỷ lệ cấy mủ phát hiện tác nhân nhiễm khuẩn trong 20/40 TH (50%). Phần lớn vi khuẩn trong các mẫu cấy là Gram âm 92% với E. coli chiếm 8/33 TH, kế đến là Klebsiella (7/33), Burkholderia (6/33 TH). 4/45 TH cấy mủ dương tính với lao, trong đó có 1 TH bệnh nhân dương tính với HIV.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các loại vi khuẩn được phân lập trong các môi trường cấy

Tất cả bệnh nhân đều được khởi động kháng sinh ngay thời điểm nhập viện theo phác đồ hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện với kháng sinh sử dụng nhiều nhất là nhóm carbapenem (chiếm 59%), có 15/45 BN được sử dụng phối hợp từ 2 kháng sinh trở lên. Đa số kháng sinh sử dụng phù hợp với kết quả kháng sinh đồ với tỷ lệ nhạy kháng sinh nhóm carbapenem còn cao (hơn 90%).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn Gram âm

Trong nghiên cứu này, ngoài điều trị kháng sinh thì phần lớn các TH được can thiệp ngoại khoa dẫn lưu áp xe chiếm 91,11%. 4/45 TH được điều trị nội khoa bảo tồn thành công, những TH này có kích thước ổ áp xe nhỏ hơn 1cm.

Kết quả điều trị:

Đại đa số các TH đáp ứng điều trị và xuất viện hoặc chuyển tuyến dưới, không ghi nhận tai biến điều trị hoặc tái phát

(44/45TH).

Có 1 TH tử vong, bệnh nhân choáng nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan, nhiều bệnh nền. BN được can thiệp mổ mở dẫn lưu áp xe, mở bàng quang ra da. BN tử vong sau khi chuyển hậu phẫu.

Bảng 2. Các phương pháp điều trị áp xe tuyến tiền liệt

Phương thức điều trị	TH	Tỉ lệ %
Điều trị nội khoa bảo tồn	4	8,89%
Mở bàng quang ra da + Dẫn lưu áp xe	23	51,11%
Cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo	6	13,33%
Chọc hút bằng kim qua siêu âm trực tràng	12	26,67%
Tổng	**45**	**100**

IV. BÀN LUẬN

Áp xe tuyến tiền liệt là một bệnh lý hiếm gặp, thường là biến chứng của viêm tuyến tiền liệt cấp không được điều trị hoặc điều trị không đầy đủ do nhiễm khuẩn ngược dòng từ các ổ vi áp xe ở ngoại vi tuyến tiền liệt, với tỷ lệ tử vong từ 3-16%[3,10]. Áp xe tuyến tiền liệt có mối tương quan chặt chẽ trên một số đối tượng nguy cơ cao như có bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu dưới, cơ địa suy giảm mễn dịch như đái tháo đường, xơ gan, suy thận, ghép tạng hoặc HIV/AIDS[4].

Triệu chứng thường gặp của áp xe tuyến tiền liệt có thể không đặc hiệu, rất giống với triệu chứng của viêm tuyến tiền liệt cấp do vi khuẩn bao gồm: triệu chứng đường tiết niệu dưới (tiểu khó, tiểu lắt nhắt, tiểu gấp,…), đau trên xương mu, cảm giác đau hoặc căng tức vùng chậu, tầng sinh môn hoặc hiếm hơn là tiểu mủ, tiểu máu. Thăm khám trực tràng bằng ngón tay có 95% các trường hợp thăm khám thấy đau tuyến tiền liệt và dấu hiệu TTL mềm hoặc phập phều tại vị trí khối áp xe biểu hiện ở 16-88% trong các nghiên cứu[6,8,10]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thăm khám trực tràng là dấu hiệu quan trọng giúp trong cả chẩn đoán và dẫn lưu áp xe, với tỷ lệ phát hiện là 66,7%.

Kể từ khi ra đời liệu pháp kháng sinh phổ rộng, đáp ứng của loại vi khuẩn đối với sự tiến triển của áp xe TTL đã thay đổi đáng kể[4]. Trước đây, 75% áp xe tuyến tiền liệt là do lậu cầu, hiện nay, vi khuẩn Gram âm đặc biệt là E.coli là tác nhân gây bệnh chủ yếu chiếm hơn 70% trường hợp. Đối với trường hợp theo đường máu từ một ổ nhiễm khuẩn nguyên phát ở nơi khác như phổi, đường tiêu hóa, da, áp xe quanh thận, vi khuẩn thường gặp nhất là Staphylococcus aureus, Mycobaterium tuberculosis hoặc Burkholderia pseudomallei gây bệnh Melioidosis[3,4,9].

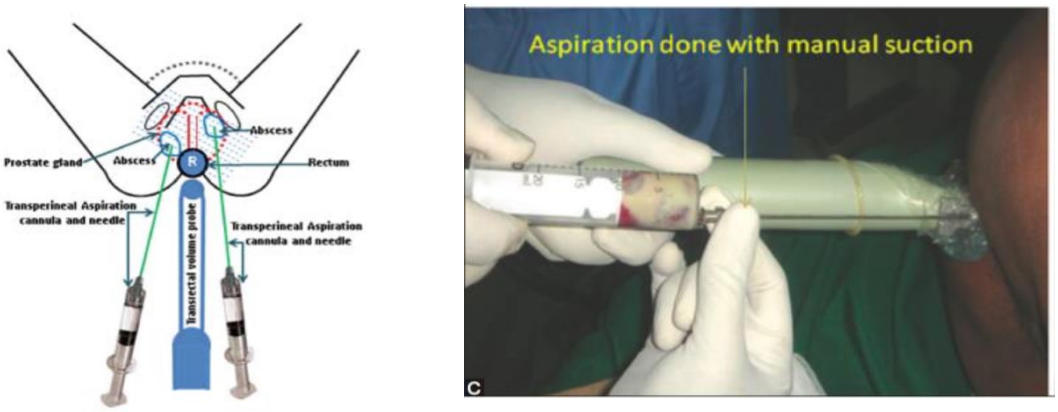
Các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm trực tràng (TRUS), CT scan hoặc MRI ngày càng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị áp xe tuyến tiền liệt với độ nhạy và đặc hiệu cao. Những báo cáo gần đây cho thấy MRI, CT scan không lợi thế hơn về chi phí hiệu quả so với TRUS trừ khi áp xe thâm nhập ra ngoài vỏ bao TTL hoặc những ổ áp xe ngoại vi. TRUS là kỹ thuật được sử dụng rộng rãi trong chẩn đoán

và hướng dẫn chọc hút, dẫn lưu áp xe TTL cũng như đánh giá đáp ứng điều trị[3,6,10].

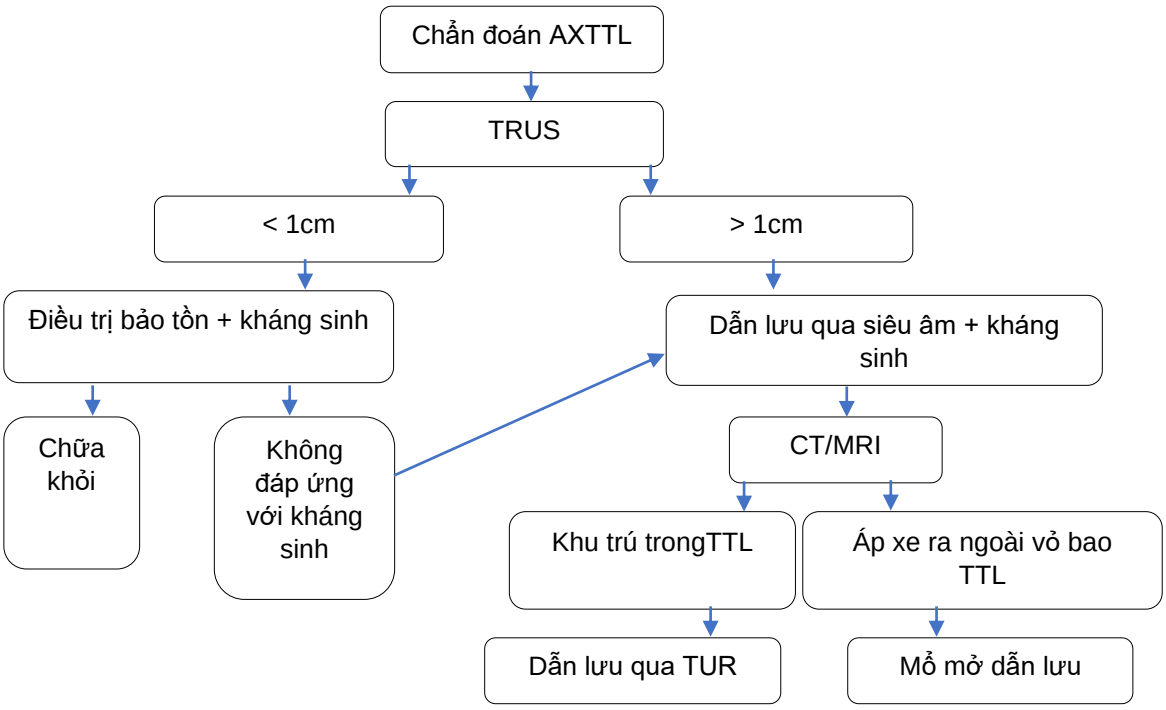
Chẩn đoán sớm AXTTL là điều kiện thuận lợi cho quá trình điều trị có thể kéo dài và phức tạp với nhiều trường hợp cần phải can thiệp dẫn lưu. Cho đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có 1 hướng dẫn hay toán đồ về điều trị AXTTL mà chủ yếu dựa vào sự đồng thuận của các chuyên gia và có thể xem như là một hướng dẫn tiêu chuẩn cho điều trị AXTTL với các nguyên tắc: cho kháng sinh phổ rộng, dẫn lưu áp xe để giảm thiểu diễn tiến đến các biến chứng, chuyển lưu nước tiểu nếu có bế tắc đường tiết niệu dưới đi kèm và hồi sức nội khoa điều chỉnh các rối loạn đi kèm[2,3,8]. Theo Ludwig và Ackerman, điều trị nội khoa bảo tồn nên dành cho áp xe đơn ổ có đường kính <1cm và thời gian đánh giá đáp ứng kháng sinh là 2 tuần[4,10]. Nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là áp xe đa ổ và kích thước lớn với 93% các trường hợp, 4/45 TH có kích thước ổ áp xe < 1cm được điều trị nội khoa thành công, phù hợp với các khuyến cáo của các tác giả. Kháng sinh được khởi động ngay thời điểm nhập viện với gần 60% TH là nhóm carbapenenem và có 15/45 TH cần phối hợp nhóm aminoglycoside hoặc metronidazole, chúng tôi phân tầng lựa chọn kháng sinh theo phác đồ hướng dẫn của bệnh viện Chợ Rẫy[1].

Các tác giả đều đồng thuận rằng chỉ định ngoại khoa nên được thực hiện đối với các trường hợp sau: áp xe tuyến tiền liệt đa ổ, đường kính ổ áp xe >1cm, áp xe tái phát, có choáng nhiễm khuẩn, áp xe có kèm theo tắc nghẽn đường tiết niệu dưới liên quan đến bệnh lý tăng sinh lành tình tuyến tiền liệt và điều trị nội khoa thất bại[3,4,10]. Dẫn lưu áp xe tuyến tiền liệt không phải là mục tiêu duy nhất của bác sĩ tiết niệu. Mục tiêu của điều trị là giảm biến chứng và tử vong của phẫu thuật dẫn lưu, giảm nhu cầu điều trị lại và bảo tồn chức năng tiết niệu và sinh dục bình thường, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi[3,4,9]. Có nhiều phương pháp dẫn lưu như chọc hút bằng kim, nội soi dẫn lưu qua ngã niệu đạo hoặc mổ mở, chọc hút dẫn lưu áp xe bằng kim qua TRUS là thủ thuật ít xâm lấn, cho kết quả tốt và rất được ưa chuộng cho hầu hết các trường hợp hiện nay[6,7,8]. Collado và cs (1999), Lim và cs (2000) đã báo cáo điều trị chọc hút áp xe bằng kim cho kết quả tốt và ít tái phát với số TH lần lượt là 20 và 12. Trong khi, Suresh (2008) đã thực hiện 31/48 trường hợp dẫn lưu áp xe qua cắt đốt nội soi qui ước hoặc nội soi xẻ thoát lưu cho kết quả dẫn lưu triệt để, tránh tái phát. Khi ổ áp xe lớn, đặc biệt nằm ở vùng trung tâm, áp xe đa ổ, áp xe tái phát hoặc áp xe tồn lưu thì phương pháp nội soi xẻ thoát lưu mủ (TUR deroofing) qua ngã niệu đạo giúp dẫn lưu áp xe tốt hơn và bệnh nhân nhanh chóng phục hồi hơn[4,7,9]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện dẫn lưu thành công gần 50% các TH bằng chọc hút áp xe qua siêu âm trực tràng hoặc cắt đốt nội soi rạch áp xe qua ngã niệu đạo, không ghi nhận tai biến và tái phát sau thủ thuật. Tỷ lệ mổ hở trên xương mu+dẫn lưu bàng quang trong nghiên cứu còn cao với hơn 50% TH do Chợ Rẫy là bệnh viện tuyến cuối, tiếp nhận điều trị phần lớn là các bệnh nặng cần phải can thiệp nhanh chóng và triệt để nhằm giảm thiểu biến chứng và tử vong cho bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy can thiệp ngoại khoa trên 91% các TH cho tỷ lệ thành công cao tương tự các nghiên cứu khác từ 60-93%, chỉ 1 TH tử vong do choáng nhiễm khuẩn, suy đa cơ quan, nhiều bệnh

nền, không TH nào tái phát cần phải can thiệp lại hoặc có biến chứng. Qua đó cũng cho thấy điều trị phẫu thuật là một trong những phương thức tiếp cận quan trọng nhất đối với áp xe tuyến tiền liệt, tuy nhiên lựa chọn phương pháp nào tùy thuộc tình trạng lâm sàng của bệnh nhận, kích thước, số lượng ổ áp xe và điều kiện sẵn có của từng trung tâm.



Hình 1. Chọc hút ổ áp xe TTL dưới hướng dẫn của siêu âm ngã trực tràng [5]



Hình 2. Lưu đồ khuyến cáo xử trí áp xe tuyến tiền liệt theo kích thước ổ áp xe theo tác giả Abdelmoteleb [3]

V. KẾT LUẬN

Áp xe tuyến tiền liệt là một dạng lâm sàng nặng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu dưới, chẩn đoán vẫn còn là một thách thức đối với các nhà lâm sàng, chưa có hướng dẫn điều trị cụ thể. Lựa chọn kháng sinh cần tuân thủ nghiêm ngặt theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh tại từng cơ sở. Can thiệp dẫn lưu áp xe là phương thức điều trị chủ yếu, mang lại kết quả khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Chợ Rẫy (2013),** Kháng sinh điều trị nhiễm khẩn tiết niệu tại các khoa lâm sàng, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh, Tr. 22.
2. **Hội Tiết Niệu Thận Học Việt Nam (2020),** Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam, Nhà xuất bản Đại Học Huế, tr. 14-21.
3. **Abdelmoteleb H., Rashed F., Hawary A. (2017),** "Management of prostate abscess in the absence of guidelines", Int Braz J Urol, 43 (5), pp. 835-840.
4. **Ackerman A. L, et al (2017),** "Diagnosis and treatment of patients with prostatic abscess in the post-antibiotic era", International Journal of Urology, 25 (2), pp. 103-110.
5. **Doble A., Carter S. S. (1989),** "Ultrasonographic findings in prostatitis", Urol Clin North Am, 16 (4), pp. 763-72.
6. **Elshal. A. M, Abdelhalim A, Barakat. T. S., et al. (2014),** "Prostatic abscess: objective assessment of the treatment approach in the absence of guidelines", Arab J Urol, 12, pp. 262–8.
7. **El-Shazly M, El-Enzy N, El-Enzy K., et al. (2012),** "Transurethral drainage of prostatic abscess: points of technique", Nephro-Urol Mon, 4 (2), pp. 458–61.
8. **Granados E. A., Riley G., Salvador J., et al. (1992),** "Prostatic abscess: diagnosis and treatment", J. Urol, 148 (1), pp. 80–2.
9. **Jang K., Lee D. H., Lee S. H., et al. (2012),** "Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods", Korean J Urol, 53 (12), pp. 860-864.
10. **Ludwig M., Schroeder-Printzen. I., et al. (1999),** "Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess", Urology, 53 (2), pp. 340–5.

BIẾN CHỨNG SỚM SAU MỔ CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG: KINH NGHIỆM TRÊN 65 BỆNH NHÂN

Đỗ Ngọc Thể[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét các biến chứng sớm sau mổ cắt toàn bộ bàng quang và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu hồi cứu mô tả trên các bệnh nhân ung thư bàng quang, được điều trị bằng phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 10/2017 đến 10/2020.

Kết quả: 65 bệnh nhân, 61 nam (93,8%) và 4 nữ (6,2%), tuổi trung bình 67,1; lượng máu mất ước tính 435 ml; tỷ lệ truyền máu trước, trong, sau mổ lần lượt là 9,2% - 44,6% và 38,5%. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ 75,4% (biến chứng nặng 10,8%). Có 42 bệnh nhân (64,6%) phải truyền máu trong/sau mổ với trung bình là 2,31 đơn vị khối hồng cầu; 2 bệnh nhân (2,4%) phải mổ lại vì biến chứng tắc ruột sau mổ; 7 bệnh nhân (10,7%) nhập viện lần 2 để điều trị bảo tồn biến chứng trong vòng 90 ngày sau mổ; tử vong 1 bệnh nhân (1,5%).

Kết luận: Cắt toàn bộ bàng quang là một trong những phẫu thuật nặng nề và nguy hiểm với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao.

Từ khoá: cắt toàn bộ bàng quang, biến chứng sớm sau mổ.

SUMMARY

EARLY POST-OPERATIVE COMPLICATIONS OF RADICAL CYSTECTOMY: EXPERIENCES ON 65 CASES

Objective: to evaluate early postoperative complications and some prognostic factors after radical cystectomy.

Patients and methods: a descriptive study was performed on patients with bladder cancer treated by radical cystectomy at 108 Military Center Hospital, from October 2017 to October 2020.

Results: the retrospective/descriptive study included 65 patient, 61 males (93.8%) and 4 females (6.2%), with 67.1 y-o on average; estimated blood loss was 435ml, the pre-, peri- and post-operative transfusion were 9.2%, 44.6% and 38.5%, respectively. The rate of early postoperative complications was 75.4% with 10.8% of majorities. There were 42 patients (64.4%) who received 2.31 red blood cell packs on average peri- and postoperatively; 2 patients (2.4%) had to be reoperated due to small bowl obstruction; 7 patients (10.7%) readmitted to manage conservatively 90-day postoperative complications; 1 patient died (1.5%)

Conclusion: Radical cystetomy is one of the most complex operations with the high rate of morbidity and mortality.

Keywords: radical cystectomy, early postoperative complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hơn 50 năm qua, phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu nước tiểu là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho những

[1]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*
Liên hệ tác giả: Đỗ Ngọc Thể.
Email: dongocthe@yahoo.com
Ngày nhận bài: 25/5/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 31/7/2021

bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ hoặc ung thư bàng quang nông nguy cơ cao.

Cắt toàn bộ bàng quang thường được thực hiện trên đối tượng bệnh nhân cao tuổi và có nhiều bệnh nền kết hợp. Thời gian mổ kéo dài trung bình từ 4 đến 7 giờ đồng hồ, thời gian điều trị hậu phẫu thường từ 1 đến 3 tuần sau đó. Sự phức tạp của phẫu thuật cùng với các bệnh lý nền phối hợp dẫn tới tỷ lệ biến chứng hiện nay còn ở mức rất cao 29 - 68% và tỷ lệ tử vong 1 - 10% [1], [2].

Những năm gần đây, phương pháp mô tả, phân loại và xử lý tai biến biến chứng trong ngoại khoa nói chung dần dần được thống nhất, trong đó hệ thống phân loại của Clavien-Dindo được áp dụng phổ biến, với thời gian xác định biến chứng sớm đối với cắt toàn bộ bàng quang kéo dài tới 90 ngày sau mổ [1],[3].

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các tai biến-biến chứng sớm và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ liên quan trên loạt bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang tại Bệnh viện TƯQĐ 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Gồm các bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang điều trị ung thư bàng quang tại khoa Tiết niệu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Thời gian nghiên cứu từ 10/2017 đến 10/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang, hàng loạt ca bệnh.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu chính:

. Tai biến trong mổ.

. Biến chứng (sớm) sau mổ trong vòng 3 tháng.

. Các yếu tố bệnh nhân liên quan đến tai biến-biến chứng: tuổi, giới, chỉ số ASA, bệnh lý phối hợp, tiền sử.

. Các yếu tố phẫu thuật liên quan đến tai biến-biến chứng: thời gian mổ, kiểu chuyển lưu nước tiểu.

. Tử vong.

- Quy trình phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang:

. Nam giới: cắt bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 túi tinh; nữ giới: cắt bàng quang, tử cung, buồng trứng 2 bên.

. Nạo hạch chậu bịt 2 bên.

. Chuyển lưu nước tiểu: trực tiếp ra da, túi chứa không kiểm soát bằng hồi tràng kiểu Bricker, bàng quang tân tạo từ hồi tràng.

- Sử dụng bảng phân loại tai biến biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang [4].

Bảng 1. Phân độ tai biến-biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang

Phân độ	Mô tả
Độ I	Tổn thương thần kinh sinh dục đùi Chậm liền vết thương Liệt ruột cơ năng
Độ II	Viêm phổi Rò niệu điều trị nội khoa bảo tồn Mất máu phải truyền máu Nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch

Độ IIIa	Tụ dịch/áp xe, điều trị bằng chọc dẫn lưu qua da Tổn thương niệu quản, đặt stent xuôi dòng
Độ IIIb	Hẹp các miệng nối phải mổ lại Tổn thương trực tràng Tắc ruột non phải can thiệp ngoại khoa
Độ IVa	Suy thận - suy chức năng 1 tạng
Độ IVb	Suy đa tạng

(Nguồn: Myatt A. et al. (2012) [4])

- Xử lý số liệu: các số liệu được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn; so sánh 2 số trung bình bằng test t-student với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; thống kê sử dụng chương trình SPSS 20.0 for Mac.

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TƯQĐ 108.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 65 bệnh nhân ung thư bàng quang, trong đó 61 nam (93,8%) và 4 nữ (6,2%), với tuổi trung bình: 67,1 ± 9,5 tuổi (44 – 87). Tỷ lệ BN có chỉ số ASA 1-2-3 tương ứng lần lượt là 50,8% - 40% - 9,2%. Lượng máu mất ước tính là 435 ± 183 ml (50 - 750) với tỷ lệ truyền máu trước, trong, sau mổ lần lượt là 9,2% - 44,6% và 38,5%. Có 42 bệnh nhân phải truyền máu trong/sau mổ với số đơn vị khối hồng cầu truyền trung bình là 2,31 ± 1,1 đơn vị (1 – 6) (1 đơn vị khối hồng cầu có thể tích 350ml). Ngày điều trị trung bình sau mổ là 15,7 ± 9 ngày (7 – 58).

Có 2 bệnh nhân (2,4%) phải mổ lại vì biến chứng (đều do tắc ruột sau mổ, trong thời gian hậu phẫu); 7 bệnh nhân (10,7%) nhập viện lần 2 để điều trị biến chứng trong vòng 90 ngày sau mổ, điều trị bảo tồn.

Không có trường hợp nào tử vong trong mổ; có 1 bệnh nhân tử vong trong thời gian hậu phẫu do biến chứng (1,5%).

Thời gian theo dõi trung bình tính đến thời điểm nghiên cứu là 17,1 tháng (4,3 – 39,3 tháng) (n = 64) (trừ 1 bệnh nhân tử vong trong thời gian hậu phẫu).

Bảng 2. Bảng tổng hợp tai biến-biến chứng sớm theo Clavien-Dindo (n = 65)

Phân độ	Tai biến-biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ % trên tổng số biến chứng	Tỷ lệ % trên tổng số bệnh nhân
Độ I	Nang bạch huyết	2	2,4	3,0
	Nhiễm khuẩn vết mổ	6	7,2	9,2
	Tắc thông niệu quản	1	1,2	1,5
	Sốt nhiễm khuẩn niệu	13	15,7	20
	Liệt ruột cơ năng	1	1,2	1,5
Độ II	Bán tắc ruột	6	7,2	9,2
	Truyền khối hồng cầu	42	50,6	64,6

	Truyền ≥ 4 đơn vị (*)	5	6,0	7,6
	Rò BQTT ra da	2	2,4	3,0
	Rò miệng nối BQTT-NĐ	1	1,2	1,5
	Viêm phổi	1	1,2	1,5
Độ IIIa	Không có	0	0	0
Độ IIIb	Tắc ruột, can thiệp ngoại khoa	2	2,4	3,0
	Rò trực tràng – âm đạo	1	1,2	1,5
Độ IVa	Nhiễm khuẩn huyết	3	3,6	4,6
	Xuất huyết tiêu hoá	1	1,2	1,5
Độ IVb	Sốc nhiễm khuẩn	1	1,2	1,5
	Tổng số	**83**	**100**	

BQTT – bàng quang tân tạo; NĐ – niệu đạo

(*): trong tổng số bệnh nhân truyền khối hồng cầu

Nhận xét: biến chứng thường gặp nhất là mất máu phải truyền máu (trong và sau mổ) chiếm tỷ lệ tới 50,6%; ngoài ra sốt nhiễm khuẩn niệu, liệt ruột kéo dài, nhiễm khuẩn vết mổ hay gặp hơn trong các biến chứng còn lại với tỷ lệ lần lượt là 15,7% - 8,4% và 7,2%.

Bảng 3. Bảng phân bố tổng số biến chứng sớm (n = 65)

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	16	0	24,6
1 biến chứng	22	22	33,8
2 biến chứng	22	44	33,8
3 biến chứng	3	9	4,6
4 biến chứng	2	8	3,1
Tổng	**65**	**83**	**100**

Nhận xét: tỷ lệ 75,4% bệnh nhân xuất hiện biến chứng sớm sau mổ với tổng số 81 biến chứng; số bệnh nhân xuất hiện 1 và 2 biến chứng chiếm tỷ lệ chủ yếu; tần suất xuất hiện biến chứng sớm trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là 83/65 = 1,28.

Bảng 4. Bảng phân bố biến chứng sớm mức độ nhẹ (n = 65)

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	20	0	30,8
1 biến chứng	20	20	30,8
2 biến chứng	21	42	32,3
3 biến chứng	3	9	4,6
4 biến chứng	1	4	1,5
Tổng	**65**	**75**	**100**

Nhận xét: số bệnh nhân xuất hiện 1 và 2 biến chứng mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ chủ yếu (33,8% và 30,8%); tần suất xuất hiện biến chứng sớm mức độ nhẹ trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là 75/65 = 1,15; tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng mức độ nhẹ là 69,2%.

Bảng 5. Bảng phân bố biến chứng sớm mức độ nặng (n = 65)

Số biến chứng trên 1 bệnh nhân	Số bệnh nhân	Số lượng biến chứng	Tỷ lệ %
Không có	58	0	89,2
1 biến chứng	6	6	9,3
2 biến chứng	1	2	1,5
Tổng	**65**	**8**	**100**

Nhận xét: có 6 bệnh nhân xuất hiện 1 biến chứng nặng, 1 bệnh nhân có 2 biến chứng nặng; tần suất xuất hiện biến chứng sớm mức độ nặng trên 1 bệnh nhân (tính chung cho cả nhóm) là 8/65 = 0,12; tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng nặng là 10,8%.

Bảng 6. Liên quan giới tính với biến chứng (n = 65)

Giới	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
Nam	61	1,23 ± 0,12	0,13
Nữ	4	2	

Nhận xét: số lượng biến chứng trên một bệnh nhân ở nam (1,23) thấp hơn ở nữ giới (2), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Liên quan tuổi với biến chứng (n = 65)

Tuổi	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
< 70	40	1,13 ± 0,99	0,11
≥ 70	25	1,52 ± 0,96	

Nhận xét: tần suất xuất hiện biến chứng ở nhóm bệnh nhân dưới 70 tuổi thấp hơn nhóm bệnh nhân từ 70 tuổi trở lên.

Bảng 8. Liên quan ASA với biến chứng (n = 65)

Chỉ số ASA	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
ASA 1	33	1,09 ± 1,04	0,29
ASA 2	26	1,5 ± 0,94	
ASA 3	6	1,33 ± 0,81	

Nhận xét: Chỉ số ASA trước mổ không liên quan đến tần suất xuất hiện biến chứng sau mổ.

Bảng 9. Liên quan loại chuyển lưu với biến chứng (n = 65)

Kiểu chuyển lưu	Số bệnh nhân	Số biến chứng trung bình trên 1 bệnh nhân	p
Đưa NQ ra da	17	1,06 ± 0,96	0,18
Túi Bricker	31	1,19 ± 0,91	
Tạo hình BQ mới	17	1,65 ± 1,11	

Nhận xét: kỹ thuật chuyển lưu càng phức tạp thì tần suất xuất hiện biến chứng sau mổ càng tăng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhận xét các biến chứng sớm sau mổ cắt toàn bộ bàng quang

Cắt toàn bộ bàng quang là phẫu thuật khó đối với phẫu thuật viên và nặng nề cho bệnh nhân; thời gian mổ kéo dài, trường mổ rộng, tiếp cận với các mạch máu lớn và toàn bộ ổ bụng… bên cạnh đó bệnh nhân thường tuổi cao và có bệnh lý nền kết hợp, khiến cho nguy cơ xảy ra các tai biến-biến chứng sau mổ rất cao. Nhiều nghiên cứu gần đây thống kê cho thấy tỷ lệ biến chứng vẫn còn ở 29 – 68% và tỷ lệ tử vong 1 – 10% [1],[2].

Novara và cộng sự (2009) hồi cứu trên 358 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang cho thấy có 110 bệnh nhân (31%) ngay sau mổ được điều trị ở khu Hồi sức tích cực trong thời gian trung bình 3 ngày (2 – 5 ngày); trong thời gian hậu phẫu, có tới 35 trường hợp (10%) phải mổ lại vì các biến chứng sau mổ; tổng số 231 biến chứng được thống kê xảy ra ở 174 bệnh nhân (49%) với tần suất 0,64 biến chứng/bệnh nhân; tỷ lệ tử vong trong vòng 3 tháng sau mổ là 3% [5].

Schiavina và cộng sự (2013) thống kê trong vòng 3 tháng sau mổ cắt bàng quang trên 404 bệnh nhân, thấy có tổng số 296 biến chứng xảy ra trên 209 bệnh nhân (tỷ lệ 51,7%; xác suất xảy ra biến chứng là 0,73), tỷ lệ tử vong 4,5% [6].

Báo cáo từ Thuỵ Điển năm 2013 do Jerlström và cộng sự tổng hợp trên 435 ca mổ cắt toàn bộ bàng quang cho thấy trong vòng 3 tháng sau mổ, tỷ lệ tử vong là 4% (12 bệnh nhân) và tỷ lệ biến chứng chung là 36% (103 bệnh nhân) (chưa tính 51% phải truyền máu trong mổ với trung bình 3 đơn vị/trường hợp) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng sau mổ cao hơn cũng như xác suất xảy ra biến chứng cũng cao hơn so với các tác giả được tham khảo (75,4% và 1,28; Bảng 3); tuy nhiên có tỷ lệ tử vong thấp hơn (1,5%).

Theo phân độ Clavien-Dindo, các biến chứng nhẹ bao gồm độ I và II, các biến chứng nặng gồm độ III-IV và V [4],[5],[6].

Các biến chứng nặng, tử vong

Novara và cộng sự (2009) thống kê có 231 biến chứng xảy ra ở 174 trường hợp trên tổng số 358 bệnh nhân (49%) nghiên cứu; biến chứng nặng (13%) bao gồm: 27 bệnh nhân (7%) độ 3 (mổ lại do toác cân cơ vết mổ, nang giả niệu, rò nước tiểu), 12 bệnh nhân (3%) độ 4 (nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, mổ lại do rò tiêu hoá) và 11 bệnh nhân (3%) tử vong trong vòng 3 tháng sau mổ (4 bệnh nhân suy đa tạng sau mổ rò tiêu hoá, 5 bệnh nhân nhồi máu cơ tim + nhồi máu phổi, 1 bệnh nhân đột quỵ não, 1 bệnh nhân ung thư tái phát) [5].

Schiavina và cộng sự (2013) báo cáo tỷ lệ

biến chứng nặng (Clavien-Dindon độ 3 – 5) ở 70 bệnh nhân (17,3%); và 18 bệnh nhân (4,5%) tử vong trong vòng 90 ngày sau mổ, trong đó 13 bệnh nhân trong vòng tháng đầu tiên (4 trường hợp nhiễm khuẩn huyết, 3 nhồi máu cơ tim, 3 tắc mạch phổi, 2 rò ruột, 1 loạn nhịp tim), 5 bệnh nhân trong 2 tháng tiếp theo (2 trường hợp nhồi máu cơ tim, 2 tắc mạch phổi, 1 bệnh ung thư tiến triển tái phát di căn) [6].

Báo cáo của Jerlström và cộng sự (2013) có 103 bệnh nhân (36%) sau mổ cắt toàn bộ bàng quang xuất hiện biến chứng với 12 bệnh nhân tử vong (4%) trong vòng 90 ngày, trong đó 5 trường hợp tử vong do ung thư, 7 trường hợp do các nguyên nhân khác, do đó tỷ lệ tử vong liên quan đến phẫu thuật còn 2,6%; 53 bệnh nhân (19%) nhập viện lại ít nhất 1 lần trong vòng 90 ngày; 37 bệnh nhân (13% phải mổ lại ít nhất 1 lần để xử trí các biến chứng sau mổ (do: toác vết thương, thoát vị cạnh stoma, thoát vị vết mổ, rò ruột, rò miệng nối niệu quản-ruột, hẹp cổ bàng quang tân tạo…) [7]. Như vậy, tỷ lệ biến chứng nặng (10,8% và tỷ lệ tử vong (1,5%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả được tham khảo. Trường hợp tử vong của báo cáo này ở ngày thứ 10, nguyên nhân do sốc nhiễm khuẩn sau mổ do rò nước tiểu ra ổ mổ gây nhiễm khuẩn trên bệnh nhân 81 tuổi được mổ cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng kiểu Bricker. Ngoài ra, tỷ lệ tắc ruột (phải can thiệp ngoại khoa) trong nghiên cứu của chúng tôi (3%, cũng thấp hơn đáng kể so với những nghiên cứu được tham khảo ở trên; 2 bệnh nhân này đều được chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng kiểu Bricker và vị trí tắc ở ngay miệng nối lưu thông tiêu hoá. Cũng cần bổ sung thêm chi tiết là trong nhóm bệnh nhân này, chúng tôi thực hiện 100% các trường hợp phục hồi lưu thông tiêu hoá kiểu tận-tận (sau cô lập đoạn hồi tràng để chuyển lưu nước tiểu kiểu Bricker hoặc tạo hình bàng quang).

Các biến chứng nhẹ

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ truyền máu sau mổ khá cao (38,5%) so với báo cáo của Novara (2009) (15%), tuy nhiên lượng máu mất ước tính thấp hơn 435ml so với 600ml, đồng nghĩa với tỷ lệ truyền máu trong mổ thấp hơn rõ rệt (44,6% so với 67%).

Schiavina (2013) báo cáo lượng máu mất ước tính trung bình là 750ml với tỷ lệ truyền máu là 40,8% (165 trường hợp); tuy nhiên tác giả chỉ tính là biến chứng chảy máu khi bệnh nhân cần được truyền ít nhất 4 đơn vị khối hồng cầu, do đó tỷ lệ biến chứng này chỉ là 6,4% (26 bệnh nhân) [6]. Với cách tính này, tỷ lệ biến chứng chảy máu phải truyền máu của chúng tôi chỉ còn 7,6%. Ngoài ra, Schiavina còn thống kê một số biến chứng nhẹ khác như bán tắc ruột 22 bệnh nhân (5,4%), sốt không rõ nguyên nhân 22 bệnh nhân (5,4%), chảy máu sau mổ 14 bệnh nhân (3,4%), suy thận cấp 8 bệnh nhân (1,9%)… với tổng tỷ lệ các biến chứng nhẹ là 34,4% [6].

Nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp rò miệng nối bàng quang tân tạo với niệu đạo, phát hiện ở ngày thứ 3 khi nước tiểu chảy ra qua dẫn lưu ổ bụng đặt gần với miệng nối, tuy nhiên đã điều trị bảo tồn thành công; ngoài ra 2 trường hợp rò bàng quang tân tạo ra da cũng được điều trị bảo tồn.

Bên cạnh đó, một tỷ lệ đáng kể bán tắc ruột (9,2%) ở 6 bệnh nhân đều được thực hiện chuyển lưu nước tiểu bằng hồi tràng (4 trường hợp Bricker, 2 trường hợp tạo hình bàng quang mới); ngoài ra 1 trường hợp liệt

ruột cơ năng kéo dài 8 ngày sau mổ được điều trị bằng Strychnine trên bệnh nhân chuyển lưu trực tiếp niệu quản ra da. Như vậy nếu tính biến chứng về tiêu hoá trên các trường hợp lấy hồi tràng để chuyển lưu nước tiểu (48 trường hợp, tỷ lệ bán tắc ruột và tắc ruột trong nghiên cứu này khá cao (12,5% và 4,2%) so với các nghiên cứu của Novara (12% và 0%) cũng như Schiavina (6,6% và 2,9%) [5], [6]. Tuy cũng có những thống kê có tỷ lệ biến chứng tiêu hoá lên tới 29% [2], nhưng đây là điều chúng tôi cần rút kinh nghiệm trong thời gian tới.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến tai biến-biến chứng sớm

Novara và cộng sự (2009) phân tích thấy chỉ số ASA có liên quan rõ rệt với nguy cơ xảy ra biến chứng nặng sau mổ; bên cạnh đó trong nhóm tạo hình bàng quang mới từ hồi tràng, nữ giới có khả năng xảy ra biến chứng nặng cao hơn nam giới [5]. Ngoài ra, Novara cũng đánh giá các yếu tố khác như tuổi, chỉ số BMI trước mổ, giai đoạn T của u, các bệnh mạn tính đi kèm (đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu máu cơ tim), thời gian mổ, phương pháp chuyển lưu nước tiểu (Bricker, bàng quang trực vị)… nhưng đều không thấy có liên quan đến nguy cơ xảy ra biến chứng sau mổ [5].

Tương tự, phân tích thống kê trong báo cáo của Schiavina (2013) cũng cho thấy chỉ số ASA là yếu tố nguy cơ độc lập dự báo xuất hiện biến chứng sau mổ, tất cả các bệnh nhân tử vong (18 trường hợp, 4,4%) đều có điểm ASA từ 3 đến 4; bên cạnh đó, tuổi ≥ 75 cũng liên quan rõ rệt đến nguy cơ xuất hiện biến chứng sớm sau mổ [6].

Nghiên cứu của Jerlström và CS phân tích thấy thời gian mổ kéo dài trên 318 phút và tuổi cao trên 75 tuổi có liên quan chặt chẽ đến nguy cơ xuất hiện biến chứng nói chung sau mổ cắt toàn bộ bàng quang [7].

Tuy nhiên, nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy yếu tố về giới, chỉ số ASA không có liên quan đến xác suất xảy ra biến chứng sau mổ (Bảng 6, Bảng 8); tuổi trên 70 và áp dụng kỹ thuật tạo hình bàng quang trực vị dường như có xác suất xuất hiện biến chứng sau mổ cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi cho rằng cần tiếp tục theo dõi với số bệnh nhân nhiều hơn để có những số liệu có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Cắt toàn bộ bàng quang là một trong những phẫu thuật nặng nề và nguy hiểm với tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Biến chứng thường gặp nhất là chảy máu/mất máu phải truyền máu. Nhiều biến chứng nặng khác trên phương diện toàn thân (thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hoá…) và tại chỗ (nhiễm khuẩn, rò niệu…) đều xuất hiện trong các nghiên cứu gần đây. Một số yếu tố sẽ làm tăng xác suất xảy ra biến chứng như chỉ số ASA trước mổ, tuổi cao và kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **MCKIERNAN J.M. and ANDERSON C.B. (2018).** Complications of Radical Cystectomy and Urinary Diversion. Complications of Urologic Surgery - Diagnosis, Prevention and Management, 5th edition, Elsevier, 433-444.
2. **Navai N. and Dinney C.P.N. (2016).** Transurethral and Open Surgery for Bladder

Cancer. Campbell-Walsh Urology, 11th Edition, Elsevier, 2242-2253.e1.

3. **D'Elia C., Comploj E., Cerruto M.A., et al. (2017).** 90-Day Mortality after Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Prognostic Factors in a Multicenter Case Series. Urol Int, 98(3): 255-261.
4. **Myatt A., Palit V., Burgess N., et al. (2012).** The Uro-Clavien-Dindo system - Will the limitations of the Clavien Dindo system for grading complications of urological surgery allow modification of the classification to encourage national adoption within the UK. British Journal of Medical & Surgical Urology, 5(2): 54-60.
5. **Novara G., Marco V.D., Aragona M., et al. (2009).** Complications and Mortality After Radical Cystectomy for Bladder Transitional Cell Cancer. Journal of Urology, 182(3): 914-921.
6. **Schiavina R., Borghesi M., Guidi M., et al. (2013).** Perioperative Complications and Mortality After Radical Cystectomy When Using a Standardized Reporting Methodology. Clinical Genitourinary Cancer, 11(2): 189-197.
7. **Jerlström T., Gårdmark T., Carringer M., et al. (2014).** Urinary bladder cancer treated with radical cystectomy: Perioperative parameters and early complications prospectively registered in a national population-based database. Scandinavian Journal of Urology, 48(4): 334-340.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG ĐƯA NIỆU QUẢN RA DA ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Vũ Minh Thiện[1], Trần Chí Thanh[2], Đỗ Trường Thành[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2019.

Đối tượng, phương pháp: Mô tả hồi cứu không đối chứng 100 trường hợp ung thư bàng quang được cắt toàn bộ bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Kết quả: 100 bệnh nhân(nam/ nữ: 9/1). Tuổi: <40 (4%), 40-70 (49%), >70 (47%). Lí do đến khám: 99% đái máu. Tỷ lệ thiếu máu 42%. Lý do chỉ định đưa niệu quản ra da: cT4NxMx (36%), cTxM2Nx (23%), không đủ điều kiện toàn trạng (41%). Thời gian phẫu thuật trung bình 90,6±12,1 phút. Thời gian nằm viện trung bình: 12,4 ngày. Biến chứng: 1 bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong do suy kiệt. Giải phẫu bệnh sau mổ: Biểu mô chuyển tiếp (92%). Chất lượng cuộc sống: Tinh thần (Trung bình, kém chiếm 86,84%), thể chất (Trung bình, kém chiếm 84,21%), công việc

[1]*Bệnh viện Giao thông Vận tải*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Vũ Minh Thiện.
Email: Nguyenvuminhthiendr@gmail.com
Ngày nhận bài: 12/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 10/8/2021

(trung bình chiếm 13,16%, kém chiếm 86,84%), quan hệ xã hội (kém và rất kém chiếm 68,42%). 94,95% bệnh nhân đặt ống thông, 4,06% đặt túi hứng nước tiểu. Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu: 85,14%. Hẹp niệu quản: 1,35%. Suy thận: 21,62%. Thời gian sống toàn bộ: 6 tháng (78,1%), 12 tháng (54,5%), 24 tháng (44,5%), 36 tháng (34,5%).

Kết luận: Cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang là an toàn.

Từ khóa: cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da, cắt toàn bộ bàng quang, ung thư bàng quang.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF CUTANEOUS URETEROSTOMY TREAT BLADDER CANCER AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Evaluating the results of cutaneous ureterostomy treat bladder cancer at Viet Đuc Hospital.

Subjects and methods: Retrospective study of 100 cases cutaneous ureterostomy treat bladder cancer at Viet Duc Hospital from 1/2017-12/2019.

Results: 100 patients (male/female: 9/1). Age: < 40 (4%), 40-70 (49%), >70 (47%). Medical examination reason: 99% hematuria. Anemia: 42%. Reason bring the ureter to the skin: cT4NxMx (36%), cTxM2Nx (23%), weak physical condition: 41%. Median surgeon time: 90.6±12.1 minutes. The mean of hospital day: 12.4 days. Symptoms: 1 patient die because heart attack, 2 patients die because exhausted. Postoperative pathology: Transitation cell (92%). Life quality: Emotional well-being (median and least 86.84%), physical well-being (median and least 84.21%), functional well-being (median: 13.16%, least: 86.84%), social/family well- being (least and very least 68.64%). 94.95% patients: catheterization, 4.06% patients: put the collection bag. Urinary track infection: 85.14%. Narrow ureter: 1.35%. Kidney failure: 21.62%. Overall survival: 6 months (78.1%), 12 months (54.5), 24 months (44.5%), 36 months (34.5%).

Conclusion: The cutaneous ureterostomy treat bladder cancer is safe.

Keywords: Cutaneous ureterostomy, radical cystectomy, bladder cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê năm 2008, ung thư bàng quang là loại ung thư hay gặp ở nam giới. Ở nam giới tỷ lệ mắc ung thư bàng quang đứng thứ 7 trong 10 loại ung thư hay gặp nhất[1]. Việc điều trị ung thư bàng quang chủ yếu là phẫu thuật. Điều trị hóa chất chỉ là hỗ trợ. Cắt toàn bộ bàng quang là phương pháp điều trị cơ bản trong ung thư biểu mô đường niệu xâm lấn cơ, u thần kinh nội tiết khu trú ở bàng quang, ung thư tổ chức liên kết ở người lớn[2]. Sau cắt toàn bộ bàng quang, chuyển lưu nước tiểu có thể đưa niệu quản ra da, dẫn lưu ra da qua một đoạn ruột hoặc tạo hình bàng quang khi u còn khu trú ở bàng quang[3]. Chuyển lưu nước tiểu bằng phương pháp đưa niệu quản ra da trong các trường hợp: Ung thư bàng quang giai đoạn T4, di căn hạch, không đủ điều kiện để dẫn lưu nước tiểu ra da qua đoạn ruột hoặc tạo hình bàng quang(bệnh nhân già yếu, không đủ sức khỏe, trình độ phẫu thuật viện, trang thiết bị không đảm bảo), bệnh nhân có bệnh lý về ruột (lao ruột, viêm ruột)[2]. Hiện nay, kỹ thuật chuyển lưu nước tiểu bằng phương pháp Bricker hay tạo hình bàng quang được triển khai khá tốt tại một số cơ sở nhưng

không thể thay thế hoàn toàn được phương pháp trực tiếp hai niệu quản ra da. Phương pháp đưa niệu quản ra da có ưu điểm: kĩ thuật đơn giản, thời gian phẫu thuật ngắn. Mà bệnh nhân ung thư bàng quang chủ yếu đến viện khi đã ở giai đoạn muộn, già yếu, nhiều bệnh lý nền. Tuy nhiên, đưa hai niệu quản ra da có tỷ lệ nhiễm khuẩn, suy thận sau mổ cao, chất lượng cuộc sống bệnh nhân thấp nhất so với phương pháp Bricker và tạo hình bàng quang[4]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2017-12/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 100 trường hợp đã được cắt toàn bộ bàng quang điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2017-12/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán u bàng quang trên CT-Scanner hoặc MRI.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân cắt toàn bộ bàng do nguyên nhân khác.
- Bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang nhưng không tuân thủ điều trị, không đủ hồ sơ bệnh án, không theo dõi được sau mổ.
- Bệnh nhân không đồng ý vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Quy trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, đặt sonde tiểu.
- Bước 1: Cắt toàn bộ bàng quang (Nam giới: Cắt bàng quang, tuyến tiền liệt, túi tinh, ống dẫn tinh. Nữ giới: Cắt bàng quang, tử cung, niệu đạo và 1 phần thành trước âm đạo).
- Bước 2: Vét hạch chậu
- Bước 3: Đưa hai niệu quản ra da

Chăm sóc, theo dõi sau mổ:

- Kháng sinh đường tĩnh mạch 7-10 ngày
- Truyền dịch nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đến khi bệnh nhân ăn bằng miệng
- Rút dẫn lưu Douglas khi dịch dẫn lưu < 20ml/24h, thường 3-4 ngày.
- Thay sonde dẫn lưu niệu quản ra da sau 3 tuần
- Khám lại sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng: Siêu âm bụng, Xquang phổi, xét nghiệm chức năng thận, xét nghiệm nước tiểu.
- Từ năm thứ 2 khám lại sau 6 tháng

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2017 đến 12/2019, tại khoa phâu thuật tiết niệu- Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đã tiến hành cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản da cho 100 trường hợp với kết quả:

3.1. Đặc điểm lâm sàng:

Phân bố số lượng bệnh nhân theo các năm: 2017(29 bệnh nhân), 2018(38 bệnh nhân), 2019(33 bệnh nhân).

Bảng 1.1 Đặc điểm tuổi

Tuổi	n	%
<40	4	4
40-70	49	49
>70	47	47
Tổng	**100**	**100**

Tuổi thấp nhấp là 31 tuổi, cao nhất là 92 tuổi

Giới: Tỷ lệ nam/nữ: 9/1

Lý do đến khám: 99% đến khám do đái máu đại thể, 1% đau hạ vị.

Tiền sử mổ u bàng quang: 59% mổ lần đầu, 40% tiền sử đã phẫu thuật (cắt u nội soi, cắt bàng quang bán phần), 1% cắt tiền liệt tuyến nội soi tại tuyến dưới, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư bàng quang nên chuyển bệnh viện Việt Đức cắt bàng quang toàn bộ.

Có 42 bệnh nhân có thiếu máu trước mổ, chiếm 42%. Không có trường hợp nào phải truyền máu trước mổ.

Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu trước mổ: 25% bệnh nhân có bạch cầu niệu >500.

Nguyên nhân đưa hai niệu quản ra da

Bảng 1.2. Tỷ lệ các nguyên nhân đưa niệu quản ra da

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
cT4NxMx	36	36
cTxM2Nx	23	23
Không đủ điều kiện toàn trạng	41	41
Bệnh lý đường ruột	0	0
Tổng	**100**	**100**

3.2. Kết quả phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật: Trung bình 90,6± 12,1(phút)

Tai biến trong mổ: Không có bệnh nhân nào tổn thương mạch máu lớn, không có bệnh nhân nào thủng ống tiêu hóa.

Bệnh nhân tử vong do phẫu thuật: 1 bệnh nhân tử vong ngày thứ 6 do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong tại nhà sau ra viện 2 tuần do suy mòn, suy kiệt.

Không có bệnh nhân nào bị áp xe tồn dư, có 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, phải cắt chỉ, đóng lại vết mổ thì 2.

2 bệnh nhân phải truyền máu sau mổ, chiếm 2%.

Không có bệnh nhân nào tắc ruột sớm sau mổ

Có 1 bệnh nhân phải lọc máu sau mổ, bệnh nhân này có tiền sử suy thận lọc máu chu kỳ trước đó.

Không có trường hợp nào hoại tử niệu quản.

Bảng 2.1 Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	N	Tỷ lệ %
<10	39	39
10-15	28	28
16-20	18	18
>20	15	15
Tổng	**100**	**100**

Thời gian nằm viện trung bình 12,4 ngày.

Bảng 2.2 Đặc điểm giai đoạn bệnh sau mổ

Giai đoạn bệnh sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
PTaNxMx	2	2
pT1NxMx	6	6
pT2NxMx	14	14
pT3NxMx	44	44
pT4NxMx	34	34
Tổng	**100**	**100**

Bảng 2.3 Đặc điểm mô bệnh học sau mổ

Giải phẫu bệnh sau mổ	Số lượng	Tỷ lệ %
BM chuyển tiếp	92	92
BM Tuyến	4	4
BM Vảy	3	3
Sarcomma	1	1
Tổng	**100**	**100**

Chủ yếu là ung thư biểu mô chuyển tiếp có 92 bệnh nhân, chiếm 92%

Có 1 bệnh nhân là ung thư cơ sarcoma.

Chất lượng cuộc sống: có 74/100 bệnh nhân liên hệ được, thì có 38 bệnh nhân còn sống.

Bảng 2.4 Đặc điểm chất lượng sống

Chất lượng sống	Tỷ lệ %
Tinh thần	
Tốt	13,16
Trung bình, kém	86,84
Thể chất	
Tốt	15,79
Trung bình, kém	84,21
Công việc	
Tốt	0
Trung bình	13,16
Kém, rất kém	86,84
Quan hệ xã hội	
Trung bình	31,58
Kém, rất kém	68,42

Phương tiện hứng nước tiểu: 95,94% bệnh nhân đặt ống thông, 4,06% bệnh nhân đặt túi hứng nước tiểu

Bảng 2.5 Biến chứng xa

	Nhiễm khuẩn tiết niệu	Nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát	Hẹp niệu quản	Suy thận	Bán tắc ruột
Có	63	49	1	16	1
Không	11	25	73	58	73
Tỷ lệ các biến chứng (%)	85,14	66,22	1,35	21,62	1,35
Tổng	**74**	**74**	**74**	**74**	**74**

Thời gian sống toàn bộ: 6 tháng (78,1%), 12 tháng (54,5%), 24 tháng (44,5%), 36 tháng (34,5%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 100 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ 1/2017 đến 12/2019, chúng tôi thấy:

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Năm 2017 có 29 trường hợp, 2018 có 38 trường hợp, 2019 có 33 trường hợp. Số lượng bệnh nhân ngày càng tăng lên. Theo Phạm Văn Yến[5], 1/2006 đến 7/2008, tại bệnh viện Việt Đức có 90 bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang do ung thư bàng quang nói chung. Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu 67,8±11,2. Tuổi thấp nhất 31, cao nhất là 92. Ung thư bàng quang có thể xuất hiện ở những người trẻ tuổi. Cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da thực hiện tốt cho các bệnh nhân cao tuổi, thể trạng còn tốt. Tỷ lệ nam/ nữ: 9/1. Ta thấy tỷ lệ mắc ở nam cao hơn nữ rất nhiều.

Lý do đến khám chủ yếu là triệu chứng đái máu, cũng tương đương kết quả của các tác giả khác[2][5][6]. Nên các trường hợp đái máu cần được chú ý để phát hiện sớm ung thư bàng quang, tránh bỏ xót.

Một trường hợp có tiền sử cắt tiền liệt tuyến tại tuyến dưới, sau mổ kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đường niệu. Nên đã chuyển bệnh viện Việt Đức để cắt toàn bộ bàng quang. Do đó, cần chú ý tránh chẩn đoán nhầm giữa ung thư bàng quang và ung thư tiền liệt tuyến.

Có 42% bệnh nhân có thiếu máu trước mổ, có 2 ca phải truyền máu trước mổ, chiếm 2%. Do 99% bệnh nhân trong nghiên cứu có đái máu với mức độ khác nhau nên tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu lớn.Theo Phạm Văn Yến, nghiên cứu nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang, có 8,9% bệnh nhân phải truyền máu trước mổ[5].

Nguyên nhân đưa niệu quản ra da của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nhiều nhất ở nhóm toàn trạng không đủ điều kiện để thực hiện các phương pháp chuyển lưu khác(41%). Nguyên nhân Ct4NxMx chiếm 36%, cTxM2Nx chiếm 23%, nguyên nhân do bệnh lý đường ruột không có trường hợp nào. Do tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh nền chiếm tỷ lệ lớn (>70 chiếm 47%) nên nguyên nhân đưa niệu quản ra da chủ yếu là toàn trạng không đảm bảo.

4.2. Kết quả điều trị:

Thời gian mổ trung bình: 90±12(phút), nhanh nhất là 69 phút, lâu nhất là 130 phút. Theo Phạm Văn Yến[5], thời gian trung bình cắt toàn bộ bàng quang là: 89,38 ± 14,17(phút), của phương pháp Bricker là: 185 ± 21(phút), tạo hình bàng quang phương pháp Camey là: 315±21(phút). Thời gian mổ của phương pháp cắt toàn bộ bàng quang ngắn hơn nhiều so với phương pháp Bricker và tạo hình bàng quang nhiều, nên phù hợp cho các trường hợp bệnh nhân già yếu, nhiều bệnh nền không kéo dài được cuộc mổ.

Có 1 bệnh nhân tử vong ngày thứ 6 do nhồi máu cơ tim, 2 bệnh nhân tử vong sau ra viện 2 tuần do suy mòn suy kiệt. Do tỷ lệ bệnh nhân tuổi cao, thể trạng kém, nhiều bệnh lý nền chiếm phần lớn, nên nguy cơ biến chứng toàn thân là khó tránh đươc. Nên làm bilan đầy đủ, siêu âm tim cho tất cả các bệnh nhân tuổi cao, có nguy cơ trên lâm sàng và điện tim. Theo Ysherwary Yfak, trong 60 ca cắt toàn bộ bàng quang thì có 1 trường hợp nhồi máu cơ tim, một trường hợp tắc mạch phổi diện rộng[6].

Không có trường hợp nào tổn thương mạch máu lớn. Theo Trần Chí Thanh, tỷ lệ tổn thương mạch máu lớn của cắt bàng quang chiếm khoảng 4,8%[2].

Có 3 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ, chiếm 3%, phải cắt chỉ làm sạch vết mổ, đóng vết mổ thì 2. Theo Hoàng Minh Đức[7], tỷ lệ này chiếm 11,4%.

Không có trường hợp nào hoại tử niệu quản, không có trường hợp nào hẹp niệu quản trong vòng 3 tháng đầu, không có trường hợp nào thủng ống tiêu hóa, áp xe tồn dư, không có trường hợp nào tắc ruột sớm sau mổ. Do kỹ thuật mổ ngày càng tốt nên tỷ lệ gặp các biến chứng này ngày càng ít, tỷ lệ truyền máu sau mổ cũng ít. Theo Laura và cộng sư (2015), tỷ lệ phải truyền máu sau cắt toàn bộ bàng quang chiếm 2,51%[8]. Thời gian nằm viện trung bình là 14,3±7,3 (ngày).

Mô bệnh học, tế bào chuyển tiếp chiếm 92%. Theo y văn ung thư bàng quang tế bào chuyển tiếp chiếm 90-95%.

Giai đoạn bệnh sau mổ: Ta, T1, T2 chiếm 22%, giai đoạn T3,T4 chiếm 78%. Theo Arman Tsaturyan, cắt toàn bộ bàng quang có tỷ lệ giai đoạn sau mổ T1,T2 chiếm 33,3%. T3,T4 chiếm 66,7%[9].

Chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu tập trung ở mức độ trung bình, kém.Theo Arman Tsutaryan[9], chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản ra da theo thang điểm FACT, mức độ tinh thần(9-23 điểm), thể chất(4-27 điểm), mối quan hệ xã hội(10-25 điểm). Do bệnh nhân mặc cảm khi đeo túi nước tiểu, mặc cảm khi người khác ngửi thấy mùi nước tiểu, cảm thấy phiền hà khi phải thường xuyên đến viện để thay sonde. Tuy điều kiện kinh tế hiện nay đã tốt hơn, phương tiện vệ sinh dễ mua nhưng tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu, ứ mủ vẫn xảy ra thường xuyên gây ảnh hưởng đến chất lượng sống của nhóm bệnh nhân.

Biến chứng xa: Có 1 bệnh nhân bán tắc ruột, nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm 85,14%, nhiễm khuẩn tiết niệu tái phát chiếm 66,22%. Có 1 bệnh nhân bị hép niệu quản không đặt lại được sonde. Do khi tuột sonde, sau 2 ngày bệnh nhân mới đến bệnh viện để đặt lại sonde.

Chăm sóc dẫn lưu: Có 94,95% bệnh nhân dùng ống thông, dùng túi hứng nước tiểu chiếm 4,06%. Do dùng ống thông rẻ, dễ mua, dễ đặt nên chủ yếu bệnh nhân được lựa chọn.

Thời gian sống toàn bộ: Thời gian sống toàn bộ 24 tháng đạt 44,5%, 36 tháng đạt 34,5%. Theo Trần Chí Thanh, thời gian sống toàn bộ của nhóm bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang tạo hình bàng quang phương pháp Abol Enein : 24 tháng đạt 79,6%, 36 tháng đạt 74%[2].

V. KẾT LUẬN

Tuy hiện nay, các phương pháp mổ, kỹ thuật mổ ngày càng tốt, nhưng vẫn không thể thay thế hoàn toàn được phương pháp cắt tòa bộ bàng quang đưa niệu quản ra da. Do phương pháp đưa niệu quản ra da có thời gian mổ ngắn, dễ thực hiện, mà tỷ lệ bệnh nhân già yếu là chủ yếu. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp là tỷ lệ nhiễm khuẩn, suy thận cao, chất lượng sống thấp. Nên trước một bệnh nhân cắt toàn bộ bàng quang cần chỉ định phương pháp chuyển lưu nước tiểu hợp lý để nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ahmedin Jemal, Freddie Bray & Melissa M. Center, et al (2011).** Global Cancer Statistics. American cancer society juornal, 61(2), 69 - 90.
2. **Trần Chí Thanh (2016).** Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp ABOL – ENEIN trong điều trị ung thư bàng quang. Luận án tiến sĩ y học.
3. **Trần Đức Hòe (2003**),” Phẫu thuật cắt bỏ bàng quang, các loại phẫu thuật thay thế tạo hình ruột non- bàng quang, manh tràng- bàng quang”, Kĩ thuật ngoại khoa trong tiết niệu, nxb y học Hà Nội, 617-95
4. **Clifford TG1, Katebian B1, Van Horn CM1, Bazargani ST1, Cai J1, Miranda G1, Daneshmand S1, Djaladat H2 (2018).** Urinary tract infections following radical cystectomy and urinary diversion: a review of 1133 patients. Pubmed.gov

5. **Phạm Văn Yến (2008)"** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học của ung thư bàng quang giai đoạn muộn kết quả sớm của phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ tại bệnh viện Việt Đức". Đề tài bác sỹ chuyên khoa 2
6. **Y Sherwani Afak, B S Wazir, Arì Hamid, et al(2009).** Comparative Study of Various Forms of Urinary Diversion after Radical Cystectomy in Muscle Invasive Carcinoma Urinary Bladder.International journal of Health Sciences,3(1), 3-11
7. **Hoàng Minh Đức, Hoàng Long, Nguyễn Thanh Long** (2013)"Kết quả điều trị cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker trong điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Việt Đức". Tạp chí ngoại khoa Việt Nam, tập 63, số 4 [25]
8. **Laura Izquierdo, Lluis Peri, Priscila Leon, et al(2015)** The role of cystectomy in elderly patients - a multicentre analysis. Bristish journal of urology(116), 73-79
9. **Tsaturyan Arman, Begrotean Mher, et al (2020). "** Assessment of health-related quality of life of male patients with ileal orthotopic neobladder compared to cutaneous ureterostomy". Central European journal of urology(73), 160-166.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG NỘI SOI MỀM DÙNG MỘT LẦN TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Châu Quý Thuận[1], Ngô Xuân Thái[1,2], Lý Hoài Tâm[1], Phạm Đức Minh[1,2], Đinh Lê Quý Văn[1], Nguyễn Thành Tuân[1,2], Hoàng Tiến Đạt[2], Thái Minh Sâm[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu ứng dụng nội soi mềm dùng một lần trong điều trị sỏi đường tiết niệu trên tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên được điều trị bằng nội soi mềm tán sỏi bằng laser holmium tại khoa Ngoại Tiết niệu bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2020 đến 5/2021. Nghiên cứu mô tả báo cáo hàng loạt trường hợp.

Kết quả nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu có 30 trường hợp gồm 17 nam và 13 nữ. Tuổi trung bình 52,4 ± 11,5 tuổi (34-78 tuổi). Kích thước sỏi trung bình 14,44 ± 6,46 mm (4-40) . Số lượng sỏi trung bình 1,3 ± 0,54 (1-3). Sỏi thận phải chiếm 16/29 TH (55,17%), sỏi đài dưới 18/29 TH chiếm 62,07%. Thời gian phẫu thuật trung bình 72,86 ± 42,3 phút (25-190 phút). Thời gian nằm viện trung bình 3,2 ± 1,5 ngày (2-9 ngày). Tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ đạt 80%, biến chứng sau mổ 1 TH là nhiễm khuẩn huyết chiếm 3,33%.

Kết luận: Bước đầu áp dụng nội soi mềm dùng một lần trong điều trị sỏi đường tiết niệu trên tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tỉ lệ sạch sỏi cao và tỉ lệ tai biến-biến chứng thấp.

[1]Bệnh viện Chợ Rẫy
[2]Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh
Liên hệ tác giả: BS. Châu Quý Thuận
Email: drchau63@gmail.com
Ngày nhận bài: 13/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 22/9/2021

Từ khoá: Sỏi đường tiết niệu trên, nội soi mềm dùng một lần.

SUMMARY

APPLICATION OF SINGLE-USE FLEXIBLE URETEROSCOPY LITHOTRIPSY IN TREATMENT OF UPPER URINARY TRACT STONE AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of treatment upper urinary tract stone with digital single-use flexible ureteroscope.

Materials and methods: A case series was performed patients with upper urinary tract stone and treated with digital single-use flexible ureteroscopy and holmium laser lithotripsy at Urology Department of Cho Ray hospital from October 2020 to May 2021.

Results: 30 patients with 17 males and 13 females. The mean age was 52,4 ± 11,5 (range from 34 to 78 years old). Mean stone size was 14,44 ± 6,46 mm (4-40). The most frequent stone location was in lower calyces (62,07%). The mean surgical time was 72,86 ± 42,3 minutes (25-190). The mean hospital stay was 3,2 ± 1,5 days (2-9). The early stone-free rate was 80% and one complication were sepsis.

Conclusion: This study showed that application of digital single-use flexible ureteroscopy lithotripsy in Cho Ray hospital was effective and low complication rate.

Keywords: Upper urinary tract stone, single-use flexible ureteroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo khuyến cáo của Hội Tiết Niệu châu Âu (2021), đối với sỏi thận >20 mm, tán sỏi thận qua da là tiêu chuẩn vàng, sỏi thận ≤ 20 mm, tán sỏi ngoài cơ thể và phẫu thuật trong thận ngược dòng là phương pháp lựa chọn ban đầu [4]. Phẫu thuật trong thận ngược dòng sử dụng ống soi niệu quản mềm đạt tỉ lệ sạch sỏi cao hơn và cần ít thủ thuật để đạt sạch sỏi hơn so với tán sỏi ngoài cơ thể [10]. Tuy nhiên, ngay cả với sỏi thận kích thước >2cm, các nghiên cứu tổng quan hệ thống cho thấy tỉ lệ sạch sỏi có thể lên đến 91% với khoảng 1,45 thủ thuật trên bệnh nhân với tỉ lệ biến chứng thấp so với tán sỏi thận qua da [3],[7].

Sự phát triển phương pháp nội soi mềm (NSM) tán sỏi liên quan mật thiết với những cải tiến về kỹ thuật như thu nhỏ ống nội soi, cải thiện cơ chế gập của ống soi mềm, nâng cao chất lượng quang học và đặc biệt là máy NSM dùng một lần dẫn đến tăng tần suất sử dụng [4]. Máy NSM dùng một lần ra đời nhằm cải thiện những hạn chế của máy NSM dùng nhiều lần như vấn đề tiệt khuẩn máy, chi phí sữa chữa máy, chất lượng và sự sẵn có của máy khi sữa chữa [6]. Davis và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu tổng quan so sánh giữa hiệu quả trên điều trị sỏi thận giữa máy NSM dùng một lần và nhiều lần cho thấy tỉ lệ sạch sỏi cũng như tỉ lệ tai biến, biến chứng ngang nhau [5].

Tại Việt Nam, tán sỏi ngược dòng bằng NSM được thực hiện tại bệnh viện Bình Dân từ 2009 và dần dần được áp dụng tại các trung tâm tiết niệu lớn với kết quả khả quan. Năm 2021, Phạm Ngọc Hùng và cộng sự báo cáo 19 trường hợp (TH) sỏi thận điều trị bằng NSM dùng một lần tại Bệnh viện Trung Ương Huế với kích thước sỏi trung bình 16,12±8,9mm trong đó sỏi đài dưới chiếm 50%, với tỉ lệ thành công sau lần đầu can thiệp 90% và không có biến chứng sau mổ [12]. Kết quả cho thấy NSM dùng một lần tán sỏi có hiệu quả cao trong điều trị sỏi thận. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã triển khai điều trị sỏi thận bằng tán sỏi ngược dòng bằng NSM dùng một lần từ năm 2020 và tiến hành nghiên cứu đánh giá: Kết quả bước đầu ứng dụng nội soi mềm dùng một

lần trong điều trị sỏi đường tiết niệu trên tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả báo cáo hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận và/hoặc sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên được điều trị bằng tán sỏi nội soi ống niệu quản ống mềm dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9/2020–5/2021. Các trường hợp chống chỉ định như: chống chỉ định chung gây mê, hẹp niệu đạo, hẹp niệu quản, nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị, suy thận được loại khỏi nghiên cứu.

Quy trình phẫu thuật

Dụng cụ phẫu thuật: Dàn máy nội soi tiết niệu Sony&Olympus; máy tán sỏi Laser Raykeen với sợi Laser tán sỏi 272 µm; ống soi niệu quản bán cứng 7,5/9,5Fr; ống soi niệu quản mềm dùng một lần Uscope PU3022® 9,5Fr với kênh thao tác 3,6Fr, gập được hai hướng 270 độ; giá đỡ niệu quản có kênh hút ClearPetra® đường kính 10/12Fr, chiều dài 36cm hoặc 46cm tuỳ bệnh nhân; máy bơm nước Storz, dây dẫn đường ưa nước PTFE 0,035 inch đầu thẳng, cong và ống thông JJ 6-7Fr, rọ lấy sỏi nitinol 2,4Fr.

Hình 1. Bộ dụng cụ NSM tán sỏi

Các bước tiến hành: Gây mê toàn thân nội khí quản. BN nằm tư thế tán sỏi, soi bàng quang đánh giá vị trí, hình dạng hai miệng NQ. Soi niệu quản bằng máy soi niệu quản bán cứng với dây dẫn đường lên khúc nối bể thận-NQ đánh giá tình trạng NQ đồng thời giúp nong gián tiếp NQ. Đặt giá đỡ NQ trượt trên dây dẫn lên vị trí cách khúc nối bể thận-NQ khoảng 1cm. Rút dây dẫn, đưa ống soi mềm theo giá đỡ NQ bể thận xác định vị trí, số lượng, kích thước sỏi và cấu trúc giải phẫu đài bể thận. Nếu sỏi thận đài dưới có thể tán trực tiếp thành vụn hoặc chuyển sang các đài thận thuận lợi bằng rọ. Tán sỏi bằng Laser Holmium thành vụn nhỏ, có thể dùng rọ nitinol lấy sỏi. Kiểm tra các đài thận sạch sỏi, rút máy NSM. Đặt thông JJ theo dây dẫn đường. Đặt thông niệu đạo lưu.

Sau mổ: thông niệu đạo rút sau 1-2 ngày và xuất viện sau mổ 2-3 ngày và hẹn tái khám sau 1 tháng kiểm tra sạch sỏi và rút thông JJ.

Đánh giá tình trạng sạch sỏi:

- Theo tác giả Miller có đến 95% sỏi <4 mm sẽ được tống xuất trong vòng 40 ngày [11]. BN được chụp KUB kiểm tra sau mổ 1-2 ngày, sạch sỏi khi không còn mảnh sỏi ≥ 4mm.

- Sót sỏi sau mổ: các trường hợp còn sót sỏi ≥ 4mm trên phim KUB hoặc siêu âm thận sau mổ.

Đánh giá tai biến-biến chứng theo phân độ Clavien-Dindo cải biên [1]:

- Tai biến lúc mổ: chảy máu, tổn thương NQ, trầy xước niêm mạc NQ, thủng NQ, tổn thương NQ do nhiệt hoặc cơ học khi tán sỏi, đứt NQ.

- Biến chứng sớm sau mổ: thoát nước tiểu ra ngoài hoặc nang giả niệu, tắc NQ do chuỗi sỏi hoặc máu cục, chảy máu, thuyên tắc tĩnh mạch sâu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết, choáng nhiễm khuẩn.

- Biến chứng muộn sau mổ: hẹp NQ, hẹp niệu đạo, ngược dòng bàng quang niệu quản.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật và theo dõi 30 BN sỏi đường tiết niệu trên.

Mẫu nghiên cứu: 30 BN, gồm 13 nữ, 17 nam.

Tuổi trung bình: 52,4 ± 11,5 tuổi (34-78 tuổi).

Tiền sử bệnh nhân

Bảng 10. Tiền căn sỏi của bệnh nhân

Tiền sử BN có sỏi	Số BN	Tỷ lệ %
Không có sỏi	11	36,67%
Sỏi thận	15	50%
Sỏi niệu quản	3	10%
Sỏi thận + sỏi niệu quản	1	3,33%
Tổng cộng	**30**	**100%**

Bảng 11. Tiền căn điều trị sỏi của bệnh nhân

Tiền sử	Số BN	Tỷ lệ %
Không điều trị	3	15,79%
Nội soi tán sỏi	3	15,79%
Tán sỏi ngoài cơ thể	3	15,79%
Mổ mở lấy sỏi thận	5	26,32%
Đặt thông JJ	4	21,05%
Tán sỏi thận qua da + mổ mở	1	4,55%
Tổng cộng	**19**	**100%**

Có 19/30 BN (63,33%) là sỏi tái phát, với 12/30 TH (40%) có điều trị lấy sỏi trước đó, trong đó mổ mở chiếm tỉ lệ cao nhất 26,32% TH. Còn lại 3/19 TH không điều trị và 4/19 TH (21,05%) đặt thông JJ trong đó 3 TH thận ứ nước nhiễm khuẩn và 1 trường hợp còn lại choáng nhiễm khuẩn, đã điều trị nội khoa và đặt thông JJ.

Lý do nhập viện

Bảng 12. Lý do nhập viện

Lý do NV	Số BN	Tỉ lệ
Đau hông lưng	28	93,33%
Tiểu máu	1	3,33%
Tình cờ phát hiện	1	3,33%
Tổng số	**30**	**100%**

BN nhập viện hầu hết do đau hông lưng 25/30 TH (83,33%), tiểu máu và tình cờ phát hiện sỏi chiếm 3,33%.

Đặc điểm sỏi:

Bảng 13. Đặc điểm về sỏi

Vị trí sỏi	Giá trị	Tỷ lệ %
Sỏi thận	19	63,33%
Sỏi thận + sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên	7	23,33%
Sỏi thận + sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa và dưới	3	10%
Sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên	1	3,33%
Sỏi bên		
Phải	17	56,66%
Trái	13	43,33%
Vị trí thận có sỏi		
Sỏi bể thận	4	13,33%
Sỏi đài giữa	6	20%
Sỏi đài dưới	12	40%
Sỏi bể thận + đài dưới	5	16,67%
Sỏi đài giữa + đài dưới	2	6,67%
Số lượng sỏi (viên) Trung bình	1,3 ± 0,54 (1-3)	
Kích thước sỏi lớn nhất (mm) Trung bình	14,44 ± 6,46 mm (4-40)	
Độ ứ nước thận		
Không ứ nước	15	50%
Độ 1	10	33,33%
Độ 2	5	16,67%

Có 10/30 TH (33,33%) sỏi thận và sỏi niệu quản đồng thời, 19/30 TH (63,33%) sỏi thận đơn độc và 1 TH (3,33%) sỏi niệu quản đoạn 1/3 trên.

Về vị trí sỏi, sỏi thận phải có 17/30 TH chiếm 56,66%, sỏi thận đài dưới chiếm 19/30 TH chiếm 63,33%. Kích thước sỏi trung bình 14,44 ± 6,46 mm (4-40 mm) với sỏi <10mm

có 4/30 TH (13,33%) , sỏi 1-2 cm có 24/30 TH (80%) và 2 TH sỏi > 20mm chiếm 6,66%.

Có 16/30 TH (53,33%) có đặt thông JJ trước mổ, với thận ứ nước nhiễm khuẩn chiếm 7/16 TH (43,75%), đặt chuẩn bị 2 tuần trước phẫu thuật theo ý kiến phẫu thuật viên chiếm 8/16 TH (50%) và 1/16 TH (6,25%) do cơn đau quặn thận.

Diễn tiến trong mổ

Trong mổ, có 30/30 TH đều đặt được giá đỡ NQ. Thời gian phẫu thuật trung bình 72,86 ± 42,3 phút, thấp nhất 25 phút và dài nhất 190 phút. Năng lượng Laser trung bình 1,645 ± 0,33 J và tần số trung bình 21 ± 2,05 Hz. Sau khi tán sỏi, kéo sỏi bằng rọ trong 8/30 TH chiếm 26,6%. Không ghi nhận tai biến trong mổ và có 1 TH nhiễm khuẩn huyết sau mổ.

Tỉ lệ sạch sỏi sớm sau mổ với cận lâm sàng chụp phim X-quang hệ tiết niệu (KUB) hoặc siêu âm hệ tiết niệu là 24/30 BN, chiếm tỉ lệ 80%. Với sỏi thận đài dưới, có 16/18 BN sạch sỏi sau mổ chiếm tỉ lệ 88,8%.

Bảng 14. Diễn tiến trong mổ

Kết quả điều trị	Giá trị	Tỉ lệ %
Thời gian phẫu thuật (phút)	72,86 ± 42,3 phút (25-190 phút)	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	3,2 ± 1,5 ngày (2-9 ngày)	
Kéo sỏi bằng rọ	8/30	26,67%
Năng lượng (J)	1,645 ± 0,33 (1-2,5 J)	
Tần số (Hz)	21 ± 2,05 (20-25 Hz)	
Tai biến trong mổ	0	0%
Biến chứng sớm sau mổ Nhiễm khuẩn huyết	1/30	3,33%
Tỉ lệ sạch sỏi sau mổ	24/30 BN	80%
Tỉ lệ sạch sỏi với sỏi thận đài dưới	16/18 BN	88,8%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 52,4 ± 11,5 tuổi (34-78 tuổi), nam giới chiếm 56,66% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Johnstone độ tuổi trung bình là 57 tuổi (17-84 tuổi), với nam chiếm 55% [9]. Trong nghiên cứu của tác giả Phan Trường Bảo, độ tuổi trung bình là 53,2 ±10,7 (27- 75 tuổi) với nam chiếm 43,33% [13].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sỏi thận tái phát chiếm 63,3%, trong đó 40% có ít nhất một lần điều trị lấy sỏi trước đó. So với tác giả Phan Trường Bảo, tỉ lệ BN có tiền căn can thiệp trước đó chiếm 85% với phương pháp mổ mở lấy sỏi chiếm đa số. Theo nghiên cứu của tác giả Zeng, trong 80 TH điều trị sỏi thận đài dưới, có 41,3% BN có tiền căn phẫu thuật trước đó, với nội soi tán sỏi và tán sỏi thận qua da chiếm lần lượt 18,8% và 15% [15]. Các trường hợp sỏi tái phát nên được phân tích thành phần sỏi để có hướng điều trị phòng ngừa tái phát.

Đặt thông JJ trước mổ theo nghiên cứu chiếm 53,33%, trong đó lý do chính là thận ứ nước nhiễm khuẩn và chuẩn bị phẫu thuật

theo ý kiến phẫu thuật viên. Đặt thông JJ trước mổ từ 7 đến 14 ngày giúp dãn niệu quản thụ động, tăng khả năng tiếp cận niệu quản, tăng tỉ lệ sạch sỏi và giảm tai biến trong mổ, tuy nhiên không khuyến cáo đặt thường quy [4].

Chỉ định tán sỏi thận nội soi

Sỏi thận đơn thuần chiếm 63,33% và 33,33% có sỏi thận và sỏi niệu quản cùng bên đồng thời. Trong các TH sỏi thận, có đến 62% TH sỏi thận đài dưới chiếm tỉ lệ cao nhất, đây cũng là ưu điểm chính của tán sỏi NSM so với tán sỏi ngoài cơ thể. Nghiên cứu của tác giả Phan Trường Bảo ghi nhận sỏi thận đài dưới chiếm 86,7% TH [13]. Nghiên cứu của Thomas James Johnston cũng ghi nhận sỏi thận chiếm 80% TH và 20% TH sỏi niệu quản, trong đó sỏi thận đài dưới chiếm 48,8% và sỏi bể thận chiếm 28,8% TH sỏi thận [9].

Tỉ lệ sạch sỏi

Kích thước sỏi lớn nhất là 14,44 ± 6,46 mm (4-40mm) với sỏi kích thước 10-20mm chiếm tỉ lệ 80%. Số lượng sỏi trung bình là 1,3 ± 0,54 viên (1-3 viên), tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ đạt 80%, đặc biệt với sỏi đài dưới đạt 88,8%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hùng và Hoàng Long đạt tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ lần lượt 90% và 91,3% [8],[12]. Trong nghiên cứu của tác giả Zeng, với kích thước sỏi trung bình 14,3 mm, tỉ lệ sạch sỏi tức thì đạt 71,2% và sau 3 tháng đạt 82,5% [15]. Tuy nhiên, đánh giá sót sỏi trong tuần đầu sau mổ có thể dương tính giả do bụi sỏi hoặc mảnh sỏi vụn có thể tống xuất tự nhiên mà không gây triệu chứng hoặc dẫn đến điều trị quá tay. Do đó, đánh giá sau mổ 4 tuần dường như thích hợp nhất [4].

Tỉ lệ tai biến-biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 1 TH biến chứng sớm sau mổ chiếm 3,33% là nhiễm khuẩn huyết. Bệnh nhân trước mổ có bạch cầu máu trong giới hạn bình thường, bạch cầu niệu và nitrit nước tiểu âm tính, cấy nước tiểu không thấy vi khuẩn mọc, được dùng kháng sinh dự phòng. Sỏi thận đài giữa 5mm và đài dưới 2cm, tán sỏi khó khăn do cổ đài dưới hẹp, thời gian tán NSM 90 phút. Ngay sau kết thúc phẫu thuật, BN ghi nhận tụt huyết áp, không sốt, được hồi sức, nâng bậc kháng sinh Ertapenem và Amikacin, sau đó sinh hiệu trở về bình thường. Sau mổ, bạch cầu máu tăng 20 G/L, sau đó giảm còn 13 G/L, không được thử tổng phân tích nước tiểu, kết quả cấy máu và cấy nước tiểu sau mổ âm tính. BN được điều trị kháng sinh trong 7 ngày, sau đó xuất viện. Nghiên cứu của tác giả Cagri Senocak trên 492 TH, ghi nhận 8,5% nhiễm khuẩn đường tiết niệu sau mổ với 5 BN (1%) chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết [14]. Tuy nhiên, đây vẫn là phương pháp với tỉ lệ biến chứng thấp, so sánh các nghiên cứu của tác giả Hoàng Long có 9,5% có sốt nhẹ sau mổ, phân loại Clavien Dindo độ 1; nghiên cứu của tác giả Phạm Ngọc Hùng không ghi nhận biến chứng sau mổ [8],[12].

Không sử dụng màn huỳnh quang tăng sáng C-arm

Trong thực hành ứng dụng phẫu thuật trong thận ngược dòng, màn huỳnh quang tăng sáng C-arm phải sẵn có và được dùng để hỗ trợ đặt guidewire, đặt giá đỡ NQ và định vị sỏi [4]. Tuy nhiên, trong điều kiện không sẵn có, tán sỏi bằng NSM có thể thực hiện không có C-arm vẫn chứng minh được an toàn qua nghiên cứu của tác giả Alma và Ercil hồi cứu trên 190 BN được NSM tán sỏi, trong đó 103 BN có dùng C-arm và 87

BN không có C-arm, tỉ lệ sạch sỏi và biến chứng sau mổ khác biệt không có ý nghĩa thống kê và tác giả kết luận phẫu thuật trong thận ngược dòng không C-arm có tỉ lệ thành công cao, có thể áp dụng để bảo vệ BN và phẫu thuật viên đặc biệt ở những trung tâm có số lượng BN lớn [2]. Chúng tôi thực hiện đặt giá đỡ NQ trực tiếp trượt trên guidewire không sử dụng C-arm, hầu hết các trường hợp đều đặt được giá đỡ NQ an toàn.

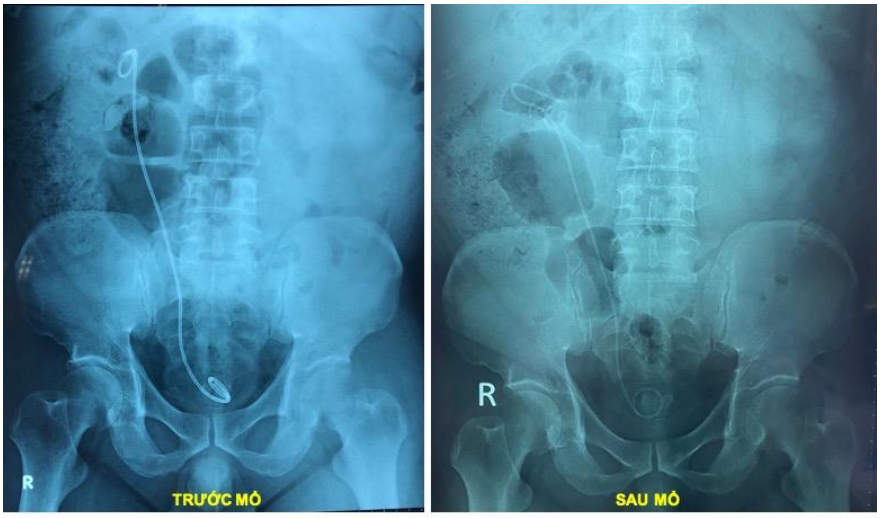
Thời gian sử dụng máy NSM

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sử dụng NSM là 72,86 ± 42,3 phút, nhanh nhất 25 phút và lâu nhất là 190 phút. Trường hợp lâu nhất là trường hợp tán lần 2 trên BN đã thực hiện tán sỏi bằng NSM. So sánh với các tác giả Hoàng Long và Phạm Ngọc Hùng, thời gian tán sỏi trung bình là 58,31 ± 23,16 phút (từ 25 - 120 phút) và 36,3 ± 18,08 phút (từ 12 - 70 phút) [8],[12].

Sỏi thận gánh nặng sỏi lớn

Mặc dù hướng dẫn của Hội Tiết niệu Châu Âu, tán sỏi thận qua da là tiêu chuẩn vàng điều trị sỏi thận >20mm, tuy nhiên với sự phát triển kỹ thuật và dụng cụ thế hệ mới của NSM, đã có nhiều nghiên cứu thực hiện với sỏi thận >2cm. Tác giả Robert Geraghty báo cáo nghiên cứu tổng quan điều trị sỏi thận > 2cm với tán sỏi NSM, tỉ lệ sạch sỏi đạt trung bình 91% (77-97,5%) với trung bình 1,45 thủ thuật (1,11-1,82 thủ thuật) trên BN [4],[7].

Chúng tôi có 1 TH: BN nam, 50 tuổi, có tiền căn sỏi thận phải đã mổ hở 2 lần cách nhập viện 10 năm. Lý do nhập viện là đau hông lưng phải, được chẩn đoán sỏi thận phải tái phát, gánh nặng sỏi 40x14 mm. BN được chỉ định đặt thông JJ trước mổ cách 1 tháng để chuẩn bị tán sỏi NSM. Chúng tôi soi niệu quản bằng máy soi bán cứng, tiếp cận được sỏi và tán một phần sỏi bể thận. Sau đó, đặt giá đỡ NQ, đưa máy NSM tán hết phần sỏi còn lại khoảng 20x15mm. Năng lượng tán 2 J, tần số 20Hz, tổng năng lượng là 40 Watt, áp lực nước trong thận 40cmH_20. Thám sát các đài thận không còn sỏi. đặt thông JJ 6 Fr. Thời gian phẫu thuật 140 phút. Phim KUB sau mổ 1 ngày chỉ còn mảnh sỏi vụn 2 mm. Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Rút thông niệu đạo ngày 2 và BN được xuất viện sau 2 ngày.



Hình 2. Phim KUB trước và sau mổ bệnh nhân L.T.T.

V. KẾT LUẬN

Nội soi mềm tán sỏi, đặc biệt là sử dụng NSM dùng một lần là phương pháp an toàn và hiệu quả điều trị sỏi đường tiết niệu trên với tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sớm. Đây là phương pháp điều trị kỹ thuật cao nhưng chưa được áp dụng rộng rãi tại các bệnh viện, tuy nhiên điều trị xâm lấn tối thiểu là xu thế trên thế giới và Việt Nam không phải ngoại lệ. Nghiên cứu đánh giá áp dụng NSM dùng một lần tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy kết quả khả quan, tuy nhiên, cần có các nghiên cứu với số lượng lớn và thời gian theo dõi lâu hơn để đánh giá về phương pháp này tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abbott J.E. and Sur R.L. (2019),** "Ureteroscopy Complications", in Smith's Textbook of Endourology, pp. 653-667.
2. **Alma E. and Ercil H. (2019),** "Comparison of Two Different Retrograde Intrarenal Surgical Techniques: Is It Mandatory to Use Fluoroscopy During Retrograde Intrarenal Surgery?", Urol J, Vol. 16(5), pp. 443-447.
3. **Binbay M., Yuruk E., Akman T., Ozgor F., Seyrek M., Ozkuvanci U., Berberoglu Y., and Muslumanoglu A.Y. (2010),** "Is there a difference in outcomes between digital and fiberoptic flexible ureterorenoscopy procedures?", J Endourol, Vol. 24(12), pp. 1929-34.
4. **C. Türk, A. Neisius A.P., C. Seitz A.S., B. Somani K.T., and Gambaro G. (2021),** "EAU Guidelines on Urolithiasis", European association of urology.
5. **Davis N., Quinlan M., Browne C., Bhatt N., Manecksha R., D'Arcy F., and Bolton D. (2018),** "Single-use flexible ureteropyeloscopy: a systematic review", World Journal of Urology, Vol. 36.
6. **Emiliani E. and Traxer O. (2017**), "Single use and disposable flexible ureteroscopes", Curr Opin Urol, Vol. 27(2), pp. 176-181.
7. **Geraghty R., Abourmarzouk O., Rai B., Biyani C.S., Rukin N.J., and Somani B.K. (2015),** "Evidence for Ureterorenoscopy and Laser Fragmentation (URSL) for Large Renal Stones in the Modern Era", Curr Urol Rep, Vol. 16(8), pp. 54.
8. **Hoàng Long, Trần Quốc Hoà, Chu Văn Lâm, Ngô Đậu Quyền, and Phạm Đức Huấn (2018**), "Hiệu quả ứng dụng nội soi ngược dòng ống mềm điều trị sỏi thận", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 22(4), pp. 213-220.
9. **Johnston T.J., Baard J., de la Rosette J., Doizi S., Giusti G., Knoll T., Proietti S., Brehmer M., Emiliani E., Pérez-Fentes D., Osther P.J.S., Seitz C., Neal N., Turney B., Hasan M., Traxer O., and Wiseman O. (2018),** "A clinical evaluation of the new digital single-use flexible ureteroscope (UscopePU3022): an international prospective multicentered study", Cent European J Urol, Vol. 71(4), pp. 453-461.
10. **Junbo L., Yugen L., Guo J., Jing H., Ruichao Y., and Tao W. (2019**), "Retrograde Intrarenal Surgery vs. Percutaneous Nephrolithotomy vs. Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy for Lower Pole Renal Stones 10-20 mm : A Meta-analysis and Systematic Review", Urol J, Vol. 16(2), pp. 97-106.
11. **Miller O.F. and Kane C.J. (1999**), "Time to stone passage for observed ureteral calculi: a guide for patient education", J Urol, Vol. 162(3 Pt 1), pp. 688-90; discussion 690-1.
12. **Phạm Ngọc Hùng, Phan Hữu Quốc Việt, Cao Xuân Thành, Trương Văn Cấn,**

Nguyễn Kim Tuấn, Nguyễn Văn Quốc Anh, Trương Minh Tuấn, and Lê Đình Khánh (2021), "Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi niệu quản ngược dòng ống mềm sử dụng một lần tại Bệnh viện Trung ương Huế", Tạp chí Y dược học, (Số đặc biệt), pp. 382-386.

13. **Phan Trường Bảo (2016),** Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y dược TPHCM.
14. **Senocak C., Ozcan C., Sahin T., Yilmaz G., Ozyuvali E., Sarikaya S., Resorlu B., Oguz U., Bozkurt O.F., Unsal A., and Adsan O. (2018),** "Risk Factors of Infectious Complications after Flexible Uretero-renoscopy with Laser Lithotripsy", Urol J, Vol. 15(4), pp. 158-163.
15. **Zeng G., Zhang T., Agrawal M., He X., Zhang W., Xiao K., Li H., Li X., Xu C., Yang S., de la Rosette J.J., Fan J., Zhu W., and Sarica K. (2018),** "Super-mini percutaneous nephrolithotomy (SMP) vs retrograde intrarenal surgery for the treatment of 1–2 cm lower-pole renal calculi: an international multicentre randomised controlled trial", BJU International, Vol. 122(6), pp. 1034-1040.

KHẢO SÁT TÍNH KHÁNG KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG VI KHUẨN GÂY NHIỄM KHUẨN ĐƯỜNG TIẾT NIỆU PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN (1/2020 – 12/2020)

Quế Anh Trâm[1], Lê Nguyễn Minh Hoa[2], Trần Anh Đào[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm xác định sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được.

Đối tượng và phương pháp: Các chủng VK gây nhiễm khuẩn đương tiết niệu phân lập được tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/2020 đến 12/2020. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Kết quả: Phân lập được 377 chủng vi khuẩn gây NKĐTN, trong đó, E. coli 38,48%; P. aeruginosa 14,15%; K. pneumoniae 13,32%. E. coli: kháng các kháng sinh cephalosporine, quinolones với tỷ lệ dao động từ 60-63,8%, Carbapenem 4,5 – 6,2%, sinh ESBL 49,4%. P. aeruginosa: đã kháng các kháng sinh thử nghiệm từ 59,1%-69,2%. K. pneumoniae: kháng nhóm Cephalosporin, Quinolone dao động từ 66,7-74,6%, đề kháng với Carbapenem từ 46,0 – 50,8%.

Kết luận: Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là E. coli (38,48%), P. aeruginosa (14,15%), K. pneumoniae (13,32%). Các vi khuẩn phân lập được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn tiết niệu, E. coli, Klebsiella, P. aeruginosa

[1]*Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An*
[2]*Bệnh viện Nhiệt đới Trung Ương*
Tác giả liên hệ: ThS. Trần Anh Đào.
Email: anhdaodhv@gmail.com
Ngày nhận bài: 15/7/2021
Ngày phản biện: 25/7/2021
Ngày duyệt bài: 27/7/2021

SUMMARY

SURVEY ON ANTIBIOTIC RESISTANCE OF BACTERIAL STRAINS CAUSING URINARY TRACT INFECTIONS ISOLATED AT NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL (1/2020 - 12/2020)

Objectives: This study aims to determine the antibiotic resistance of isolated bacterial strains.

Subjects and methods: Bacterial strains causing urinary tract infections were isolated at Nghe An General Friendship Hospital from 1/2020 to 12/2020. Study design: Descriptive cross section.

Results: 377 bacterial strains causing UTIs were isolated, of which, E. coli 38.48%; P. aeruginosa 14.15%; K. pneumoniae 13.32%. E. coli: resistant to cephalosporin antibiotics, resistant to quinolones from 60-63.8%, Carbapenem 4.5 - 6.2%, ESBL production 49.4%. P. aeruginosa: was resistant to the tested antibiotics from 59.1%-69.2%. K. pneumoniae: resistance to Cephalosporins, Quinolones from 66.7 to 74.6%, resistance to Carbapenem from 46.0 to 50.8%.

Conclusion: Common bacteria causing urinary tract infections at Nghe An Friendship General Hospital were E. coli (38.48%), P. aeruginosa (14.15%), K. pneumoniae (13.32%).The isolates were resistant to many commonly used antibiotics to varying degrees.

Keywords: Urinary Tract infections, E. coli, Klebsiella, P. aeruginosa.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) là một trong những bệnh truyền nhiễm phổ biến nhất, gây ra một gánh nặng tài chính đáng kể cho xã hội. Nhiễm khuẩn tiết niệu có thể tái diễn nhiều lần nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả. Các căn nguyên gây NKĐTN rất đa dạng, bao gồm virus, ký sinh trùng, nấm, vi khuẩn (VK). Trong đó, tác nhân vi khuẩn được nghiên cứu và đề cập nhiều hơn cả [1-3].

Hiện trạng, sức đề kháng của vi khuẩn là đáng báo động. Ở Việt Nam cũng đã có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này [1]. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu gần đây của các tác giả trong và ngoài nước đã cho thấy tỉ lệ vi khuẩn gây bệnh đề kháng kháng sinh ngày càng cao và có tính chất đa đề kháng, gây ra không ít khó khăn cho việc điều trị.

Vì vậy, việc xác định đúng căn nguyên gây NKĐTN và mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các vi khuẩn sẽ giúp cho việc điều trị có hiệu quả, giảm được chi phí điều trị, hạn chế sự gia tăng vi khuẩn đề kháng kháng sinh [1].

Chính vì các lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này, với mục tiêu: Xác định tỷ lệ các loài vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp; Khảo sát sự đề kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là các mẫu nước tiểu của các bệnh nhân được chẩn đoán NKĐTN, các mẫu nuôi cấy dương tính được định danh vi khuẩn/nấm và làm kháng sinh đồ tại bệnh viên Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ 1/2020 đến 12/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các mẫu nước tiểu được đạt tiêu chí nhận mẫu: mẫu nước tiểu giữa dòng, đựng trong tube theo quy định, giao cho phòng xét nghiệm không quá 2 giờ từ khi lấy mẫu. Mẫu có đầy đủ thông tin của bệnh nhân (họ tên, tuổi, mã số bệnh nhân, khoa/phòng, ngày/giờ lấy mẫu) theo quy định.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các mẫu không đạt tiêu chuẩn lựa chọn, các mẫu nhiễm bẩn sau khi nuôi cấy thì được yêu lấy lại mẫu mới để đánh giá lại, chỉ chấp nhận kết quả khi mẫu cấy mới không bị nhiễm bẩn.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, cắt ngang mô tả

- Phương pháp thu thập bệnh phẩm và nuôi cấy bệnh phẩm nước tiểu: Theo quy trình "Cấy nước tiểu" của Bộ Y tế năm 2017 (Trang 138, Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng, Ban hành kèm theo Quyết định số 1539/QĐ-BYT ngày 20/4/2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

- Phương pháp định danh: Bằng hệ thống Vitek 02 compact, Hãng BioMerieux.

- Làm kháng sinh đồ: Theo phương pháp Kirby – Bauer (Khoanh giấy khuếch tán). Kết quả phiên giải theo tiêu chuẩn Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) cập nhật hàng năm.

- Dữ liệu liên quan được thu thập, quản lý và phân tích bằng phần mềm dành cho các thử nghiệm kháng sinh đồ Whonet 5.6

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ ngày 01/2020 đến hết ngày 12/2020, nghiên cứu từ 2044 mẫu nước tiểu của 1812 bệnh nhân khám và điều trị, thu được các kết quả: 535 mẫu nước tiểu dương tính, phân lập được 585 chủng vi khuẩn/vi nấm gây bệnh, trong đó có 50 mẫu phân lập được 2 loại vi khuẩn, vi nấm. Có 112 chủng Candida sp. và 473 chủng vi khuẩn gây bệnh được phân lập.

Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn nước tiểu dương tính

Bảng 1. Tỷ lệ cấy nước tiểu dương tính

Kết quả	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)	Số mẫu	Tỷ lệ (%)
Dương tính	487	26,88	535	26,17
Âm tính	1325	73,12	1509	73,83
Tổng	**1812**	**100**	**2044**	**100**

Số bệnh nhân nuôi cấy dương tính là 487 (26,88%) số mẫu dương tính là 535 (26,17%).

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân nuôi cấy vi khuẩn dương tính theo độ tuổi (n=1812)

Nhóm tuổi	Âm tính		Dương tính		p
	n	%	n	%	
≤50	396	29,89	111	22,79	0,003
>50	929	70,11	376	77,21	
Tổng	**1325**	**100**	**487**	**100**	

Độ tuổi thường gặp NKĐTN nhất là trên 50 tuổi. Sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nuôi cấy vi khuẩn dương tính theo giới tính (n=1812)

Giới / Kết quả	Nam		Nữ		p	OR
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)		
Dương tính	262	25,61	225	28,52	0,092	0,863 (0,700 – 1,063)
Âm tính	761	74,39	564	71,48		
Tổng	**1023**	**100**	**789**	**100**		

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ nuôi cấy nước tiểu dương tính ở nam và nữ (p>0,05). Tỷ lệ nuôi cấy nước tiểu dương tính 25,61% ở nam và 28,52% ở nữ.

Đặc điểm các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu phân lập được

Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Bảng 4. Tỷ lệ vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu

STT	Vi khuẩn	n	Tỷ lệ (%)
1	Escherichia coli	182	38,48
2	Pseudomonas aeruginosa	67	14,15
3	Klebsiella pneumoniae	63	13,32
4	Enterococcus sp.	50	10,57
5	Enterobacter cloacae	20	4,23
6	Acinetobacter baumannii	19	4,02
7	Proteus mirabilis	12	2,54
8	Vi khuẩn Gram âm khác	48	10,15
9	Vi khuẩn Gram dương khác	12	2,54
Tổng		**377**	**100**

Các vi khuẩn Gram âm (86,89%) là những tác nhân gây bệnh chủ yếu. Trong đó, E. coli chiếm tỷ lệ cao nhất (38,48%), xếp thứ 2 là P. aeruginosa 14,15%, kế tiếp là K. pneumonia 13,32% và Enterococcus sp. 10,57%.

Đặc điểm đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn phân lập được

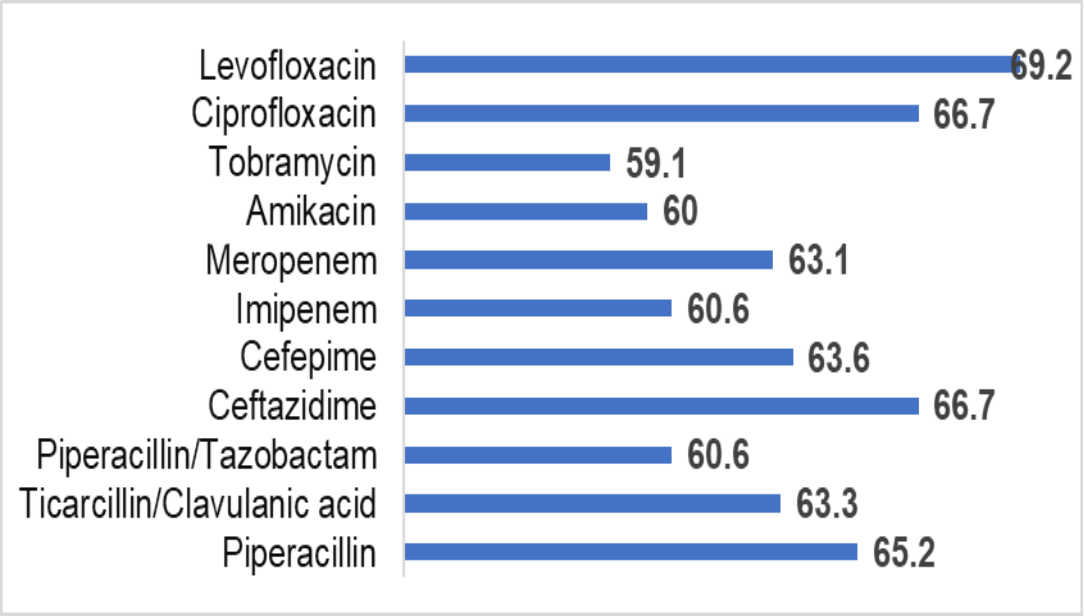
Tính đề kháng kháng sinh của E. coli và K. pneumoniae

Bảng 5. Tính kháng kháng sinh

Kháng sinh	E. coli (n = 182)	K. pneumoniae (n = 63)
Ampicillin	89,4	/
Piperacillin/Tazobactam	15,0	55,6
Cefuroxime	63,8	73
Ceftriaxone	59,8	68,3
Cefepime	56,7	66,7
Ertapenem	6,2	50,8
Imipenem	4,5	47,6
Meropenem	4,5	46,0
Amikacin	10,1	41,3
Ciprofloxacin	62,4	74,6
Levofloxacin	60,6	66,7
Fosfomycin	6,7	33,3
ESBL	49,4	18

Tỷ lệ các chủng E. coli sinh ESBL là 49,4%. Kháng với cephalosporine, quinolone 56,7-63,8%, Carbapenem từ 4,5 – 6,2%. K. pneumoniae đề kháng cephalosporine từ 50,8-68,3%, quinolone từ 66,7 – 74,6%, kháng nhóm carbapenem 46-50,8%.

Tính đề kháng kháng sinh của Pseudomonas aeruginosa



Biểu đồ 1. Tính kháng kháng sinh của P. aeruginosa (n = 67)

P. aeruginosa đề kháng trên 50% với tất cả các kháng sinh thử nghiệm.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ các vi khuẩn gây NKĐTN phân lập được

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy sự khác biệt rõ rệt giữa vi khuẩn Gram âm và vi khuẩn Gram dương, trong đó, vi khuẩn Gram âm chiếm ưu thế với tỷ lệ 86,69%, VK Gram dương chiếm một tỷ lệ nhỏ hơn với 13,31%. Nghiên cứu của Lâm Tú Hương (2021) cho thấy các VK Gram âm là những tác nhân gây bệnh chủ yếu với hơn 77% sô VK phân lập được [4].

Trong nghiên cứu này, họ vi khuẩn đường ruột là căn nguyên chủ yếu, đặc biệt E. coli là tác nhân gây bệnh hàng đầu với 38,48%, xếp thứ hai là P. aeruginosa 14,15%, xếp thứ ba, tư lần lượt là K. pneumoniae và Enterococcus sp. với 13,32% và 10,57%.

Về tính kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu

Tính kháng kháng sinh của E. coli

Kết quả cho thấy E. coli đã đề kháng với tất cả kháng sinh thử nghiệm ở các mức độ khác nhau và xuất hiện nhiều chủng E. coli sinh ESBL. Tỷ lệ vi khuẩn E. coli có khả năng sinh ESBL là 49,4%, tỷ lệ này tương đối cao. Kết quả này cao hơn Nguyễn Thị Thanh Tâm (39,1%) [3]. Một nghiên cứu tại Đan Mạch cho biết tỷ lệ chủng sinh ESBL rất thất, chỉ với 4% [5].

Kháng sinh nhóm Quinolone là một trong những nhóm kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất. E. coli đề kháng nhóm này 60,6 –

62,4%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Kiều Chí Thành (2017) với mức độ đề kháng Quinolone từ 70,6 – 75% [2]. Một nghiên cứu tại Đan Mạch cho kết quả mức độ đề kháng rất thấp, chỉ 8% [5].

Trong nghiên cứu này, mức độ đề kháng Cephalosporine từ 56,7 – 63,8%. Kết quả của chúng tôi mức độ kháng Ceftriaxone thấp hơn của Kiều Chí Thành (kháng gần 70%) [2], Nguyễn Thị Thanh Tâm (84,6%) [3], tuy nhiên tỷ lệ kháng kháng sinh cephalosporine thế hệ 4 cefepime lại cao hơn (56,7% so với 36,5%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với Trần Thị Thanh Nga (Kháng ceftriaxone : 62,3%) [6]. Nghiên cứu khác tại Đan Mạch cho thấy mức độ đề kháng caphalosporine thế hệ 3 rất thấp, chỉ 4% [5].

Kháng sinh nhóm Carbapenem là nhóm thường được sử dụng trong các nhiễm khuẩn nặng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đề kháng từ 4,5 – 6,2%. Theo Nguyễn Thị Thanh Tâm [3] thì chưa ghi nhận chủng E. coli nào kháng kháng sinh nhóm carbapenem, nghiên cứu khác tại Đan Mạch cũng ghi nhận kết quả tương tự [5].

Tính kháng kháng sinh của P. aeruginosa

Mức độ đề kháng của P. aeruginosa với các KS thử nghiệm là rất cao, đề kháng trên 59% với tất cả các KS thử nghiệm.

Ceftazidime là kháng sinh thường được sử dụng điều trị nhiễm khuẩn do P. aeruginosa, tuy nhiên trong nghiên cứu này mức độ đề kháng đã lên tới 63,6%, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm (hơn 50%) [3]. Trong nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga VK này kháng Ceftazidime 70% [6], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi; Còn nghiên cứu của Kiều Chí Thành mức độ đề kháng Ceftazidime là 38,9% [2], thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Mức độ kháng Carbapenem trong nghiên cứu này (60,6 – 63,1%), cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga (33-46%) [6], Kiều Chí Thành (26 – 31,2%) [2], Nguyễn Thị Thanh Tâm (30 – 40%) [3].

Mức độ đề kháng Levofloxacin 69,2%, kháng Ciprofloxacin 66,7%. So sánh với các nghiên cứu khác, kết quả này cao hơn Kiều Chí Thành kháng Ciprofloxacin, Levofloxacin 60% [2], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thanh Nga (kháng ciprofloxacin 73,8%) [6].

Tính kháng kháng sinh của K. pneumoniae

Các chủng Klebsiella đa kháng thuốc đã gây không ít khó khăn trong điều trị, đặc biệt là sự xuất hiện nhiều chủng VK này kháng Carbapenem.

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm K. pneumoniae đã kháng ciprofloxacin, levofloxacin 100% [3], cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (66,7 – 74,6%). Nghiên cứu của Kiều Chí Thành mức độ đề kháng Quinolone 60 – 61,5% [2], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (66,7 – 74,6%).

Nghiên cứu của Kiều Chí Thành có mức độ đề kháng Cephalosporine thế hệ 3 62,5% [2], thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (kháng Cephalosporine thế 3, 4 66,7 – 68,3%). Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm tại bệnh viện Chợ Rẫy, mức độ đề kháng Cephalosporine lên đến 90% [3], cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (66,7– 73,0%).

K. pneumoniae có mức độ đề kháng Carbapenem lên tới 46,0 – 50,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Tâm cho kết quả kháng nhóm KS này khá cao như nghiên cứu của chúng tôi, kháng Carbapenem 50-60% [3]. Nghiên cứu tại Pakistan (2019) chưa ghi nhận đề kháng Imipenem [7].

V. KẾT LUẬN

Các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu thường gặp tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An là E. coli (38,48), P. aeruginosa (14,15%), K. pneumoniae (13,32%). Các vi khuẩn phân lập được đã đề kháng với nhiều kháng sinh thường dùng với các mức độ khác nhau. E. coli và K. pneumoniae kháng cephalosporin thế hệ 2,3,4 từ 56-73%, kháng quinolone 60,6-74,6%, E. coli kháng carbapenem 4,5-6,2%, còn K. pneumonae 46,0-50,8%. P. aeruginosa kháng từ 60-69% với các kháng sinh thử nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam (2013**), Hướng dẫn điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở Việt Nam.
2. **Kiều Chí Thành và các cộng sự. (2017),** "Nghiên cứu tỷ lệ và tính kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu tại Bệnh viện Quân Y 103 (2014 - 2016)", Thời sự y học. 12/2017(12/2017), tr. 6.
3. **Nguyễn Thị Thanh Tâm và Trần Thị Bích Hương (2015),** "Đặc điểm lâm sàng và vi trùng học của nhiễm khuẩn đường tiết niệu phức tạp ở người trưởng thành tại bệnh viện Chợ Rẫy", Y học TP Hồ Chí Minh. 19(4), tr. 8.
4. **Lâm Tú Hương;,** Huỳnh Minh Tuấn; và Trần Đăng Khoa (2021), "Đặc điểm vi khuẩn và kháng sinh đồ của bệnh nhân nhiễm khuẩn đường tiết niệu điều trị tại khoa Tiết niệu Bệnh viện Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh", Y học TP. Hồ Chí Minh. 25(1), tr. 5.
5. **Gloria Córdoba và các cộng sự. (2017),** "Prevalence of antimicrobial resistant Escherichia coli from patients with suspected urinary tract infection in primary care, Denmark", BMC infectious diseases. 17(1), tr. 670.
6. **Trần Thị Thanh Nga (2016),** "Các tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu thường gặp và đề kháng kháng sinh tại bệnh viện chợ rẫy năm 2014 - 2015", Y học TP Hồ Chí Minh. 17(1), tr. 4.
7. **Kaleem Ullah Zubair và các cộng sự. (2019),** "Frequency of urinary tract infection and antibiotic sensitivity of uropathogens in patients with diabetes", Pakistan journal of medical sciences. 35(6), tr. 1664.

ĐÁNH GIÁ SỚM KẾT QUẢ BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG LASER HOLMIUM TRONG ĐIỀU TRỊ BƯỚU LÀNH TUYẾN TIỀN LIỆT THỂ TÍCH LỚN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Xuân Tuấn[1], Nguyễn Ngọc Châu[1], Trịnh Nguyên Bách[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo hàng loạt trường hợp bóc nhân TTL thể tích lớn bằng laser Holmium để phân tích kỹ hơn những đặc điểm của phương pháp này với phương pháp cắt đốt nội soi (CĐNS) kinh điển.

Đối tượng và phương pháp: 63 bệnh nhân được chẩn đoán bướu lành TTL có thể tích bướu lớn trên 60ml được đưa vào nghiên cứu, mô tả hàng loạt trường hợp. Tất cả các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đánh giá IPSS, làm các xét nghiệm chuyên biệt, các xét nghiệm chuẩn bị cho cuộc mổ, giải thích và cam kết đồng ý phẫu thuật. Ghi nhận các chỉ số PSA, lưu lượng dòng tiểu, thể tích tuyến tiền liệt, thời gian mổ, máu mất, truyền máu, thời gian ròng nước, nằm viện, các tai biến và biến chứng chung quanh cuộc phẫu thuật.

Kết quả: Trong thời gian từ tháng 3/2018 đến 7/2020 chúng tôi đã thực hiện 63 trường hợp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium với tuổi trung bình của bệnh nhân 67,52 ± 7,3 tuổi đánh giá IPSS 28,08 ± 3.1 điểm, thể tích của bướu trung bình 85 ± 16ml, bướu nhỏ nhất 62ml và lớn nhất 150ml, thời gian mổ trung bình 93,7± 22,8 phút, nhanh nhất trong 50 phút và lâu nhất là 157 phút, lưu thông niệu đạo 1,62 ± 0,54 ngày, nằm viện 4 ± 1,1 ngày, sự thay hemoglobin không đáng kể, trung bình 1,01 ± 0,7g/dl, giảm nhiều nhất 3g và ít nhất 0,01g, không có tai biến biến chứng lúc mổ và sau mổ.

Kết luận: Bệnh nhân trải qua phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt mức độ mất máu không đáng kể, thời gian lưu thông tiểu, thời gian nằm viện ngắn, lượng nước tưới rửa sau mổ ít hơn và mau hồi phục. Cần có nhiều nghiên cứu hơn về kết quả lâu dài của phẫu thuật cũng như về đường cong học tập để có thể thực hiện tốt phẫu thuật này.

Từ khoá: bóc nhân tuyến tiền liệt qua niệu đạo bằng laser Holmium.

SUMMARY

HOLMIUM LASER TRANSURETHRA ENUCLEATION AT A SINGLE ACADEMIC TERTIARY CARE CENTER BINH DAN HOSPITAL

Objective: via 100 cases of bipolar and holmium laser transurethral enucleation, we would like to lay out some points in technique, some experience of this procedure.

Patients and method: All patients provided written consent form to do surgery. Clinical data of 63 consecutive patients who underwent bipolar enucleation of BPH since 3-2018 to 7-2020 at Binh Dan hospital were prospectively analized. Outcome measures included International Prostate Symtom Score (IPSS), Qmax, operarative time, total PSA, the weight of resected tissue, duration of bladder iirigation, decrease of hemoglobin level, hospital stay. Other measures included perioperative

[1]*Bệnh viện Bình Dân, Tp Hồ Chí Minh*
Tác giả liên hệ: Hồ Xuân Tuấn.
Email: dr.xuantuan79@gmail.com
Ngày nhận bài: 16/7/2021
Ngày phản biện: 21/7/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

complications such as transurethra resection syndrome, perioperative acute retention, urinary continence and infection. All operations were mainly performed by 2 urologist who have more than 10 years experiences with these procedure. All patients had histologically proved BPH and only those with prostate volume larger than 60ml on ultrasound were included.

Results: There were 63 patients underwent Holep since 3-2018 to 7-2020 in Endourology department of Binh Dan hospital. The baseline characteristics of the patient compose: age 67.52 ± 7.3 years old; IPSS 28.08 ± 3.1; median total PSA 6.17 ± 5.1ng/ml; prostate volume 85 ± 16ml; Qmax 4.97 ± 4.1ml/s; Operative time 92.44 ± 28 min; time of irrigation 36 hours, urethra catheter 1.62 ± 0.54 days, hospital stay 4 ± 1.1 days. The decrease of hemoglobin is not significant, mean 1.01 ± 0.7 g/dl. No case had the transurethral resection syndrome. At one month of follow up, there no case of urinay incontinence.

Conclusion: Larger gland BPH poses a unique challenge for urologist. Holep is safe and efficacious in expert hand with significult improvement in perioperative morbidity. Patients undergoing Holep experience favorable profile with decrease rate of transfusion, TURS, catheterisation time, shortened lengh of stay and recovery time. Futher study is necessary to compare and evaluate long term result in voiding outcome with other procedures. Additional considerations such as cost and learning curve issues are important to examine as a new treatment for larger BPH becomes widespread.

Keyword: holmium laser transurethra enucleation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị bướu lành tuyến tiền liệt kích thước lớn luôn tiềm ẩn những nguy cơ và là thử thách đối với các phẫu thuật viên niệu khoa. Phương pháp cắt đốt nội soi cổ điển qua ngã niệu đạo bộc lộ nhiều yếu điểm đối với các bướu lành tuyến tiền liệt có kích thước lớn, nhất là những bướu có kích thước trên 80 gram như: chảy máu, mất máu, hội chứng sau cắt đốt, thời gian đặt thông niệu đạo, thời gian nằm viện kéo dài, hẹp niệu đạo và tỷ lệ tái phát. Một phương án khác để giải quyết những trường hợp bướu lớn này là mổ mở với mức độ xâm hại khá rõ ràng. Bóc nhân tuyến tiền liệt bằng holmium laser qua ngã nội soi niệu đạo kết hợp với máy xay mô được Gilling và cộng sự thực hiện lần đầu tiên vào năm 1998, qua những tiến bộ về kỹ thuật của laser holmium và máy xay mô kỹ thuật bóc nhân tuyến tiền liệt ngày càng hoàn thiện và áp dụng rộng rãi hơn ở nhiều trung tâm niệu khoa trên thế giới. Đây là phương pháp laser duy nhất được ủng hộ và đề xuất ở mức độ 1 bởi hội niệu khoa Mỹ và hội niệu khoa Châu Âu[2][3][5][8].

Tại bệnh viện Bình Dân, mỗ tháng chúng tôi thực hiện cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo 50-70 trường hợp trong đó có khoảng 1/4 các trường hợp có thể tích tuyến tiền liệt lớn hơn 60 ml. Từ năm 2018 chúng tôi bắt đầu thực hiện những trường hợp bóc nhân tuyến tiền liệt đầu tiên bằng Holmium, tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về kết quả của phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holimium[1]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu *"Đánh giá kết quả sớm phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser holmium tại bệnh viện Bình Dân"* với các mục tiêu.

Mục tiêu tổng quát: Đánh giá kết quả sớm

phương pháp bóc nhân tuyến tiền liệt bằng laser Holmium tại bệnh viện Bình Dân.

Mục tiêu chuyên biệt

- *Xác định tính an toàn: Mức giảm hemoglobin, tỷ lệ bệnh nhân cần truyền máu trong và sau mổ, hội chứng sau CĐNS, các thương tổn trong mổ.*

- *Xác định tính hiệu quả: Thời gian ròng nước, lưu thông niệu đạo, thời gian nằm viện. Sự thay đổi IPSS, QoL, Qmax, sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt trường hợp lâm sàng

Thời gian thực hiện: tháng 3-2018 đến tháng 7-2020

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả các bệnh nhân được thăm khám lâm sàng, đánh giá IPSS, làm các xét nghiệm chuyên biệt, các xét nghiệm chuẩn bị cho cuộc mổ, giải thích và cam kết đồng ý phẫu thuật. Ghi nhận các chỉ số IPSS, PSA, lưu lượng dòng tiểu, thể tích tuyến tiền liệt trên 60ml, thời gian mổ, máu mất, truyền máu, thời gian ròng nước, thời gian lưu thông tiểu, thời gian nằm viện, các tai biến và biến chứng chung quanh cuộc phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp có chống chỉ định với CĐNS, các bệnh nhân có rối loạn đông cầm máu hoặc có các bệnh nội khoa nặng có nguy cơ cao như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính hoặc đái tháo đường chưa điều trị đúng mức.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

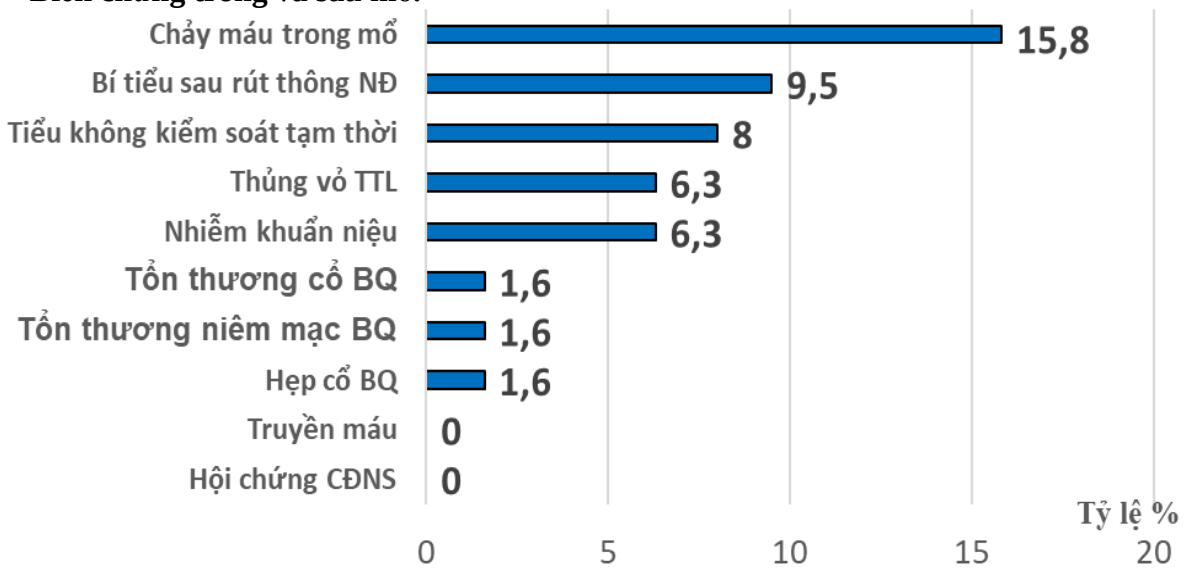
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 3/2018 đến 7/2020, có 63 trường hợp thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và được đưa vào nghiên cứu.

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

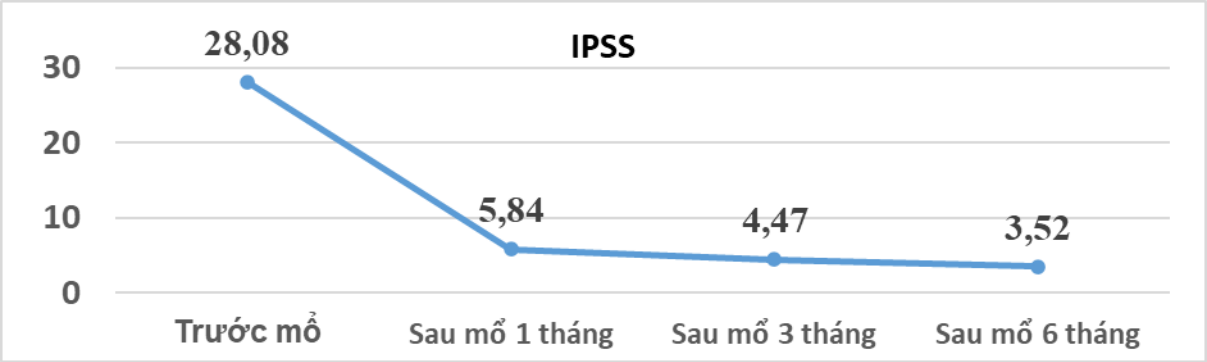
Đặc điểm	HOLEP
Tuổi trung bình:	67,52 ± 7,4 tuổi
Qmax	4,97 ± 4,1 ml/s
PSA	6,17 ± 5,1 ng/ml
IPSS	28,08 ± 3,1 điểm
Thời gian xay mô	32,56 ± 10,4 (phút)
Thể tích bướu (TB ±SD)	85 ± 16ml
Thời gian phẫu thuật (TB ±SD)	93,7 ± 22,8phút Lasing time: 1802 ± 340(s)
Thời gian lưu thông niệu đạo (TB ±SD)	1,62 ± 0,58 ds
Thời gian nằm viện (TB ±SD)	4 ± 1,1 ds

Biến chứng trong và sau mổ.

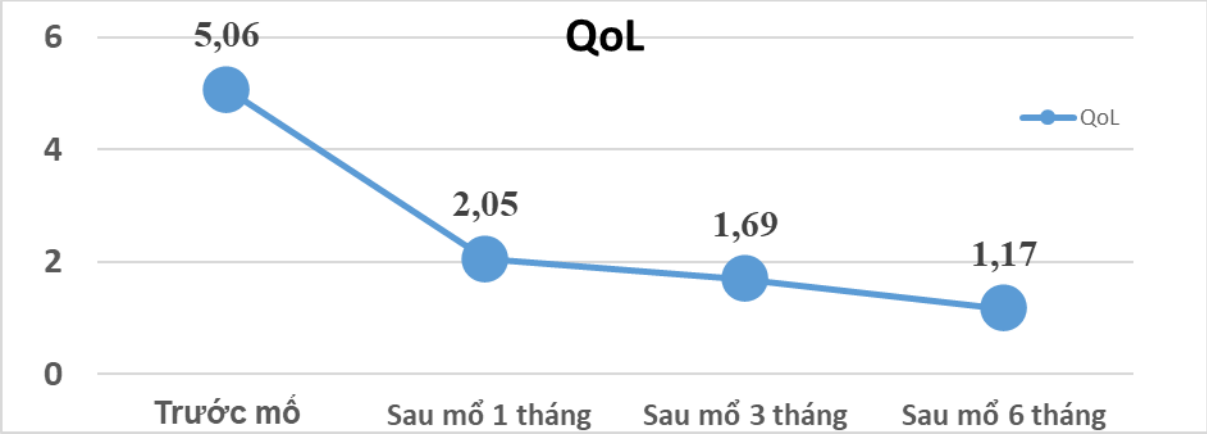


Tính hiệu quả của Holep

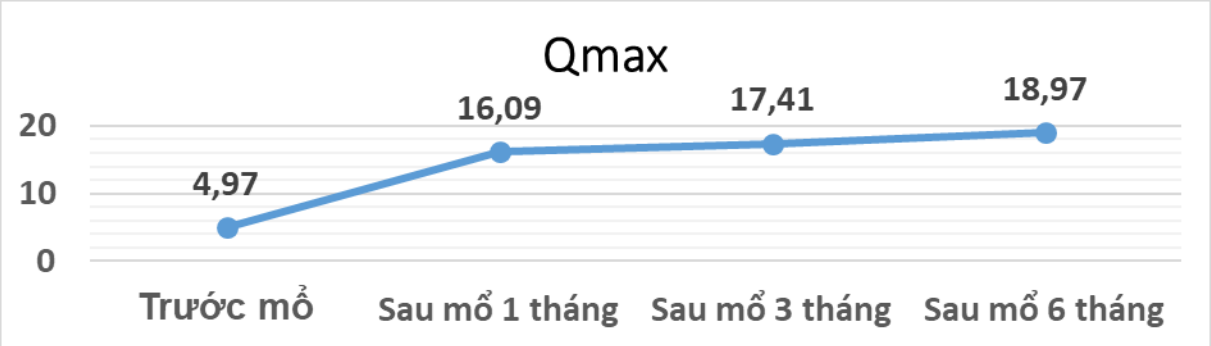
Sự cải thiện IPSS sau HoLEP



Sự thay đổi điểm số QoL sau HoLEP



Sự thay đổi Qmax sau HoLEP



IV. BÀN LUẬN

Thể tích tuyến tiền liệt.

Để đánh giá tai biến, biến chứng trong mổ, sau mổ HoLEP có liên quan đến VTTL hay không, chúng tôi chia mẫu nghiên cứu thành các nhóm: V1TTL: 60 - 100ml, V2TTL 100- 120ml, V3TTL > 120ml.

Biến chứng giữa hai nhóm 1 và 2 khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,573). Thời gian PT giữa hai 1 và 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0.604). Hơn nữa sự cải thiện IPSS, QoL, Qmax sau mổ cũng cho thấy không sự khác biệt giữa ba nhóm (p = 0,350). Tuy nhiên, tỷ lệ biến chứng chảy máu trên những BN có thể tích lớn hơn 120ml nhóm 3 cao hơn (3/6 TH) nhóm 1 và 2 (p < 0,05).

Thời gian phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 93,7 ± 22,8phút. Thời gian xay mô trung bình là 32,56 ± 10,4phút. Elmansy và cs, nghiên cứu 949 BN có thể tích TTL trung bình 91.3ml, thời gian phẫu thuật trung bình 107 phút. Krambeck và cs, nghiên cứu 1065 BN có thể tích TTL trung bình 99.3ml, thời gian phẫu thuật trung bình 108 phút. Moody và cs, nghiên cứu 61 BN có thể tích TTL trung bình 106ml, thời gian phẫu thuật trung bình 117 phút. Naspro và cs, nghiên cứu 41 BN có thể tích TTL trung bình 113ml, thời gian phẫu thuật trung bình 93 phút. Phân tích cho thấy, thời gian phẫu thuật trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với nghiên cứu các tác giả khác có thể tích TTL tương đương. Phần lớn đều trên 90 phút, đặt biệt một số trường hợp TSLT-TTL có thể tích rất lớn hơn 100ml. Có sinh thiết TTL trước đó. Có kèm theo sỏi bàng quang thì thời gian phẫu thuật trung bình hơn 120 phút[1][3][5][8].

Tai biến và biến chứng sớm của bóc nhân TTL.

Chảy máu khó cầm trong phẫu thuật: kỹ thuật mổ chưa thuần thục, cắt thủng vỏ bao TTL tổn thương các mạch máu lớn của TTL làm chảy máu khó cầm. TTL bị viêm, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bí tiểu đặt thông niệu đạo. Thể tích rất lớn hơn 120ml. Bướu lớn kèm theo có sinh thiết TTL. Tổn thương bàng quang và cổ bàng quang, thủng cổ bàng quang. Là một tai biến nặng nề nhưng không phải là hiếm gặp. Nguyên nhân thủng bàng quang chủ yếu là do lỗi kỹ thuật. Khi xay mô, lưỡi dao xay mô hoàn toàn có thể làm tổn thương bàng quang. Tuân thủ các nguyên tắc khi xay mô: Phẫu trường phải sáng, đầu máy xay ngay giữa màn hình và nằm giữa lòng bàng quang, đầu máy xay mô hướng lên trên[4][6][7].

V. KẾT LUẬN

Tính hiệu quả của Holep: tương đương với các tác giả nước ngoài.

Vttl của mẫu nc là 85 ± 16 ml; VTTL nhỏ nhất là 62ml và lớn nhất 150ml; mô bướu cắt được: 70,2 ± 12,5 gram, thời gian PT: 93,7± 22,8phút , khác biệt Hct, Hb và nồng độ Na+ máu trước và sau PT không đáng kể, Hb giảm: 1,01 ± 0,7g/dL; Tg đặt thông nđ: 1,62 ± 0,58 ngày; Tg nằm viện: 4±1,1ngày. TCĐTND được cải thiện rõ rệt sau PT; IPSS sau 1,3,6 tháng lần lượt: 5,8; 4,8; 3,5; QoL sau 1,3,6 tháng 2,05; 1,69; 1,12; Qmax sau PT 1,3,6 tháng 16,1; 17,4; 18,9ml/s.

HoLEP tương đối an toàn.

Không xảy ra hội chứng cắt đốt, không có TH truyền máu trong và sau mổ, tỷ lệ BC chung 15.8%. Không có BC nghiêm trọng như thủng trực tràng, thủng BQ, không có TH nào phải mổ lại. BC ít nghiêm trọng: Chảy máu: 15,8%; thủng vỏ TTL 6,3%, thủng cổ BQ 1,6%, bí tiểu sau rút thông nđ 9,5%, TKKS tạm thời 8%, NKĐTN 6,3%, hẹp cổ BQ 1,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tế Kha (2017).** Vai trò Thulium trong điều trị ngoại khoa bướu lành tuyến tiền liệt, luận án tiến sĩ y học, tr 20-24.
2. **Lei Yin et al (2013).** Holmium laser enucleation versus transurethra resection of the prostate a systematic review and meta-analysis of randomized controll trial, Journal of Endourology, Vol 27.5, p 604-613.
3. **Geavlete P(2010).** Is classical transurethra resection of the prostate, the gold standard endoscopic treatment for BPH, in real danger of being replaced, Urol, 58, p 356-358.
4. **Gratzke C., Bachmann A., Descazeaud A., và cs(2015).** EAU guideline on the assessment of non neurogenic male lower urinary tract symtoms including begnign prostatic obstruction. Eur Urol, Vol 67(6),p.1099-1109.
5. **Gupta N, Sivaramakrishna, Kumar R, Dogra PN, Seth A(2006).** Comaprison of standard transurethra resection, transurethra vapour resection and holmium laser enucleation of the prostate for manage BPH >40g, BJU Int,97:85-89.
6. **Peter J Gilling et al (2000).** Holmium laser enucleation of the prostate for glands larger than 100g: an endourologic alternative to open prostatectomy, Journal of endourology, Vol 14.6, p529- 531.
7. **Peter J Gilling et al (2008).** Holmium laser enucleation of the prostate is the single best treatment for benign prostatic hyperplasia refractory to medication, Journal of endourology, Vol 22.9, p2113- 2115
8. **Roberto Pedraza et al(2014).** Holmium laser enucleation of prostate in critically patients with technique modification, Journal of Endourology, Vol 18.8, p.795-798.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG CẮT MỘT PHẦN THẬN TRONG BƯỚU THẬN TẠI BV CHỢ RẪY

Nguyễn Thành Tuân[1], Thái Minh Sâm[1,2], Ngô Xuân Thái[1,2], Châu Quý Thuận[2], Trần Trọng Trí[2], Thái Kinh Luân[1], Quách Đô La[2], Đinh Lê Quý Văn[2], Phạm Đức Minh[1], Nguyễn Ngọc Hà[1], Nguyễn Hoài Phan[2], Lê Hữu Thuận[1] Lê Nho Tình[1], Trần Hữu Toàn[1], Trần Tấn Sang[1], Trần Thị Tú Mỹ[1], Dương Nguyên Xương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng (PTNSOB) cắt một phần thận trong điều trị bướu thận.

Đối tượng và phương pháp: Tất cả các trường hợp PTNSOB cắt một phần thận tại khoa Ngoại Tiết niệu, bệnh viện Chợ Rẫy. Thiết kế nghiên cứu là nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Biến số nghiên cứu gồm: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), bên thận tổn thương, giai đoạn bướu, kích thước bướu, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, biến chứng trong phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu có 43 trường hợp (TH) bướu thận được PTNSOB từ tháng 08/2018 đến tháng 04/2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tỉ lệ nam:nữ là 1,3:1, tuổi trung bình là 55. Tất cả các TH đều là bướu giai đoạn sớm, chưa di căn hạch và di căn xa. Hầu hết các trường hợp đều được phẫu thuật thành công, chỉ có 1 trường hợp cần chuyển mổ mở để kiểm soát diện cắt bướu và không có biến chứng nặng nào xảy ra. Thời gian phẫu thuật trung bình là 218 phút. Lượng máu mất trung bình là 147 mL. Thời gian hậu phẫu trung bình 4 ngày.

Kết luận: Qua các trường hợp PTNSOB cắt một phần thận đã cho thấy tính khả thi và những ưu điểm của phương pháp điều trị ít xâm hại trong điều trị bướu thận.

Từ khoá: Bướu thận, ung thư thận, phẫu thuật cắt một phần thận.

[1]*Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Chợ Rẫy*
Liên hệ tác giả: BS. Nguyễn Thành Tuân
Email: thanhtuan0131@gmail.com
Ngày nhận bài: 13/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 24/9/2021

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY FOR RENAL TUMOR AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of transperitoneal partial nephrectomy in treatment of kidney tumor.

Materials and methods: Data were collected prospectively on 43 cases of transperitoneal laparoscopic partial nephrectomy from August 2018 to April 2021 at Urology Department, Cho Ray hospital. Patient demographics, radiology findings, surgery results, peri-operative complications, hospital stay, pathological results and follow-up results were recorded.

Results: There was 43 cases, the ratio of male: female was 1.3:1, the mean age was 55. All of cases were local stage without metastasis.

Early complications were low grade according to the Clavien classification, no mortality and no conversion to open. Mean operative time was 218 minutes. The mean estimated blood loss was 147 ml. Patients discharge from hospital after 4 days.

Conclusion: Transperitoneak laparoscopic partial nephrectomy is feasible with the advantages of minimally invasive intervention.

Key word: renal tumor, transperitoneal laparoscopic partial nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1991, Clayman thực hiện trường hợp (TH) phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thận đầu tiên trên thế giới, từ đó kỹ thuật này ngày càng phát triển và lan rộng trên toàn thế giới. Phẫu thuật nội soi đã dần thay thế mổ mở do ít xâm hại, thẩm mỹ, thời gian hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mổ mở[3].

Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận hiện nay là xu hướng đối với ung thư tế bào thận giai đoạn sớm. Kết quả theo dõi lâu dài từ 5-10 năm về phương diện ung thư học đã cho thấy tương đương với cắt thận tận gốc và có lợi thế hơn mổ mở cắt một phần thận do ít xâm hại, và khả năng hồi phục sớm của bệnh nhân.

Phẫu thuật nội soi quy ước và phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot đều có ưu điểm của phương pháp điều trị ít xâm hại. Tuy vậy chi phí y tế của phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot vẫn còn là vấn đề lớn tại các nước đang phát triển, đặc biệt là tình hình kinh tế xã hội Việt Nam chưa cho phép thực hiện rộng rãi phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot. Vì vậy, phẫu thuật nội soi quy ước vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị bướu thận tại Việt Nam.

Trong nhiều năm qua, bệnh viện Chợ Rẫy đã triển khai phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt một phần thận điều trị bướu thận. Trong báo cáo này, chúng tôi báo cáo kết quả sớm trong phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt một phần thận trong bướu thận bao gồm tỉ lệ tai biến, biến chứng, tỉ lệ diện cắt phẫu thuật dương tính trong phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các trường hợp bướu thận được phẫu thuật nội soi ổ bụng (PTNSOB) cắt một phần thận tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Từ tháng 08/2018 đến tháng 04/2021, chúng tôi có 43 trường hợp được chẩn đoán bướu thận và được phẫu thuật nội soi ổ bụng (PTNSOB) cắt một phần thận.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp (case series). Các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận và PTNSOB cắt một phần thận tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2018 đến tháng 04/2021. Đánh giá kết quả chính gồm thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện và biến chứng của phẫu thuật.

Các đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật gồm tuổi, giới tính, tiền căn phẫu thuật vùng bụng chậu, BMI, chức năng thận sau phẫu thuật. Các biến số liên quan đến bướu được ghi nhận gồm bên thận tổn thương, kích thước bướu, phần bướu ngoài thận, bờ bướu so với hệ thống đài bể thận, vị trí bướu trên thận.

Các biến số trong và sau phẫu thuật gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, các biến chứng trong và sau phẫu thuật, chức năng thận sau phẫu thuật, số ngày nằm viện, diện cắt bướu (margin).

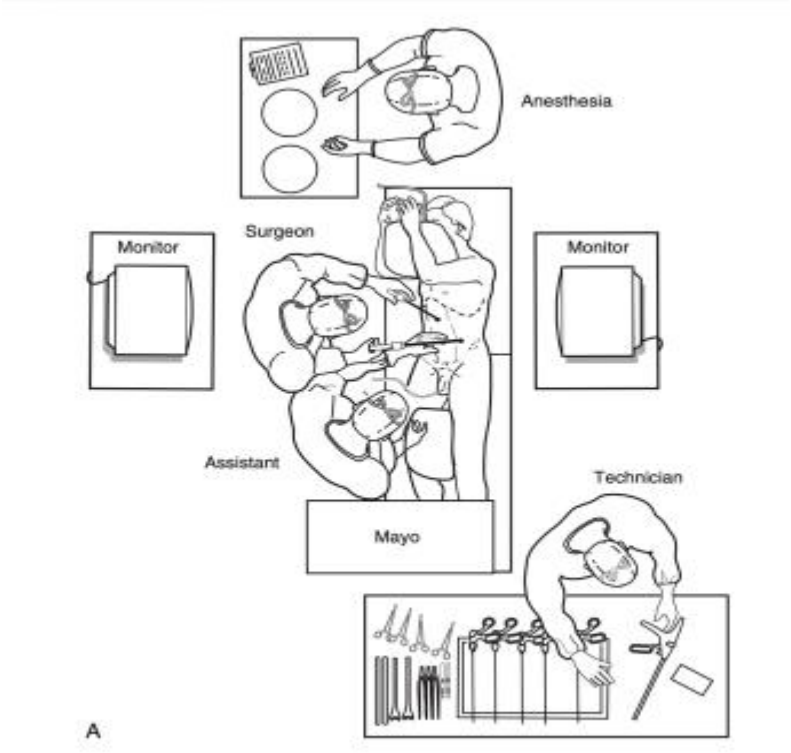
Quy trình kỹ thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy

Kiểm tra hồ sơ bệnh án, bệnh nhân, chỉ định và các chống chỉ định.

Gây mê nội khí quản.

Tư thế bệnh nhân: nằm nghiêng 45 độ, gập bàn nhẹ.

Vị trí Trocar: sử dụng 4 trocar đối với cắt một phần thận.



Hình 1: Bố trí phòng mổ trong phẫu thuật [1]

Hạ đại tràng để vào khoang sau phúc mạc; bóc tách bộc lộ thận, bộc lộ cuống thận; bộc lộ thận và bướu thận; đánh dấu vị trí sẽ cắt bướu; kẹp ĐM thận tạm thời bằng Bulldog; tiến hành cắt bướu và mỡ quanh bướu gửi giải phẫu bệnh lý; có thể lấy mẫu từ mặt cắt phẫu thuật (margin) của bướu gửi giải phẫu bệnh lý; tiến hành khâu cầm máu, khâu hệ thống đài bể thận nếu cần; khâu phục hồi nhu mô thận; đặt dẫn lưu cạnh thận và lấy bệnh phẩm ra ngoài.

Sau mổ, chuyển phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ. Sau khi bệnh nhân tỉnh, sinh hiệu ổn, chuyển lên khoa Ngoại Tiết Niệu tiếp tục theo dõi và chăm sóc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tất cả 43 trường hợp (TH) đều là bướu giai đoạn sớm khu trú tại chỗ, chưa di căn hạch và chưa di căn xa.

Các đặc điểm khác được mô tả qua bảng 1 và 2.

Bảng 1: Bảng mô tả đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm, n (%)	**N = 43**
Giới tính nam	24 (56%)
Tuổi	55 ± 19
BMI	23,06 ± 7,5
Bên thận tổn thương Trái Phải	 24 (56%) 19 (44%)

Bảng 2: *Bảng mô tả đặc điểm bướu*

Đặc điểm n (%)	**N = 43**
Renal score Độ phức tạp thấp Độ phức tạp vừa Độ phức tạp cao	7,2 (4-10) 14(32%) 26 (61%) 3 (7%)
Kích thước bướu (cm)	4 ± 2,8
Exophytic >50% <50% Endophytic hoàn toàn	 23(53%) 18(41%) 2 (6%)
Vị trí bướu Cực trên thận Giữa thận Cực dưới thận	 15 (35%) 13 (30%) 15 (35%)
Bướu liên quan rốn thận	9 (21%)
Hạch vùng	0 (0)

Bảng 3: *Bảng mô tả các biến số liên quan đến phẫu thuật*

Đặc điểm n (%)	N = 43
Thời gian phẫu thuật (phút)	218 ± 150
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	26 (15-50)
Lượng máu mất (mL)	147 (10-600)
Truyền máu	2(4%)
Clamp mạch máu Không Clamp động mạch Clamp động mạch và tĩnh mạch	 0 28 (65%) 15 (35%)
Tai biến trong mổ	1 (2%)
Biến chứng sau mổ Clavien-Dindo I-II	 3 (7%)

Clavien-Dindo III-V	0
Chuyển mổ mở	1 (2%)
Biên phẫu thuật dương tính	0
Thời gian nằm viện (ngày)	4,1 (3-7)

IV. BÀN LUẬN

Ưu điểm của phẫu thuật nội soi cắt một phần thận trong điều trị bướu thận

Phẫu thuật nội soi cắt một phần thận có nhiều điểm thuận lợi khi so sánh với phẫu thuật mổ mở cắt một phần thận kinh điển [5, 7, 9]. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng PTNS cắt một phần thận là khả thi với hiệu quả điều trị ung thư tương tự và kết quả chức năng thận cao hơn so với phương pháp phẫu thuật cắt thận tận gốc nội soi cho đến các khối bướu thận T3a[14]. Những ưu điểm chính của phẫu thuật nội soi cắt một phần thận bao gồm: cải thiện lượng máu mất, giảm đau vùng phẫu thuật, thời gian theo dõi hậu phẫu ngắn, và bảo tồn chức năng thận tốt hơn[2].

Trong thập kỉ qua, các phương thức thay thế cho PTNS cắt một phần thận đã được nghiên cứu và phát triển như PTNS có hỗ trợ robot cắt một phần thận. Mặc dù, một số tác giả đã báo cáo rằng PTNS có hỗ trợ robot cắt một phần thận mang lại kết quả chu phẫu tương đương với lợi thế bổ sung là thời gian thiếu máu nóng ngắn hơn đáng kể so với PTNS cắt một phần thận thông thường[6, 16], lợi ích thật sự của PTNS có hỗ trợ robot so với PTNS cắt một phần thận trong các nghiên cứu trước đó vẫn còn tranh cãi[10, 13, 16]. Ngoài ra, các lợi thế về lâu dài về chức năng thận cũng như về mặt ung thư học của PTNS có hỗ trợ robot cắt một phần thận hiện chưa được nghiên cứu rõ vì thiếu các nghiên cứu để làm phân tích tổng hợp[4]. Bên cạnh đó, chi phí PTNS có hỗ trợ robot tại Việt Nam vẫn còn quá cao so với PTNS quy ước. Vì vậy, PTNS cắt một phần thận vẫn đóng vai trò là quan trọng điều trị bướu thận giai đoạn sớm.

Tình hình phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt một phần thận trong điều trị bướu thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 218 phút. Lượng máu mất trung bình 147 mL có phần thấp hơn so với các nghiên cứu trên thế giới từ 157ml đến 436ml. Thời gian thiếu máu nóng trong trường hợp cắt bướu bảo tồn thận là 26 phút, còn dài so với các nghiên cứu khác trên thế giới, chỉ khoảng 20 phút. Tuy nhiên, đây là những trường hợp đầu tiên nên cần thêm nhiều trường hợp nữa để đạt được đường cong học tập nhằm cải thiện thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu nóng và lượng máu mất. Mặt khác, kích thước bướu trung bình tại BV Chợ Rẫy là 4 cm, với nhiều bướu T1b hơn là các nghiên cứu trước nên có thể lý giải được lý do khiến cho thời gian phẫu thuật và thời gian thiếu máu nóng còn dài hơn so với các nghiên cứu khác. Ngoài ra, có 9 trường hợp bướu có liên quan rốn thận, các trường hợp này đều lấy trọn vẹn được bướu và không ghi nhận tai biến trong phẫu thuật.

Về biến chứng trong và sau mổ, chúng tôi có 2 trường hợp mất máu khối lượng lớn phải truyền máu trong quá trình phẫu thuật và ghi nhận 1 trường hợp tổn thương tĩnh mạch thận trong quá trình phẫu thuật, tuy vậy trường hợp trên được kiểm soát trong

phẫu thuật nội soi và không chuyển mổ mở, tại hậu phẫu bệnh nhân diễn tiến tốt và được xuất viện sau 5 ngày.

Đối với trường hợp chảy máu, có 1 trường hợp bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt gan phải và TACE do ung thư tế bào gan. Trong quá trình phẫu thuật ghi nhận vị trí thành bụng bên phải có ruột bám nhiều, bóc tách khó khăn, sau khi hạ đại tràng ghi nhận khoang sau phúc mạc dính có chảy máu trong quá trình bóc tách. Trong quá trình cắt bướu ghi nhận chảy máu, nghĩ do kiểm soát chưa tốt động mạch thận, bệnh nhân sau mổ mất máu ước tính 600ml và được truyền máu trong phẫu thuật. Trong các trường hợp lâm sàng của chúng tôi, có 1 trường hợp được chuyển mổ mở do không đảm bảo diện cắt bướu an toàn trong lúc phẫu thuật.

Tuy nhiên theo các báo cáo của một số tác giả trên thế giới, tỉ lệ biến chứng từ 10-30% trong PTNS cắt bướu một phần thận. Vì vậy chúng tôi cần cỡ mẫu lớn hơn để xác định chính xác hơn tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ.

Về mặt ung thư học, các trường hợp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lí hầu hết đều là ung thư tế bào thận ngoài ra ghi nhận 1 trường hợp u ống trung thận, 1 trường hợp bướu nguyên bào thận và 2 trường hợp nang thận lành tính và tất cả các trường hợp đều ghi nhận bờ phẫu thuật an toàn chiếm tỉ lệ 100%. Sau xuất viện chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh để đánh giá tỉ lệ tái phát sau mổ và chức năng thận để đánh giá và tầm soát kịp thời tình trạng suy thận sau phẫu thuật.

Bảng 4: Bảng so sánh với các báo cáo khác trên thế giới trong phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận có hỗ trợ của robot

Nghiên cứu	**Đường kính bướu trung bình (cm)**	**Thời gian phẫu thuật (phút)**	**Truyền máu (%)**	**Lượng máu mất trung bình (mL)**
Link[8]	2,6	186	6,9	385
Moinzdeh[11]	2,9	187	3	219
Permpongkosol [12]	2,4	225	6	436,9
Marszalek[9]	2,8	85	6	15,4% (theo Hemoglobin)
Springer [15]	2,8	145,3	1	157,5
Chúng tôi	4	218	4	147
Nghiên cứu	**Thời gian thiếu máu nóng (phút)**	**Thời gian nằm viện (ngày)**	**Biên phẫu thuật (+) (%)**	**Biến chứng (%)**
Link[8]	27,6	3,1	3,5	10,6
Moinzdeh[11]	27	2,5	2	9,5
Permpongkosol [12]	29,5	3,3	2	6
Marszalek [9]	23	5	4	24
Springer[15]	11,7	4,5	1	4,1
Chúng tôi	26	4,1	0	7

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc cắt một phần thận trong điều trị bướu thận tại bệnh viện Chợ Rẫy đã đạt được những thành công nhất định, kết quả chu phẫu cho thấy sự an toàn và tính khả thi của kĩ thuật này trong điều trị bướu thận. Bên cạnh đó, cần có những nghiên cứu theo dõi lâu dài để đánh giá thêm về mặt sống còn theo ung thư học và theo dõi chức năng thận diễn tiến qua nhiều năm để đánh giá trọn vẹn kĩ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jay T Bishoff, Louis R Kavoussi (2016)** Atlas of Laparoscopic and Robotic Urologic Surgery E-Book, Elsevier Health Sciences,
2. **H. S. Al-Qudah, A. R. Rodriguez, W. J. Sexton (2007)** "Laparoscopic management of kidney cancer: updated review". Cancer Control, 14 (3), 218-30.
3. **R. Autorino, H. Zargar, J. H. Kaouk (2014)** "Robotic-assisted laparoscopic surgery: recent advances in urology". Fertil Steril, 102 (4), 939-49.
4. **Choi J. E., You J. H., Kim D. K., Rha K. H., Lee S. H. (2015)** "Comparison of perioperative outcomes between robotic and laparoscopic partial nephrectomy: a systematic review and meta-analysis". Eur Urol, 67 (5), 891-901.
5. **R. L. Favaretto, R. Sanchez-Salas, N. Benoist, M. Ercolani, A. Forgues, M. Galiano, F. Rozet, D. Prapotnich, E. Barret, X. Cathelineau (2013)** "Oncologic outcomes after laparoscopic partial nephrectomy: mid-term results". J Endourol, 27 (1), 52-7.
6. **Froghi S., Ahmed K., Khan M. S., Dasgupta P., Challacombe B. (2013**) "Evaluation of robotic and laparoscopic partial nephrectomy for small renal tumours (T1a)". BJU Int, 112 (4), E322-33.
7. **Lane B. R., Campbell S. C., Gill I. S. (2013)** "10-year oncologic outcomes after laparoscopic and open partial nephrectomy". J Urol, 190 (1), 44-9.
8. **R. E. Link, S. B. Bhayani, M. E. Allaf, I. Varkarakis, T. Inagaki, C. Rogers, L. M. Su, T. W. Jarrett, L. R. Kavoussi (2005)** "Exploring the learning curve, pathological outcomes and perioperative morbidity of laparoscopic partial nephrectomy performed for renal mass". J Urol, 173 (5), 1690-4.
9. **M. Marszalek, H. Meixl, M. Polajnar, M. Rauchenwald, K. Jeschke, S. Madersbacher (2009)** "Laparoscopic and open partial nephrectomy: a matched-pair comparison of 200 patients". Eur Urol, 55 (5), 1171-8.
10. **Masson-Lecomte A., Bensalah K., Seringe E., Vaessen C., de la Taille A., Doumerc N., Rischmann P., Bruyère F., Soustelle L., Droupy S., Rouprêt M. (2013)** "A prospective comparison of surgical and pathological outcomes obtained after robot-assisted or pure laparoscopic partial nephrectomy in moderate to complex renal tumours: results from a French multicentre collaborative study". BJU Int, 111 (2), 256-63.
11. **A. Moinzadeh, I. S. Gill, A. Finelli, J. Kaouk, M. Desai (2006)** "Laparoscopic partial nephrectomy: 3-year followup". J Urol, 175 (2), 459-62.
12. **S. Permpongkosol, H. S. Bagga, F. R. Romero, M. Sroka, T. W. Jarrett, L. R. Kavoussi (2006)** "Laparoscopic versus open partial nephrectomy for the treatment of pathological T1N0M0 renal cell carcinoma: a 5-year survival rate". J Urol, 176 (5), 1984-8; discussion 1988-9.

13. **Pierorazio P. M., Patel H. D., Feng T., Yohannan J., Hyams E. S., Allaf M. E. (2011)** "Robotic-assisted versus traditional laparoscopic partial nephrectomy: comparison of outcomes and evaluation of learning curve". Urology, 78 (4), 813-9.
14. **M. N. Simmons, C. J. Weight, I. S. Gill (2009**) "Laparoscopic radical versus partial nephrectomy for tumors >4 cm: intermediate-term oncologic and functional outcomes". Urology, 73 (5), 1077-82.
15. **C. Springer, M. R. Hoda, H. Fajkovic, G. Pini, N. Mohammed, P. Fornara, F. Greco (2013)** "Laparoscopic vs open partial nephrectomy for T1 renal tumours: evaluation of long-term oncological and functional outcomes in 340 patients". BJU Int, 111 (2), 281-8.
16. **Zhang X., Shen Z., Zhong S., Zhu Z., Wang X., Xu T. (2013)** "Comparison of peri-operative outcomes of robot-assisted vs laparoscopic partial nephrectomy: a meta-analysis". BJU Int, 112 (8), 1133-42.

UNG THƯ TÚI THỪA BÀNG QUANG: NHÂN 1 TRƯỜNG HỢP

Trần Thanh Tùng[1], Vũ Thị Thanh Thủy[2], Đỗ Ngọc Thể[2], Trần Đức[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị một trường hợp Ung thư túi thừa bàng quang.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả trường hợp bệnh trên 1 trường hợp ung thư túi thừa bàng quang, điều trị bằng phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa tại Bệnh viện TWQĐ 108, tháng 12/2020.

Kết quả: Chẩn đoán xác định ung thư túi thừa bàng quang dựa vào chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết trước mổ, trong khi đó soi bàng quang không xác định được túi thừa. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa, diễn biến trong và sau mổ thuận lợi, không xảy ra tai biến-biến chứng; kiểm tra sau mổ 6 tháng bệnh nhân ổn định, không có dấu hiệu tái phát.

Kết luận: Ung thư túi thừa bàng quang là một bệnh ít gặp, một số trường hợp không điển hình khi soi bàng quang phải xác định dựa vào chẩn đoán hình ảnh và nên sinh thiết trước mổ nếu điều kiện cho phép. Phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa là lựa chọn tốt với bệnh nhân cao tuổi.

Từ khoá: Túi thừa bàng quang, ung thư túi thừa bàng quang.

SUMMARY

CARCINOMA OF THE BLADDER DIVERTICULUM: A CASE REPORT

Objective: Description of the pathology characteristics and treatment results of a case of carcinoma of the bladder diverticulum.

Patients and methods: A case report was performed on a case with carcinoma of the

[1]*Đại học Y Dược Hải Phòng.*
[2]*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*
Liên hệ tác giả: BS Trần Thanh Tùng.
Email: tttung@hpmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 26/7/2021
Ngày phản biện: 30/7/2021
Ngày duyệt đăng: 25/9/2021

bladder diverticulum, treated by partial cystectomy at 108 Military Central Hospital in December 2020.

Results: The definitive diagnosis of carcinoma of bladder diverticulum based on imaging diagnosis, and preoperative biopsy while cystourethroscopy did not identify the diverticulum. The partial cystectomy along with the diverticulum was carried out without any peri- or post-operative complications. There was no sign of recurrence 6 months after surgery.

Conclusion: carcinoma of the bladder diverticulum is a rare disease. In some cases, the cystoscopy results are atypical, the diagnosis is confirmed based on imaging, and biopsies should be performed before surgery (if possible). The partial cystectomy is a good choice for elderly patients.

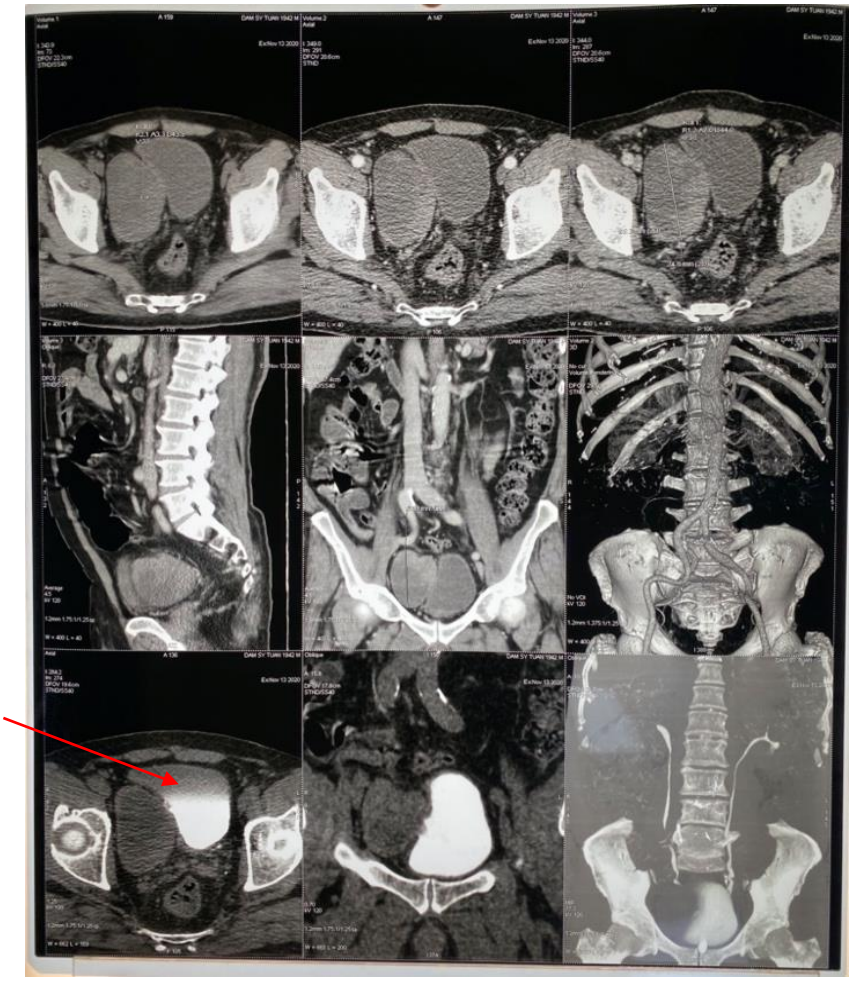
***Keyword*:** bladder diverticulum, carcinoma of bladder diverticulum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa bàng quang (TTBQ) là phần niêm mạc bàng quang thoát vị ra ngoài lớp cơ thành bàng quang với tỷ lệ từ 6 - 23,4% ở người lớn [1],[2]. Tỷ lệ ung thư phát sinh từ túi thừa bàng quang dao động từ 0,8% - 14,3%, chủ yếu là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, chiếm số ít là ung thư biểu mô tế bào vẩy; ung thư tế bào tuyến rất hiếm gặp và thường là từ nơi khác di căn tới [2],[3]. Việc chẩn đoán ung thư trong túi thừa bàng quang (UTTTBQ) còn nhiều thách thức, đặc biệt là các căn cứ để chẩn đoán giai đoạn bệnh còn thiếu chính xác và phương thức điều trị vẫn còn nhiều tranh cãi do tần suất bệnh là hiếm gặp [4],[5]. Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp bệnh nhân cao tuổi UTTTBQ chẩn đoán khó được điều trị bằng cắt một phần bàng quang cùng túi thừa tại bệnh viện TWQĐ 108.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân (BN) nam 78 tuổi, vào viện 12/2020 với chẩn đoán khối u vùng hạ vị, thiếu máu mức độ nặng, với bệnh nền là đái tháo đường type II, ngoài ra đã được phẫu thuật nội soi cắt đốt qua niệu đạo điều trị u lành tuyến tiền liệt năm 2019 (tại thời điểm đó không xác định có túi thừa bàng quang hay không). Khoảng một tháng trước khi vào viện bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi, đi tiểu nước tiểu hồng toàn bãi, thỉnh thoảng lẫn máu cục; kèm theo đau tức nhẹ vùng hạ vị lệch phải. Trước đó vài tháng, bệnh nhân cũng có từng đợt tiểu hồng toàn bãi nhưng thấy tự hết, bệnh nhân không đi khám bệnh. Bệnh không gầy sút cân, khoảng 1 tuần trước khi vào viện bệnh nhân tiểu máu thường xuyên hơn, mệt mỏi nhiều, đi khám phát hiện thiếu máu (Hồng cầu 3,85 T/l; huyết sắc tố: 51 g/l), siêu âm có khối giảm âm vùng hạ vị nghĩ đến u bàng quang, vào bệnh viện TWQĐ 108 điều trị. Kết quả chụp cắt lớp vi tính (CLVT) cho thấy hình ảnh khối cạnh thành phải bàng quang dạng túi thừa bàng quang KT 5x6cm, trong lòng túi đặc, không ngấm thuốc cản quang, chưa loại trừ u thanh mạc cơ bàng quang (Hình 1).

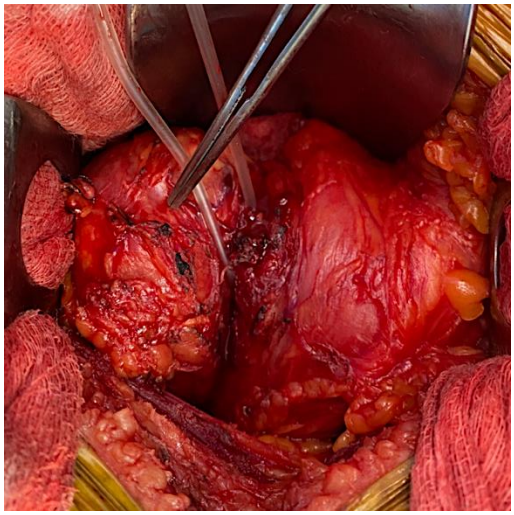


Hình 3. Hình ảnh CLVT trước mổ (Khối u ở đầu mũi tên)

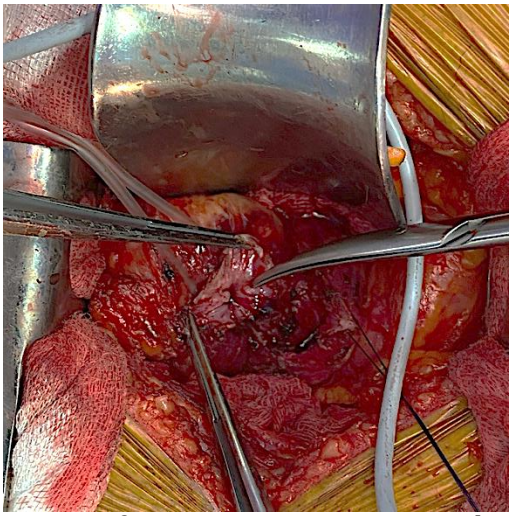
Soi bàng quang cho thấy hình ảnh niêm mạc bàng quang bình thường, hai lỗ niệu quản ở vị trí bình thường, không xác định được cổ túi thừa. Chúng tôi quyết định sinh thiết khối u qua hướng dẫn của CLVT. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhú đường niệu không xâm nhập độ thấp.

Do vậy, với chẩn đoán cuối cùng là ung thư túi thừa bàng quang (T1NxMo), chúng tôi quyết định phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa.

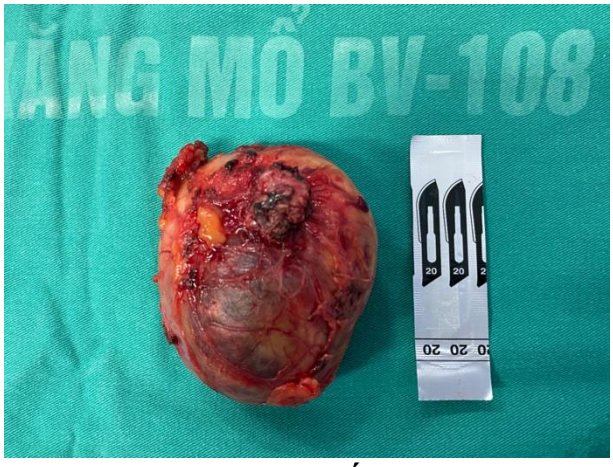
Đường mổ theo đường trắng giữa dưới rốn, sau khi bộc lộ mặt trước bàng quang, ống dẫn tinh bên phải được kẹp cắt tạo thuận lợi cho bộc lộ toàn bộ hố chậu phải cùng với túi thừa kích thước 7×5cm; cổ túi thừa được phẫu tích và nâng lên bằng 1 ống thông Modelage (Hình 2), khâu mối túi và buộc chặt; khâu treo và cắt 1 phần bàng quang viền xung quanh cổ túi thừa 2cm (Hình 3); phẫu tích lấy bỏ toàn bộ túi thừa ra khỏi hố chậu phải; kiểm tra niệu quản phải bình thường; rửa bàng quang và khâu kín bàng quang 2 lớp.



Hình 4. Cổ túi thừa đã được phẫu tích và nâng lên



Hình 5. Cổ túi thừa đã được khâu mối túi và buộc chặt, cắt 1 phần bàng quang quanh cổ túi thừa



Hình 6. Túi thừa được lấy ra nguyên vẹn (en-bloc)

Hình 7. Túi thừa đã được mở, bên trong toàn bộ là tổ chức u

Diễn biến hậu phẫu ổn định, rút dẫn lưu ổ mổ ngày thứ 4 sau mổ, thông niệu đạo được rút sau mổ 7 ngày; sau rút thông niệu đạo bệnh nhân tự tiểu tốt, nước tiểu trong, xuất viện ngày thứ 8.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư biểu mô nhú đường niệu độ ác tính cao xâm nhập lớp hạ niêm mạc (tương đương T1 theo hệ thống TNM hoặc A theo Jewett-Strong-Marshall (JSM) [6]).

Sau khi ra viện bệnh nhân không áp dụng thêm các biện pháp điều trị nào khác vì chẩn đoán sau mổ UTTTBQ ở giai đoạn T1NxMo; bệnh cạnh đó điều kiện bệnh nhân không có người chăm sóc; BN không ghi nhận bất cứ dấu hiệu bất thường gì cho đến thời điểm hiện tại là tháng thứ 7 sau điều trị.

III. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc và giai đoạn bệnh

Túi thừa bàng quang có tỷ lệ mắc thay đổi từ 6% đến 23,4% ở người lớn, ở nam gặp

nhiều hơn ở nữ giới (tỷ lệ tần lượt là 31,6% và 9%) [1],[2]; Gerridzen (1982) ghi nhận tỷ lệ túi thừa bàng quang là 48% ở BN có TSLTTTL [7]. Một số tác giả nhận định: sự thiếu hụt hoặc thiếu một lớp cơ trong túi bàng quang khiến nó không thể thải hết nước tiểu ra khỏi màng túi. Kích thích mãn tính do ứ đọng nước tiểu bên trong túi dẫn đến nhiễm trùng và viêm mãn tính và sau đó tạo điều kiện cho sự phát triển của khối u ác tính [1],[6]. Ở BN của chúng tôi TTBQ là hậu quả của TSLTTTL điều này là phù hợp với nhận định trên của tác giả. Các khối u xuất hiện trong TTBQ là không phổi biến, tỷ lệ được báo cáo là từ 0,8% đến 13%, trong đó da số là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp chiếm từ 70 – 80 %, ung thư biểu mô tế bào vẩy là 20 – 25 %, ngoài ra ung thư biểu mô tuyến được báo cáo khoảng 2% và thường là di căn từ nơi khác tới và hiện diện chủ yếu ở vùng tam giác bàng quang [2],[3].

Việc xác định mô bệnh học của các bệnh lý ung thư biểu mô đường niệu một cách thích hợp còn nhiều tranh cãi, khi hệ thông TNM chưa đáp ứng được. Năm 2003, Tổ chức Y tế Thế giới / Hiệp hội Bệnh lý Tiết niệu Quốc tế đã đưa ra một hệ thống phân loại bệnh lý tiết niệu đồng thuận của các khối u biểu mô của bàng quang tiết niệu. Sự phân loại này bao gồm các tổn thương tăng sản, tổn thương phẳng có teo và u nhú. Mỗi trong số này được chia nhỏ hơn nữa. Loại cuối cùng bao gồm u nhú, u có khả năng ác tính thấp và ung thư biểu mô cấp thấp và cấp cao [8].

Các phân chia giai đoạn của hệ thống Jewett-Strong-Marshall và hệ thống TNM của Liên minh quốc tế chống ung thư đều đánh giá bệnh cục bộ trên cơ sở khối u lan rộng dọc theo các lớp khác nhau của thành bàng quang; Hạch hoặc di căn xa thường không liên quan đến khối u bề ngoài, nhưng khả năng lây lan tăng lên đáng kể sau khi xâm lấn lớp cơ. Do đó, việc phân loại các khối u TTBQ gây ra một khó khăn duy nhất, vì các túi thừa bàng quang được hình thành do thoát vị niêm mạc thông qua các khuyết tật cơ và các thành túi thừa thiếu một lớp cơ, do vậy một số tác giả đề nghị bỏ qua giai đoạn T2 hoàn toàn khi phân giai đoạn các khối u túi thừa [5].

Dựa vào kết quả mô bệnh học và kết quả trong mổ, BN của chúng tôi được chẩn đoán sau mổ là Ung thư biểu mô nhú độ ác tính cao giai đoạn A (theo JSM) hoặc T1, Nx, Mo (theo TNM), kết quả này là phù hợp với các tác giả ở trên.

Chẩn đoán

Theo các báo cáo chùm case bệnh và các case bệnh riêng lẻ thì đái máu là biểu hiện của hầu hết UTTTBQ nói riêng và UTBQ nói chung, nhưng triệu chứng này không xảy ra liên tục và mức độ đái máu là khác nhau khiến bệnh nhân dễ bỏ qua. Ngoài ra có thể có bí tiểu, tiểu khó, chướng bụng; hiếm hơn là đau tức mạn sườn thắt lưng, phù chân hoặc khối ở xương chậu khi u to chèn ép vào niệu quản, tĩnh mạch hoặc di căn xương [5],[6].

Căn cứ chẩn đoán xác định ung thư túi thừa bàng quang là nội soi bàng quang và sinh thiết tổn thương. Tuy nhiên các khối u trong TTBQ cũng có thể khó nhìn thấy hoặc hoàn toàn bị bỏ sót khi soi bàng quang [9],[10].

Ngoài nội soi bàng quang, chẩn đoán hình ảnh là một phương pháp hỗ trợ không thể thiếu trong chẩn đoán, phân giai đoạn và quản lý UTBQ và UTTTBQ. Trong đó siêu âm Doppler và chụp cắt lớp vi tính có sử dụng thuốc cản quang là một cách hiệu quả để xác định bản chất của một tổn thương ví dụ trong trường hợp cần phân biệt khối máu tụ lấp đầy TTBQ [6].

Chúng tôi sử dụng siêu âm, phim chụp CLVT (Hình 1) và sinh thiết dưới hướng dẫn của CLVT để chẩn đoán ở bệnh nhân này do nội soi bàng quang không phát hiện bất thường bên trong lòng bàng quang.

Điều trị

Các hướng dẫn hiện hành về quản lý ung thư bàng quang không nêu bất kỳ các khuyến nghị liên quan đến điều trị UTTTBQ, ngoại trừ hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Pháp năm 2016. Trong hướng dẫn này, cắt một phần bàng quang cùng túi thừa và vét hạch chậu 2 bên được mô tả như một phương pháp điều trị tùy chọn cho các khối u giới hạn trong một TTBQ, không có CIS đồng thời và với giai đoạn tối đa của cT3 [11]. Trước đó các tác giả thường dùng các hướng dẫn về quản lý UTBQ làm căn cứ để điều trị UTTTBQ.

Hiện có các phương pháp điều trị UTBQ hiện nay gồm cắt đốt nội soi qua niệu đạo có kết hợp hóa chất hoặc không cho các u bàng quang nông; cắt bàng quang triệt căn, hóa chất hoặc xạ trị với các khối u bàng quang xâm lấn cơ [6],[12]. Tuy nhiên TTBQ không có lớp cơ mà chỉ đơn thuần là lớp niêm mạc bàng quang nên nếu điều trị bằng cắt đốt nội dễ gây thủng, hơn nữa khả năng tiếp cận được khối u bên trong túi thừa cũng khó khăn hơn, có lẽ vì vậy mà hiệu chưa có báo cáo nào về điều trị UTTTBQ bằng cắt đốt nội soi.

Hai phương pháp ngoại khoa được phần đông các tác giả áp dụng là cắt toàn bộ TTBQ cùng 1 phần bàng quang hoặc cắt toàn bộ bàng quang, có hoặc không vét hạch chậu, có hoặc không kết hợp hóa chất hoặc xạ trị sau mổ [4],[5],[13],[14].

Tác giả Chen (2016) điều trị cho một trường hợp UTTTBQ bằng PTNS cắt túi thừa và 1 phần bàng quang cách cổ túi khoảng 0,4 – 1cm kết hợp hóa trị 6 lần với 30 mg mitomycin C. Sau 6 tháng theo dõi, soi bàng quang cho thấy nhiều u nhú tái phát ở thành bên phải, thành sau trái và thành bên trái nhưng cách xa vị trí túi thừa trước đó. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt u bàng quang qua đường nội soi. Các ký tự mô bệnh học vẫn còn ở bề ngoài, ung thư biểu mô tuyến cao. Sự xâm lấn lớp dưới niêm mạc không được nhìn thấy. Thêm 6 tuần hóa trị liệu trong ổ mitomycin C đã được thực hiện. Không có thêm sự tái phát khối u được ghi nhận trong 1 năm theo dõi gần đây [1]. Tác giả Moussa (2018) điều trị cho một BN UTTTBQ kèm nhiều sỏi trong TTBQ, ban đầu tác giả ý định sử dụng cắt đốt nội soi và tán qua niệu đạo tuy nhiên không thết tiếp cận được, sau đó chuyển mổ mở cắt toàn bộ túi thừa và một phần bàng quang kèm nạo hạch chậu 2 bên, kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô nhú độ ác tính cao chưa xâm nhập mô đệm, hạch bạch huyết âm tính. Theo dõi 6 tháng sau mổ bệnh nhân được soi bàng quang kiểm tra không thấy sự tái phát của khối u [13]. Raheem (2011), đã cắt toàn bộ TTBQ cùng 1 phần bàng quang và bóc tuyến tiền liệt cho một trường hợp UTTTBQ mô học là u nhú độ I, giai đoạn pT1, G2; PSA: 0,9 ng/ml kết hợp hóa trị sau mổ. Theo dõi sau 12 tháng không có sự tái phát của tế bào u [15].

Voskuilen (2018) công bố một nghiên cứu đa trung tâm trên 115 BN UTTBQ ở giai đoạn thấp hơn hoặc bằng pT2 được điều trị bằng PT cắt toàn bộ bàng quang và cắt TTBQ cùng 1 phần bàng quang cách rìa cổ tủi thừa 1cm (Tcis là chống chỉ định với PT cắt TTBQ cùng 1 phần BQ). 81 BN được cắt toàn bộ bàng quang kèm nạo hạch chậu, 34 BN còn lại được cắt TTBQ cùng 1 phần bàng quang có hoặc không kèm vét hạch chậu. Kết

quả ghi nhận tỷ lệ sống sau 5 năm của 2 nhóm BN là lần lượt là 62% và 66%, có thể thấy hiệu quả là tương đương [4].

BN của chúng tôi có chẩn đoán giai đoạn là pT1, soi bàng quang không thấy sự hiện diện của CIS nên chúng tôi quyết định xử trí bằng cắt TTBQ và một phần BQ với dường rạch cách cổ TTBQ 2cm, trước khi cắt cổ túi thừa được thắt lại để tránh sự reo rắc tế bào u, không kèm nạo hạch và không điều trị bổ sung khác. Chúng tôi lựa chọn điều trị như vậy xuất phát từ hai lý do: 1/ trước hết, chẩn đoán mô bệnh học trước PT là ung thư biểu mô nhú đường niệu không xâm nhập độ thấp giai đoạn T1NxMo, và kết quả soi bàng quang không có tổn thương, trong quá trình PT không thấy sự xâm lấn của khối u ra bên ngoài; như vậy cắt túi thừa và một phần bàng quang cách túi thừa 2cm là phù hợp theo các tác giả trên; 2/ hai là BN tuổi cao, thể trạng trước mổ yếu, nếu PT kèm vét hạch sẽ tăng nguy cơ cho BN, hơn nữa các hướng dẫn điều trị cho giai đoạn T1 không yêu cầu vét hạch; bên cạnh đó điều kiện của BN không có người ở cùng chăm sóc, nên việc đi lại thăm khám sau điều trị là tương đối khó khăn. Cho đến thời điểm hiện tại là sau 7 tháng điều trị bệnh nhân hoàn toàn khỏe mạnh.

IV. KẾT LUẬN

UTTTBQ là một bệnh lý hiếm gặp, chẩn đoán quyết định dựa vào soi bàng quang, sinh thiết làm mô bệnh học và kết hợp chẩn đoán hình ảnh. Phẫu thuật cắt một phần bàng quang cùng túi thừa là lựa chọn phù hợp với những bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen H. E., Lin Y. C., Cheng Y. H. (2016)**, Urothelial carcinoma arising within bladder diverticulumd. Report of a case and review of the literature, Urological Science. 27, 177-180.
2. **Hazra S. P., Priyadarshi V., Awasthi N. et al. (2013)**, Bladder Diverticulum with Stone and Transitional Cell Carcinoma: A Case Report, UroToday International Journal. 6(5).
3. **Matsuhashi N, Kazuya Yamaguchi K., Tamura T. et al. (2005)**, Case report: Adenocarcinoma in bladder diverticulum, metastatic from gastric cancer, World Journal of Surgical Oncology. 3(1), 55.
4. **Voskuilen C. S., Seiler R., Rink M. et al. (2018)**, Urothelial Carcinoma in Bladder Diverticula: A Multicenter Analysis of Characteristics and Clinical Outcomes, European Urology Focus.
5. **Golijanin D., Yossepowitch O., Beck S. D. et al (2003)**, Carcinoma in a Bladder Diverticulum: Presentation and Treatment Outcome, The Journal of Urology. 170(5), 1761-1764.
6. **Matta E. J., Kenney A. J., Barre´ G. M. et al. (2005)**, Best Cases from the AFIP - Intradiverticular Bladder Carcinoma, RadioGraphics. 25, 1397–1403.
7. **Gerridzen R. G., & Futter N. G. (1982)**, Ten-year review of vesical diverticula, Urology. 20(1), 33-35.
8. **Epstein J. I. (2003)**, The new World Health Organization/International Society of Urological Pathology (WHO/ISUP) classification for TA, T1 bladder tumors: is it an improvement?, Critical Reviews in Oncology/Hematology. 47(2), 83-89.
9. **Dondalski M., White E. M., Ghahremani G. G. et al. (1993)**, Carcinoma arising in urinary bladder diverticula: imaging findings in six patients, American Journal of Roentgenology. 161(4), 817–820.

10. **Baniel J. & Vishna T. (1997)**, Primary transitional cell carcinoma in vesical diverticula, Urology. 50(5), 697–699.
11. **Rouprêt M., Neuzillet Y., Masson-Lecomte A. et al. (2016)**, Recommandations en onco-urologie 2016-2018 du CCAFU : Tumeurs de la vessie, Progrès En Urologie. 27, S67-S91.
12. **Vũ Lê Chuyên (2012)**, Phẫu thuật cắt bàng quang. NXB Y học, TP. Hồ Chí Minh.
13. **Moussa M., Chakra A. M. (2018)**, Urothelial carcinoma arising from a bladder diverticulum containing multiple stones: A case report, Urology Case Reports. 20, 80-82.
14. **Häcker A., Riedasch G., Langbein S. (2003)**, Diverticular Carcinoma of the Urinary Bladder: Diagnosis and Treatment Problems. A Case Report, Medical Principles and Practice. 14(2), 121-124.
15. **Raheem O. A., Besharatian B., Hickey D. P. (2011)**, Surgical management of bladder transitional cell carcinoma in a vesicular diverticulum: case report, Can Urol Assoc J. 5(4), e60-e64.

MÔ TẢ CHỨC NĂNG BÀNG QUANG VÀ LIÊN QUAN ĐẾN HỆ TIẾT NIỆU TRÊN Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ DỊ TẬT NỨT ĐỐT SỐNG BẨM SINH

Nguyễn Duy Việt[1], Lê Anh Dũng[1], Đỗ Mạnh Hùng[1], Vũ xuân Hoàn[1], Nguyễn Thanh Liêm[2]

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả kết quả đo áp lực bàng quang và liên quan đến hệ tiết niệu trên ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

Đối tượng và phương pháp: hồi cứu 62 bệnh sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện nhi Trung ương, từ 01/2013 đến 31/03/2019. Tất cả bệnh nhân được siêu âm hệ tiết niệu mô tả tình trạng giãn bể thận - niệu quản, chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng mô tả tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản theo phân loại quốc tế và đo áp lực bàng quang với các chỉ số như độ giảm co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O, $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

Kết quả: có 62 bệnh nhân dị tật nứt đốt sống bẩm sinh trong đó thoát vị - tủy màng tủy chiếm 72,6% và thoát vị mỡ - tủy màng tủy chiếm 27,4%. Giới nam là 43,5% và 53,6% là giới nữ. Có 29 bệnh nhân trào ngược bàng quang - niệu quản chiếm 46,8% và có 20 bệnh nhân giãn bể thận - niệu quản chiếm 32,3%. Kết quả đo áp lực bàng quang với 41,9% bệnh nhân giảm độ co giãn bàng quang, 12,9% trường hợp thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và 22,6% bệnh nhân có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O. Với bệnh nhân giảm độ co giãn bàng quang có 65,4% giãn bể thận - niệu quản và 65,4% trào ngược bàng quang - niệu quản có ý nghĩa thống kê. Với trường hợp thể tích bàng quang so tuổi < 65% có 75,0% giãn bể thận - niệu quản và 75,0% trào

[1]*Bệnh viện Nhi Trung Ương*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec*
Liên hệ tác giả: ThS.BS. Nguyễn Duy Việt
Email: bsnguyenduyviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 11/6/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 5/8/2021

ngược bàng quang - niệu quản, có ý nghĩa thống kê. Với bệnh nhân có áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O có 64,3% giãn bể thận - niệu quản và 71,4% trào ngược bàng quang - niệu quản,có ý nghĩa thống kê.

Kết luận: Giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O là yếu tố liên quan đến tình trạng giãn bể thận - niệu quản; trào ngược bàng quang - niệu quản ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt bẩm sinh.

Từ khóa: bàng quang thần kinh, dị tật nứt đốt sống bẩm sinh, đo áp lực bàng quang

SUMMARY

BLADDER FUNCTION AND ASSOCIATED WITH UPPER URINARY TRACT IN PATIENTS POST - OPERATIVE SPINAL BIFIDA

Purpose: to discrible results of cystometry and relation to upper urinary tract in patients post-operative spinal bifida

Materials and Methods: Retrospectively reviewed the records of 62 patients in postoperative spinal bifida patients from 01.2013 to 31.03.2019 at Nattional Hospital of Peadiatrics. All patients were done urinary tract ultralsound to fingure out renal pelvis - ureter dilatation. Who also were done cystogram to find out vesico - ureter reflux. Patients were done cystometry with parameters: low compliance, bladder capacity for age < 65%, bladder pressure ≥ 30 cmH_2O, $p<0.05$ statistical significantly.

Results: 62 patients in post - operative spinal bifida include myelomeningocele 72.6% and limpomyelomeningocele 27.4%. Male was 43.5%, female was 53.6%. 29 patients with vesico-ureter reflux as 46.8% and 20 patients with renal pelvis - ureter dilation as 32.3%. Cystometry results showed 41.9% patients with low bladder compliance, 12.9% cases with bladder capacity for age < 65% and 22.6% patients with bladder pressure ≥ 30cmH_2O. Patients with low compliance had 65.4% renal pelvis - ureter dilatation and 65.4% vesico - ureter reflux, patients with bladder capacity for age < 65% had 75.0% renal pelvis - ureter dilatation and 75.0% vesico - ureter reflux, patients with bladder pressure ≥ 30 cmH_2O had 64.3% renal pelvis - ureter dilatation and 71.4% vesico - ureter reflux, statistical significantly.

Conclusion: low bladder compliance, bladder capacity for age < 65% and bladder pressure ≥ 30 cmH_2O related to renal pelvis - ureter dilatation and vesico - ureter reflux sitasitistic significantly patients in post - operative spinal bifida.

Key words: neurogenic bladder, spinal bifida, cystometry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bàng quang thần kinh hay rối loạn chức năng bàng quang thần kinh là hiện tượng rối loạn chức năng của hệ tiết niệu dưới do tổn thương hoặc bệnh lý thần kinh [1]. Dị tật nứt đốt sống (DTNĐS) bẩm sinh là nguyên nhân thường gặp gây bàng quang thần kinh ở trẻ em, dị tật này liên quan đến thiếu hụt chất axit folic ở thời kỳ mang thai, tỷ lệ DTNĐS bẩm sinh khoảng 0,3- 4,5/1000 trẻ sơ sinh sống trên thế giới, trong đó thoát vị tủy màng tủy chiếm đa số khoảng 95% [2],[3]. Rỉ nước tiểu, tổn thương hệ tiết niệu trên như giãn bể thận - niệu quản, trào ngược bàng quang - niệu quản và tổn thương sẹo thân liên quan đến rối loạn chức năng bàng quang ở bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh [4]. Đo áp lực bàng quang giúp pháp hiện các yếu tố nguy cơ gây tổn thương hệ tiết niệu, như áp lực bàng quang (ALBQ) cao, giảm độ co giãn bàng quang (CGBQ), thể tích bàng quang (TTBQ) nhỏ so với tuổi [2]. Từ đó đưa ra phác đồ điều trị phù hợp giúp bảo tồn chức năng

thận. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài *"Mô tả chức năng bàng quang và liên quan đến hệ tiết niệu trên ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu 62 bệnh sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh tại Bệnh viện nhi Trung ương, từ 01/2013 đến 31/03/2019. Tất cả bệnh nhân được siêu âm hệ tiết niệu mô tả tình trạng giãn bể thận - niệu quản, chụp niệu đạo - bàng quang ngược dòng mô tả tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản theo phân loại quốc tế [5]. Và đo áp lực bàng quang với các chỉ số như độ giảm co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O. Phân tích thống kê mô tả mối liên quan chức năng bàng quang với tình trạng hệ tiết niệu trên, p < 0,05 có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 62 bệnh nhân được đo áp lực bàng quang sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh vùng thắt lưng cùng cụt, trong đó giới nam chiếm 43,5% và 53,6% trường hợp là trẻ nữ. Phân loại DTNĐS bẩm sinh bao gồm thoát vị tủy - màng tủy chiếm đa số 72,6% và 27,4% trường hợp thoát vị mỡ - tủy màng tủy. Tuổi trung bình thời điểm đánh giá là 3,2 ± 2,8 tuổi (0,3 - 11,5 tuổi). Có 29 bệnh nhân trào ngược bàng quang - niệu quản chiếm 46,8% và có 20 bệnh nhân giãn bể thận - niệu quản chiếm 32,3%.

Bảng 1. Kết quả đo áp lực bàng quang

Chức năng bàng quang		n	Tỷ lệ (%)
Độ CGBQ	Bình thường	36	58,1
	Giảm	26	41,9
ALBQ	< 30 cmH_2O	48	77,4
	≥ 30 cmH_2O	14	22,6
TTBQ	≥ 65%	54	87,1
	< 65%	8	12,9

Nhận xét: có 8 bệnh nhân chiếm 12,9% TTBQ nhỏ, 26 bệnh nhân chiếm 41,9% giảm độ CGBQ và 14 bệnh nhân chiếm 22,6% có ALBQ ≥ 30 cmH_2O.

Bảng 2. Liên quan chức năng bàng quang với giãn BT - NQ

Chức năng bàng quang	Siêu âm hệ tiết niệu		n	p
	Giãn BT - NQ	Không giãn BT - NQ		
Giảm độ CGBQ	65,4%	34,6%	26	0,001
TTBQ < 65%	75,0%	25,0%	8	0,011
ALBQ ≥ 30 cmH_2O	64,3%	35,7%	14	0,004

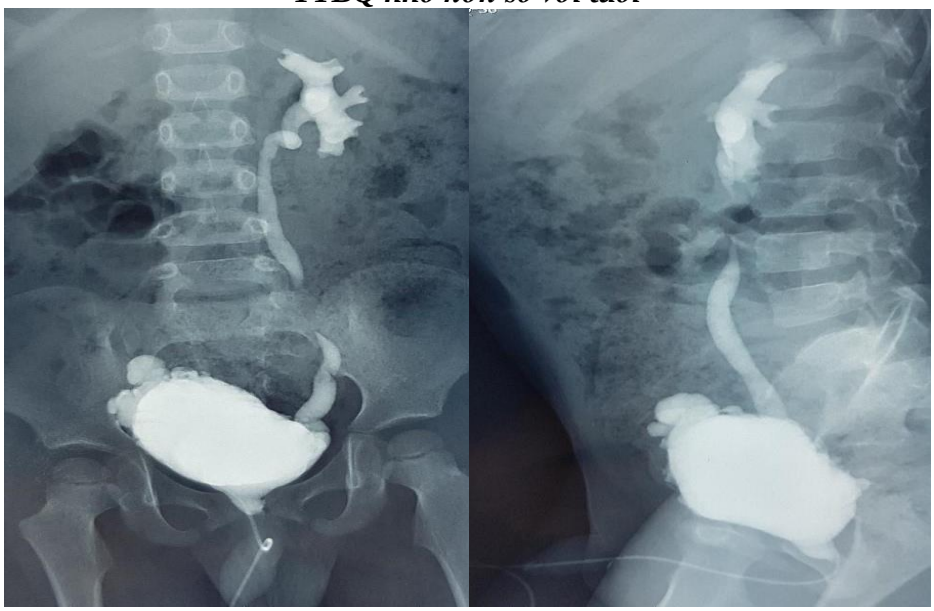
Nhận xét: Giảm độ CGBQ, TTBQ so tuổi < 65% và ALBQ ≥ 30 cmH_2O liên quan đến tình trạng giãn bể thận - niệu quản, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Liên quan chức năng bàng quang với trào ngược BQ - NQ

Chức năng bàng quang	Chụp niệu đạo - bàng quang		n	p
	Trào ngược BQ - NQ	Không trào ngược BQ - NQ		
Giảm độ CGBQ	65,4%	34,6%	26	0,013
TTBQ < 65%	75,0%	25,0%	8	0,091
ALBQ ≥ 30 cmH_2O	71,4%	28,6%	14	0,036

Nhận xét: Giảm độ CGBQ và ALBQ ≥ 30 cmH_2O liên quan đến tình trạng trào ngược bàng quang - niệu quản.

Hình 1. Hà Huy V, mã hồ sơ 140349219, giảm độ CGBQ, ALBQ > 40 cmH_2O, TTBQ nhỏ hơn so với tuổi



Hình 2. Hà Huy V, mã hồ sơ 140349219, trào ngược BQ - NQ bên trái độ III trên phim chụp niệu đạo bàng quang thẳng - nghiêng.

IV. BÀN LUẬN

Đo áp lực bàng quang giúp phát hiện các yếu tố nguy cơ gây trào ngược BQ - NQ, giãn BT - NQ ở bệnh nhân BQTK như: ALBQ cao, giảm độ CGBQ, giảm TTBQ, bất đồng vận cơ bàng quang và cơ thắt niệu đạo [2].

Độ co giãn bàng quang: kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 41,9% bệnh nhân giảm độ CGBQ (bảng 1), ở nhóm này có 65,4% trường hợp giãn BT - NQ và 65,4% trào ngược BQ - NQ, liên quan có ý nghĩa thống kê (bảng 2 và bảng 3). Kết quả của chúng tôi tương tự với các tác giả khác như Kurzrock và cs (1998) khi tiến hành đánh giá tổn thương thận ở 90 bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh, kết quả có 47 bệnh nhân chiếm 52,2% trường hợp giãn BT - NQ hoặc trào ngược BQ - NQ, ở những bệnh nhân này có 68,1% trường hợp giảm độ CGBQ, có ý nghĩa thống kê [6]. Ma và cs (2013) tiến hành phân tích yếu tố gây giãn BT - NQ ở 120 bệnh nhân DTNĐS có 47,5% bệnh nhân có giảm độ CGBQ, trong nhóm giảm độ CGBQ có 47,4% giãn BT - NQ, với p< 0,05 [7]. Một nghiên cứu khác của tác giả Bruschini và cs (2006) thấy có 30 bệnh nhân trào ngược BQ - NQ ở bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh, trong số bệnh nhân trào ngược BQ - NQ thấy có 60,0% trường hợp giảm độ CGBQ. Giảm độ CGBQ liên quan đến trào ngược BQ - NQ có ý nghĩa thống kê [8].

Áp lực bàng quang: kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 22,6% bệnh nhân có ALBQ ≥ 30 cmH_2O (bảng 1), ở nhóm này có 64,3% trường hợp giãn BT - NQ và 71,4% bệnh nhân trào ngược BQ - NQ (bảng 2. và bảng 3), có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả của Kurzrock và cs (1998) khi tiến hành hồi cứu kết quả đo ALBQ của 90 bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh thấy ALBQ tại thời điểm xuất hiện rỉ nước tiểu 17/47 (36,2%) > 40 cmH_2O liên quan có ý nghĩa thống kê đến tình trạng giãn BT - NQ và/hoặc trào ngược BQ - NQ là 47/90 (52,2%) [6]. Bruschini và cs (2006) tiến hành đánh giá 104 bệnh nhân thoát vị tủy - màng tủy, tuổi trung bình là 5 tuổi. Ở bệnh nhân có ALBQ > 40 cmH_2O tại thời điểm xuất hiện rỉ nước tiểu có 25/30 (83,3%) trường hợp trào ngược BQ - NQ, p < 0,001 [8]. Wang và cs (2006) khi nhận xét một số tham số niệu động học tiên lượng tổn thương hệ tiết niệu trên ở bệnh nhân DTNĐS bẩm sinh có 103/200 (51,5%) trường hợp có giãn BT - NQ và trào ngược BQ - NQ, 97/200 (49,5%) không có giãn BT - NQ và trào ngược BQ - NQ. ALBQ tại thời điểm xuất hiện rỉ nước tiểu > 40 cmH_2O có nguy cơ tổn thương hệ tiết niệu trên, p<0,001 [9]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của một số tác giả chỉ ra là ALBQ cao, giảm độ CGBQ là yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng trào ngược BQ - NQ và nhóm giãn BT - NQ. Điều này có thể giải thích là do khi ALBQ cao, giảm độ CGBQ hoặc có khi làm thay đổi cấu trúc phần nối niệu quản - bàng quang dẫn đến lỗ niệu quản mở rộng gây trào ngược BQ - NQ, hoặc làm hẹp cấu trúc nối bàng quang - niệu quản gây giãn BT - NQ.

Thể tích bàng quang: kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 12,9% trường hợp có TTBQ so tuổi < 65% (bảng 1), nhóm này có 75,0% trường hợp giãn BT - NQ và 75,0% bệnh nhân trào ngược BQ - NQ (bảng 2 và bảng 3). Kết quả của chúng tôi khác với kết quả của tác giả Ma và cs (2013) phân tích yếu tố gây giãn BT - NQ ở 120 bệnh nhân DTNĐS. Có 43 bệnh nhân chiếm 35,8% có TTBQ so tuổi < 50%, nhóm này có 11/43 (25,6%) trường hợp giãn BT - NQ và có 32/43

(74,4%) trường hợp không giãn BT - NQ (p > 0,05), kết luận của nghiên cứu chỉ ra TTBQ nhỏ không liên quan đến tình trạng giãn BT - NQ [7]. Prakash và cs (2017) đánh giá yếu tố gây tổn thương hệ tiết niệu trên ở 30 bệnh nhân BQTK, nguyên nhân do DTNĐS bẩm sinh chiếm đa số 22/30 (73,3%) và 24 bệnh nhân được đo ALBQ. Kết quả có 7/24 (29,2%) bệnh nhân có TTBQ > 80% bình thường so với tuổi, 7/24 (29,2%) trường hợp có TTBQ < 75% so tuổi và 10/24 (41,7%) bệnh nhân có TTBQ < 50% so với tuổi. Nghiên cứu chỉ ra TTBQ nhỏ hơn so với tuổi không liên quan đến tổn thương hệ tiết niệu trên (theo định nghĩa trong nghiên cứu của tác giả bao gồm giãn BT - NQ, trào ngược BQ - NQ hoặc tổn thương sẹo thận trên xạ hình thận) [10]. Điều này có thể giải thích ở mỗi nghiên cứu nếu như TTBQ nhỏ hơn so với tuổi mà không thay đổi lớn đối với độ CGBQ và ALBQ cao thì có thể sẽ không ảnh hưởng tới tình trạng BT - NQ, cũng như tình trạng trào ngược BQ - NQ.

V. KẾT LUẬN

Giảm độ co giãn bàng quang, thể tích bàng quang so với tuổi < 65% và áp lực bàng quang ≥ 30 cmH_2O là yếu tố liên quan đến tình trạng giãn bể thận - niệu quản; trào ngược bàng quang - niệu quản ở bệnh nhân sau mổ dị tật nứt đốt sống bẩm sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ginsberg D** (2013). The Epidemiology and Pathophysiology. Am J Manag Care, 19, 191-196.
2. **Bauer S.B** (2008). Neurogenic bladder: etiology and assessment. Pediatr Nephrol, 23(4), 541-51.
3. **De Jong T.P, Chrzan R, Klijn A.J et al** (2008). Treatment of the neurogenic bladder in spina bifida. Pediatr Nephrol, 23(6), 889-96.
4. **Mourtzinos A and Stoffel J.T** (2010). Management goals for the spinal bifida neurogenic bladder: a review from infancy to adulthood. Urol Clin North Am, 37(4), 527-35.
5. **Lebowitz R.L, Olbing H, Parkkulainen K.V et al** (1985). International system of radiographic grading of vesicoureteric reflux Pediatr Radiol 15, 105-109.
6. **Kurzrock E.A and Polse S** (1998). Renal deterioration in myelodysplastic children: urodynamic evaluation and clinical correlates. J Urol, 159(5). 1657-61.
7. **Ma Y, Li B, Wang L et al** (2013). The predictive factors of hydronephrosis in patients with spina bifida: reports from China. Int Urol Nephrol, 45(3), 687-93.
8. **Bruschini H, Almeida F.G, Srougi M et al** (2006). Upper and lower urinary tract evaluation of 104 patients with myelomeningocele without adequate urological management. World J Urol, 24(2), 224-8.
9. **Wang Q.W, Wen J.G, Song D. K et al** (2006). Is it possible to use urodynamic variables to predict upper urinary tract dilatation in children with neurogenic bladder-sphincter dysfunction? BJU Int, 98(6), 1295-300.
10. **Prakash R, Puri A, Anand R et al** (2017). Predictors of upper tract damage in pediatric neurogenic bladder. J Pediatr Urol, 13(5), 503 e1-503 e7.

KHẢO SÁT SỰ ĐÀO THẢI SỎI Ở BỆNH NHÂN MANG THÔNG JJ SAU NỘI SOI NGƯỢC DÒNG ĐIỀU TRỊ SỎI NIỆU QUẢN

Lê Đình Khánh[1], Nguyễn Nhật Minh[1], Võ Minh Nhật[1], Nguyễn Xuân Mỹ[1], Lê Đình Đạm[1], Nguyễn Bảo Chi[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tỉ lệ đào thải mảnh sỏi ở bệnh nhân mang thông JJ sau nội soi niệu quản tán sỏi và một số yếu tố liên quan đến sự đào thải này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu trên 72 bệnh nhân có sỏi niệu quản 1 bên, không kèm sỏi ở vị trí khác của hệ tiết niệu. Bệnh nhân được nội soi niệu quản tán sỏi bằng laser holmium và được đặt thông JJ niệu quản sau phẫu thuật. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá tình trạng đào thải mảnh sỏi 1,2,3 tháng sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu: tỉ lệ còn sỏi mảnh với sỏi 1/3 trên sau 1,2 3 tháng lần lượt 25%, 20%, 20%, với sỏi 1/3 giữa là 28%, 16%, 0%, và với sỏi 1/3 dưới là 7,4%, 3,7%, 3,7%. Tỉ lệ sạch mảnh sỏi chung sau 1,2,3, tháng lần lượt là 80,5%, 83,3% và 94%. Không có sự liên quan giữa sự đào thải mảnh sỏi với giới tính và mức độ ứ nước của thận (p>0,05). Sỏi 1/3 trên có khả năng còn mảnh sỏi gấp 7,5 lần so với vị trí 1/3 dưới với p = 0,046 < 0,05; OR = 7,453; CI95% (1,028- 68,658). Kích thước sỏi tăng 1mm thì khả năng còn mảnh sỏi tăng lên 1,2 lần với p = 0,041 < 0,05; OR = 1,231; CI95% (1,104-1,682).

Kết luận: Sau nội soi niệu quản tán sỏi bằng laser holmium kèm đặt thông JJ niệu quản, các mảnh sỏi vẫn có thể đào thải 80,5%, 83,3% và 94% tương ứng sau 1,2, 3 tháng sau phẫu thuật. Kích thước và vị trí sỏi là các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng đào thải mảnh sỏi khi còn mang thông JJ.

Từ khoá: thông JJ, nội soi niệu quản tán sỏi, sỏi niệu quản, sự đào thải tự nhiên của mảnh sỏi.

SUMMARY

EVALUATION THE SPONTANEOUS PASSAGE OF STONE FRAGMENTS IN PATIENS WITH DOUBLE J URETERAL STENT AFTER URETEROSCOPY LITHOTRYPSY

Objective: to evaluate the spontaneous passage of stone fragments in patients with double J ureteral stent after ureteroscopy lithotripsy and some factors related to that.

Materials and methods: A prospective study on 72 patients with ureteral stones on one side, without other urinary stones at the same time. The patient underwent holmium laser ureteroscopy lithotripsy and a double J ureteral stent was placed after surgery.

Results: the rate of remaining stone fragments in lithotripsy of 1/3 upper ureteral stones after operation 1,2 3 months, respectively 25%, 20%, 20%, in that of 1/3 middle ureteral stones is 28%, 16%, 0%, and in that of 1/3 lower ureteral stones stones is 7.4%, 3.7%, 3.7%. The spontaneous passage of stone fragments after operation 1,2,3 months was 80.5%, 83.3% and 94%, respectively. There was no relationship between the elimination of stone fragments with gender and the degree of hydronephrosis (p>0.05). The probability of remaining stone

[1]*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế*
Liên hệ tác giả: Lê Đình Khánh.
Email: ldkhanh@huemed-univ.edu.vn
Ngày nhận bài: 10/9/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

fragments after lithotripsy of the 1/3 upper ureteral stones is 7.5 times higher than that after lithotripsy of the 1/3 lower ureteral stones (p= 0.046 < 0.05; OR = 7,453; CI95%,1,028-68,658). If the size of the stone increases by 1mm, the probability of remaining stone fragments increases by 1.2 times (p = 0.041 < 0.05; OR = 1.231; CI95%, 1.104-1.682).

Conclusion: the spontaneous passage of stone fragments in patients with double J ureteral stent after ureteroscopy lithotripsy is 80.5%, 83.3% and 94% respectively after operation 1, 2, 3 months. Stone size and location are factors affecting the ability to eliminate stone fragments while carrying a double J ureteral stent.

Keywords: double J ureteral stent, ureteroscopy lithotripsy, ureteral stones, spontaneous passage of stone fragments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản (NQ) là một bệnh lý phổ biến, đứng hàng đầu trong các bệnh lý của hệ tiết niệu, chiếm tỉ lệ đáng kể 28-40%. Sỏi NQ có thể gây tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn hệ thống bài niệu phía trên, gây nên các triệu chứng và biến chứng tắc nghẽn đường dẫn niệu [3]. Nội soi niệu quản tán sỏi bằng laser hiện nay được xem là phương pháp được chọn lựa đầu tiên điều trị sỏi niệu quản. Ở Việt Nam phương pháp này đã được triển khai ở hầu hết các cơ sở y tế tuyến tỉnh và huyện. Tuy nhiên trong điều kiện của Việt Nam, hầu hết các tác giả sau khi tán vỡ sỏi đều không lấy mảnh sỏi mà đặt thông JJ và để mảnh sỏi tự đào thải, đây là điểm khác biệt so với kỹ thuật mà phần lớn các nước tiên tiến trên thế giới áp dụng. Đã có nhiều đề tài trong nước công bố liên quan đến tỉ lệ đào thải mảnh sỏi sau tán sỏi niệu quản nội soi[5], [6].Với mong muốn góp thêm số liệu nghiên cứu vào lĩnh vực nội soi tán sỏi bằng laser, đánh giá sự đào thải mảnh sỏi hay nói cách khác là sự sạch sỏi theo thời gian sau mổ khi bệnh nhân mang thông JJ, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm khảo sát sự đào thải mảnh sỏi sau tán sỏi và một số yếu tố liên quan đến sự đào thải này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 72 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản và được chỉ định điều trị bằng phương pháp nội soi NQ ngược dòng tán sỏi bằng laser Holmium thành công tại khoa Tiết niệu-Thần kinh Bệnh viện Đại học Y- Dược Huế từ tháng 5/2020 đến tháng 3/2021

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi niệu quản một bên dựa trên X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị và siêu âm bụng, Không có thêm sỏi đồng thời ở vị trí khác của hệ tiết niệu. Kích thước sỏi theo chiều dọc lớn nhất ≤ 20 mm [9]. Những bệnh nhân có 2 viên thì vị trí 2 viên phải sát nhau trên cùng niệu quản và tổng kích thước sỏi ≤ 20 mm. Không chọn bệnh nhân có ≥ 3 viên sỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: không có nhiễm khuẩn hệ tiết niệu, những bệnh nhân có bất thường về giải phẫu tiết niệu, đang có các bệnh lý nội khoa có chống chỉ định phẫu thuật và những bệnh nhân không được theo dõi theo đúng quy trình nghiên cứu.

Phương pháp: Bệnh nhân được khám để chẩn đoán và ghi nhận các thông tin chung, làm các xét nghiệm. Các bệnh nhân trong nhóm đủ tiêu chuẩn sẽ được điều trị bằng nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng laser Holmium YAG, với công suất 20W. Tiêu chuẩn thành công khi các mảnh sỏi <3mm. Sau khi tán sỏi, không thực hiện gắp hết mảnh sỏi. Kiểm tra niệu quản trước khi rút ống soi và đặt thông JJ niệu quản. Bệnh nhân

tái khám ở các thời điểm 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng sau phẫu thuật để tiến hành đánh giá sự đào thải mảnh sỏi. Ở mỗi thời điểm tái khám, bệnh nhân sẽ được kiểm tra về lâm sàng, siêu âm bụng, chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị. Đánh giá sạch sỏi nếu mảnh sỏi đào thải hết, không thấy trên X quang và siêu âm, cho rút thông JJ. Nếu còn mảnh sỏi trên X quang và siêu âm, ghi nhận vị trí mảnh sỏi còn sót và hẹn tái khám sau 2 tháng và đánh giá như sau 1 tháng. Tiếp tục như vậy sau 3 tháng nếu mảnh sỏi nhỏ ≤ 3 mm [12]. Chúng tôi đánh giá kết quả chung của sự đào thải mảnh sỏi sau 3 tháng điều trị và khảo sát một số yếu tố liên quan đến sự đào thải này như: giới tính, số lượng sỏi, vị trí sỏi, kích thước sỏi, độ ứ nước thận,…

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi	**Tuổi trung bình: 49,1 ± 12,03**		
Giới	Nam	Nữ	
	40 (55,6%)	32 (44,5%)	
Tiền sử	Can thiệp	Không can thiệp	
	19 (26,4%)	53 (73,6%)	
Lý do vào viện	Đau vùng hông lưng	Đau quặn thận	Rối loạn tiểu tiện
	66 (91,7%)	2 (2,8%)	4 (5,6%)

Bảng 2: Đặc điểm sỏi

Vị trí sỏi (n=72)	1/3 trên	1/3 giữa	1/3 dưới	
	20 (27,8%)	25 (34,7%)	27 (37,5%)	
Bên bị sỏi (n=72)	Bên phải	Bên trái		
	34 (47,2%)	38 (52,8%)		
Kích thước sỏi (n=83)	≤ 5mm	6-10mm	11-15mm	>15mm
	8 (9,6%)	34 (41%)	33 (39,85)	8 (9,6%)
Số lượng sỏi/ niệu quản (n=72)	1 viên	2 viên		
	61 (84,8%)	11 (15,2%)		

Kích thước sỏi trung bình 10,84 ± 3,85 mm, viên sỏi có kích thước lớn nhất là 19mm, kích thước viên sỏi bé nhất là 4mm. Siêu âm đánh giá độ ứ nước của thận bên có sỏi cho thấy hầu hết đều có giãn đài bể thận và niệu quản trên sỏi, chiếm 94,4%.

Bảng 3: Sự đào thải mảnh sỏi (tỉ lệ cộng dồn)

Vị trí sỏi	**Sau 1 tháng**		**Sau 2 tháng**		**Sau 3 tháng**	
	Hết sỏi	**Còn sỏi**	**Hết sỏi**	**Còn sỏi**	**Hết sỏi**	**Còn sỏi**
1/3 trên (n=20)	15 (75%)	5 (25%)	16 (80%)	4 (20%)	16 (80%)	4 (20%)
1/3 giữa (n=25)	18 (72%)	7 (28%)	21 (84%)	4 (16%)	25 (100%)	0 (0%)
1/3 dưới (n=27)	25(92,6%)	2(7,4%)*	26 (96,3%)	1 (3,7%)*	26 (96,3%)	1(3,7%)*

Tỉ lệ cộng dồn cho thấy tỉ lệ sạch sỏi đối với sỏi 1/3 dưới cao có ý nghĩa thống kê với các nhóm khác (p<0,05*), trong đó nhóm sỏi 1/3 trên sau 3 tháng có tỉ lệ còn sỏi cao hơn hết.

Bảng 4: Mối liên quan giữa đào thải sỏi và một số yếu tố

		Hết sỏi	**Còn sỏi**	**p**
Giới	Nam	37 (92,5%)	3 (7,5%)	0,836
	Nữ	30 (93,8%)	2 (6,2%)	
Kích thước sỏi	≤ 5mm	8 (100%)	0 (0%)	0,010
	6- 10mm	34 (100%)	0 (0%)	
	11-15mm	31 (93,3%)	2 (6,7%)	
	>15mm	5 (62,5%)	3 (37,5%)	
Vị trí sỏi	1/3 trên	16 (80%)	4 (20%)	0,029
	1/3 giữa	25 (100%)	0 (0%)	
	1/3 dưới	26 (93,1%)	1 (6,9%)	
Số lượng sỏi	1 viên	59 (96,7%)	2 (3,3%)	0,023
	Nhiều viên	8 (72,7%)	3 (27,2%)	
Độ ứ nước thận	Không ứ nước	4 (100%)	0 (0%)	0,721
	Độ I	25 (96,2%)	1(3,8%)	
	Độ II	25 (92,6%)	2 (7,4%)	
	Độ III	13 (86,7%)	2 (13,3%)	

Theo dõi khi tái khám sau tán sỏi, có 71/72 bệnh nhân không còn các triệu chứng lâm sàng, chiếm 98,6%. Chỉ còn 1 bệnh nhân có thận ứ nước độ I trên siêu âm, chiếm 1,4%. Sự đào thải mảnh sỏi thành công sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 80,5%, 83,33% và 94%. Không có sự liên quan giữa sự đào thải mảnh sỏi với giới tính và mức độ ứ nước của thận (p>0,05). Số lượng sỏi, vị trí sỏi và kích thước sỏi là các yếu tố có liên quan đến sự đào thải của sỏi sau tán sỏi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Bảng 5: Hồi quy đơn biến giữa khả năng đào thải mảnh sỏi với các yếu tố ở bệnh nhân được nghiên cứu

Các biến số	**B**	**Wald**	**p**	**Exp(B)(OR)**	**CI95%**
Giới	0,196	0,043	0,836	-	-
Bên bị sỏi	19,945	0,000	0,998	-	-
Vị trí sỏi1/3 dưới so với 1/3 trên	1,340	3,242	0,042	3,819	1,188-16,418
Kích thước sỏi	0,264	9,539	0,037	1,243	1,042 –1,619
Số lượng sỏi	2,404	5,924	0,015	0,090	0,013-0,626
Độ ứ nước	0,731	1,515	0,218	-	-
Bạch cầu niệu	1,815	6,926	0,072	1,163	1,002- 1,427
Hồng cầu niệu	0,936	0,753	0,302	-	-

Bảng 6: Kết quả hồi quy logistic đa biến giữa khả năng đào thải mảnh sỏi với các yếu tố vị trí sỏi, số lượng sỏi và kích thước sỏi

Các biến số	B	SE	Wald	df	p	Exp(B) (OR)	CI95%
Vị trí sỏi	2,092	3,142	3,142	1	0,046	7,453	1,028-68,658
Số lượng sỏi	- 3,343	6,368	6,368	1	0,062	-	-
Kích thước sỏi	0,259	0,143	6,181	1	0,041	1,231	1,104–1,682

Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến về các yếu tố liên quan đến sự đào thải mảnh sỏi thì nhận thấy rằng vị trí sỏi và kích thước sỏi có ý nghĩa tiên lượng đến khả năng đào thải mảnh sỏi.

Sỏi ở 1/3 trên có khả năng còn sỏi gấp 7,5 lần so với vị trí 1/3 dưới với p = 0,046 < 0,05; OR = 7,453; CI95% (1,028- 68,658).

Kích thước sỏi tăng 1mm thì khả năng còn sỏi tăng lên 1,2 lần với p = 0,041 < 0,05; OR = 1,231; CI95% (1,104-1,682)

IV. BÀN LUẬN

Số bệnh nhân ở trong độ tuổi từ 31-60 của nghiên cứu này là 56 người, chiếm tỉ lệ 77,7%. Điều này chỉ ra rằng sỏi niệu quản thường gặp ở độ tuổi lao động. Tỉ lệ nam/nữ là 1,3:1, khá tương đồng với Trần Văn Biên và CS (2018)[1]. Nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân có triệu chứng đau vùng hông lưng, chiếm tỉ lệ 94,4%, tỉ lệ này ở nghiên cứu của Trịnh Hoàng Giang và cộng sự là 90,96%, Kha Thoại Kỳ là 97,8% [2],[5].

Nội soi tán sỏi niệu quản ngày nay được mở rộng chỉ định đối với mọi vị trí của sỏi trên niệu quản[10]. Trong kỹ thuật này, ở các nước tiên tiến hiện nay được tiến hành dưới hướng dẫn của C arm và sau khi tán xong các mảnh sỏi sẽ được lấy hết trước khi kết thúc. Tuy nhiên trong điều kiện của Việt Nam hiện tại, gần như kỹ thuật này được tiến hành không có C arm và không lấy hết mảnh sỏi mà để sỏi đào thải tự nhiên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi tán sỏi, thay vì lấy hết mảnh sỏi, tất cả bệnh nhân sẽ được đặt thông JJ và được theo dõi sự đào thải mảnh sỏi theo tự nhiên sau 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng. Đat JJ niệu quản có những ưu điểm nhưng cũng có những nhược điểm. Theo Yang Y.(2018) việc đặt thông JJ sẽ gây ra tình trạng kích thích bàng quang gây khó chịu cho bệnh nhân và cản trở sự di chuyển của sỏi trong quá trình đào thải tự nhiên [13]. Muslumanoglu và CS (2017) kết luận việc đặt thông JJ sau mổ sẽ gây nên ít biến chứng hơn sau mổ hơn và cải thiện kết quả lâm sàng so với nhóm không đặt thông JJ [11]. Aboutaleb và CS (2019) nghiên cứu trên 100 bệnh nhân được đặt JJ sau nội soi tán sỏi niệu quản thì thời gian đặt thông JJ ít nhất là 2 tuần, nhiều nhất là 12 tuần và tỉ lệ đào thải mảnh sỏi ở nhóm bệnh nhân này là 96% [8]. Trần Cảnh Toàn (2020) khi nghiên cứu trên 92 bệnh nhân được đặt thông JJ sau nội soi tán sỏi niệu quản tại Khoa Tiết niệu-Thần kinh, Bệnh viện Đại học Y dược Huế thì tỉ lệ đào thải mảnh sỏi sau 3 tháng là 88%; Nguyễn Tôn Hoàng (2019) thì tỉ lệ này là 93,3% [4], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ đào thải mảnh sỏi sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 80,5%, 83,33% và 94%. Điều này có thể nói lên việc đặt JJ vẫn có thể đảm bảo được sỏi đào thải tốt.

Seitz C và CS (2007) nghiên cứu sự đào thải mảnh sỏi và đưa đến kết luận rằng, sự đào thải mảnh sỏi không chỉ phụ thuộc vào vị trí sỏi mà còn phụ thuộc vào kích thước sỏi và các yếu tố khác [12]. Vị trí sỏi, số lượng sỏi và kích thước sỏi là các yếu tố liên quan đến sự đào thải mảnh sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó có 2 yếu tố là vị trí sỏi và kích thước sỏi là vẫn còn có ý nghĩa tiên lượng đến tỉ lệ còn sỏi. Trần Cảnh Toàn (2020) cũng có chung nhận định [7].

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ xét chủ yếu về góc độ đào thải sỏi khi có JJ trong niệu quản. Tuy nhiên chúng tôi cũng ghi nhận một số vấn đề khác liên quan đến JJ. Về triệu chứng chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có cải thiện triệu chứng lâm sàng và mức độ ứ nước sau phẫu thuật tương tự một số nghiên cứu khác [1].

Hạn chế của đề tài này là không đánh giá các triệu chứng do JJ gây nên. Chúng tôi sẽ thực hiện trong một nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ đào thải mảnh sỏi ở bệnh nhân được tán sỏi nội soi niệu quản có mang thông JJ sau 1 tháng, 2 tháng và 3 tháng lần lượt là 80,5%, 83,33% và 94%. Sỏi ở 1/3 trên có khả năng còn sỏi gấp 7,5 lần so với vị trí 1/3 dưới với p = 0,046 < 0,05; OR = 7,453; CI95% (1,028- 68,658). Kích thước sỏi tăng 1mm thì khả năng còn sỏi tăng lên 1,2 lần với p = 0,041 < 0,05; OR = 1,231; CI95% (1,104-1,682)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Biên, Đàm Văn Cương (2018)**, ""Đánh giá kết quả sớm điều trị sỏi niệu quản bằng phương pháp tán sỏi nội soi ngược dòng sử dụng năng lượng Holium: YAG laser tại bệnh viện quân y 121"", Tạp chí Y dược học Cần Thơ số 11-12/2019, 129-136.
2. **Trịnh Hoàng Giang, Đỗ Trường Thành, Trần Quán Anh (2013)**, ""So sánh kết quả điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng bằng xung hơi và tán sỏi nội soi ngược dòng bằng laser holmium: Yag đối với sỏi niệu quản đoạn thấp"", Y học thực hành (893)- Số 11/2013, 102-105
3. **Trần Văn Hinh (2013)**, ""Giải phẫu hệ tiết niệu- Dịch tễ học sỏi tiết niệu"", Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr 9-25
4. **Nguyễn Tôn Hoàng (2019)**, "Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng soi niệu quản tán sỏi với laser Holmium", Luận án Bác sĩ CKII, Đại Học Y dược Huế.
5. **Kha Thoại Kỳ (2019)**, "Đánh giá tình trạng sạch sỏi sau nội soi ngược dòng điều trị sỏi niệu quản", Luận văn Thạc sĩ y khoa, Trường Đại học Y dược Huế.
6. **Nguyễn Vũ Phương, Nguyễn Công Bình, Mạc Xuân Huy, Nguyễn Hoài Thu (2017)**, ""Kết quả điều trị nội soi tán sỏi niệu quản bằng laser holmium tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên" ", Tạp chí Khoa học và Công nghệ, 165(05), 67-71
7. **Trần Cảnh Toàn (2020)**, "Ứng dụng toán đồ imamura trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi niệu quản bằng laser", Luận văn BS CKII, Đại học Y dược Huế.
8. **Aboutaleb Hamdy A., Ali Tamer A., Gawish Maher, et al. (2019)**, "Fluoroscopy-free double-J stent placement through ureteroscope working channel postuncomplicated ureteroscopic laser lithotripsy: A novel technique", Urology annals, 11(1), 39-45
9. **Fröber Rosemarie (2007)**, "Surgical anatomy of the ureter", 100(4), 949-965

10. **Hamamoto Shuzo, Okada Shinsuke, Inoue Takaaki, et al. (2020)**, "Prospective evaluation and classification of endoscopic findings for ureteral calculi", Scientific Reports, 10(1), 12292
11. **Muslumanoglu A. Y., Fuglsig S., Frattini A., et al. (2017)**, "Risks and Benefits of Postoperative Double-J Stent Placement After Ureteroscopy: Results from the Clinical Research Office of Endourological Society Ureteroscopy Global Study", J Endourol, 31(5), 446-451
12. **Seitz C., Tanovic E., Kikic Z., et al. (2007)**, "Impact of stone size, location, composition, impaction, and hydronephrosis on the efficacy of holmium:YAG-laser ureterolithotripsy", Eur Urol, 52(6), 1751-7.
13. **Yang Y., Tang Y., Bai Y., et al. (2018)**, "Preoperative double-J stent placement can improve the stone-free rate for patients undergoing ureteroscopic lithotripsy: a systematic review and meta-analysis", Urolithiasis, 46(5), 493-499.

HIỆU QUẢ CỦA ĐẶT THÔNG JJ SAU NỘI SOI NIỆU QUẢN TÁN SỎI

Lê Đình Khánh[1], Phan Hữu Quốc Việt[2], Phạm Ngọc Hùng[2], Trương Văn Cẩn[2], Nguyễn Kim Tuấn[2], Nguyễn Nhật Minh[1], Lê Đình Đạm[1], Nguyễn Xuân Mỹ[1], Võ Minh Nhật[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh kết quả điều trị giữa đặt và không đặt thông JJ với niệu quản không tổn thương sau tán sỏi niệu quản.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu tiến cứu được thực hiện tại Bệnh viện Trung ương Huế và Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế gồm 69 bệnh nhân có niệu quản không bị tổn thương sau tán sỏi niệu quản bằng lazer từ tháng 4/2020 đến tháng 7/2021 và được chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên đặt và không đặt thông JJ sau tán sỏi niệu quản.

Kết quả: 50,7% đặt thông JJ và 49,3% không đặt thông JJ sau tán sỏi. Không có sự khác biệt về đặc điểm chung bệnh nhân và đặc điểm sỏi niệu quản giữa 2 nhóm. Ngày hậu phẫu trung bình nhóm đặt thông JJ và nhóm không đặt thông JJ lần lượt là là 4,1 và 3,9 (p>0,05); Tỷ lệ sạch sỏi nhóm đặt JJ và nhóm không đặt thông JJ lần lượt là là 91.4% và 100% (p>0,05). Các triệu chứng đau hông lưng, tiểu đau, tiểu máu nhóm đặt JJ lần lượt là 31,4%, 37,1%, 14,3% trong khi với nhóm không đặt thông JJ lần lượt là 2,9%, 5,9%, 0% (p<0,05).

Kết luận: Việc đặt JJ hay không với niệu quản không tổn thương sau tán sỏi niệu quản không ảnh hưởng đến ngày hậu phẫu và tỷ lệ sạch sỏi. Tuy nhiên, các triệu chứng đau hông, tiểu máu và tiểu đau ở nhóm không đặt JJ thấp hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm đặt JJ.

Từ khóa: thông JJ, tán sỏi niệu quản.

[1]*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế*
[2]*Bệnh viện Truong ương Huế*
Liên hệ tác giả: Phan Hữu Quốc Quốc Việt.
Email: quocvietphanhuu@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/9/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

SUMMARY

EFFICIENCY OF STENTING VERSUS NON - STENTING AFTER URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY

Objectives: we compared outcomes with or without stenting after ureteroscopic lithotripsy.

Materials and methods: A prospective study was carried out at Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacy Hospital, including 69 patients with undamaged ureters after laser ureteroscopic lithotripsy since January April 2020 to July 2021 and was randomly divided into 2 groups with and without double J stent insertion after ureteroscopic lithotripsy.

Results: There was 50.7% of patients with double J insertion and 49.3% of them without that after lithotripsy. The postoperative time of 2 group were 4.1 days and 3.9 days, respectively ($p>0.05$); Stone-free rate after 1 month of 2 goups were 91.4% and 100%, respectively ($p>0.05$). Flank pain, dysuria and gross hematuria of the stenting patients were 31.4%, 37.1%, 14.3%, respectively, and of those non-stenting were 2.9%, 5.9%, 0%, respectively ($p<0.05$).

Conclusion: Stenting or non - stenting after ureteroscopic lithotripsy does not affect postoperative time and stone-free rate. However, flank pain, dysuria and gross hematuria in the patients without double J insertion were statistically lower than that in the group with double J insertion.

Key words: double J insertion, ureteroscopic lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi niệu quản là bệnh lý thường gặp trong niệu khoa, chiếm 25 đến 35% sỏi hệ tiết niệu [1]. Ngày nay, với sự cái tiến đáng kể của các loại ống soi niệu quản, sự phát triển của các nguồn năng lượng tán sỏi, kinh nghiệm của các phẫu thuật viên ngày càng nhiều đã khai thác được triệt để tính ưu việt của phương pháp nội soi niệu quản tán sỏi bằng Laser và phương pháp này đã trở nên phổ biến trong điều trị sỏi niệu quản vì sự an toàn và hiệu quả của nó [2]. Trong quá trình tán sỏi niệu quả việc đặt thông JJ niệu quản sau tán sỏi vẫn còn nhiều ý kiến tranh cãi tranh cãi. Việc đặt thông JJ niệu quản nhằm mục đích dẫn lưu nước tiểu do niêm mạc niệu quản bị tổn thương sau quá trình tán sỏi. Tại Việt Nam, đặt JJ niệu quản hầu như được chỉ định thường quy sau tán sỏi niệu quản và thường được rút sau 1 tháng. Bên cạnh các lợi ích của việc đặt thông JJ niệu quản mang lại thì việc này có liên quan đến các tác dụng phụ thường xuyên, bao gồm các triệu chứng khó chịu và tiểu máu, ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân sau phẫu thuật và bệnh nhân phải chịu thêm 1 thủ thuật để lấy thông ra. Theo hội Tiết niệu Châu Âu (2016), việc đặt thông JJ thường quy sau tán sỏi niệu quản không biến chứng là không cần thiết. Thông JJ nên được đặt ở những bệnh nhân có nhiều nguy cơ biến chứng (chấn thương NQ, sót mảnh sỏi, chảy máu, thủng NQ, nhiễm khuẩn đường tiết niệu hoặc mang thai) [2]. Do đó, việc đặt JJ niệu quản sau tán sỏi cần được cân nhắc giữa lợi ích và ảnh hưởng không mong muốn của nó đến bệnh nhân. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Hiệu quả của đặt thông JJ sau nội soi niệu quản tán sỏi ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 69 bệnh nhân có sỏi niệu quản được điều trị thành công bằng nội soi niệu quản tán sỏi với năng lượng lazer Holmium tại Bệnh viện Trưng Ương Huế và Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế từ tháng

4/2020 đến tháng 7/2021, được chia thành 2 nhóm gồm 35 bệnh nhân đặt thông JJ niệu quản (nhóm 1) và 34 bệnh nhân không đặt thông JJ niệu quản sau tán sỏi (nhóm 2) một cách ngẫu nhiên.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Những bệnh nhân được chẩn đoán sỏi NQ một bên, ở tất cả các vị trí của NQ và không có sỏi ở vị trí khác của hệ tiết niệu.
- Bệnh nhân được nội soi ngược dòng tán sỏi tán sỏi bằng Laser với ống soi bán cứng thành công.
- Niệu quản không bị tổn thương sau tán sỏi như chảy máu, phù nề nhiều, hẹp, thủng niệu quản, lộn lòng niệu quản…

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng nhiễm khuẩn niệu chưa được điều trị ổn định
- Bệnh lý nội khoa không cho phép gây mê hoặc tê tủy sống.
- Bệnh nhân đang mang thai.
- Bệnh nhân đang điều trị rối loạn đông máu hoặc sử dụng thuốc chống đông.
- Tắc nghẽn cơ học đường tiết niệu dưới chưa được điều trị gây khó khăn cho việc đặt ống soi NQ như hẹp niệu đạo…

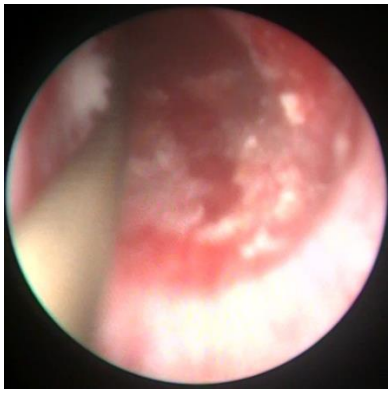
2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thực hiện phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả.

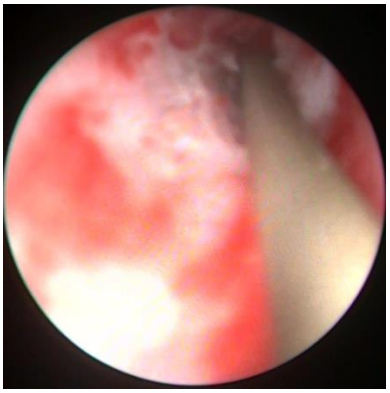
Các bước tiến hành:

- Sau khi được chẩn đoán xác định sỏi niệu quản và chỉ định nội soi niệu quản tán sỏi bằng lazer, bệnh nhân được ghi nhận các đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.
- Sau khi xác định tán sỏi thành công (mảnh sỏi vỡ ≤ 3mm) tiến hành súc rửa mảnh sỏi đến lúc có thể, phẫu thuật viên đánh giá tình trạng niệu quản sau tán sỏi có tổn thương hay không (quan sát trên màn hình nội soi). Các bệnh nhân có niệu quản không bị tổn thương được lấy vào nhóm nhiên cứu. Các bệnh nhân này sau đó sẽ được đặt hoặc không đặt thông JJ niệu quản một cách ngẫu nhiên (2 bệnh nhân liên tiếp nhau sẽ có 1 bệnh nhân đặt thông JJ niệu quản và bệnh nhân còn lại thì không đặt).
- Đánh giá và so sánh kết quả điều trị sau 1 tháng của 2 nhóm đặt và không đặt JJ niệu quản (sạch sỏi được định nghĩa khi không còn mảnh sỏi nào được phát hiện qua KUB).

Hình 2.1.
Niệu quản không tổn thương



Hình 2.2.
*Niệu quản ít tổn thương**



Hình 2.3.
Niệu quản bị tổn thương

(* Niệu quản ít tổn thương được tính như niệu quản không tổn thương và cũng được lấy vào nhóm nghiên cứu).

Xử lý số liệu

Xử lý số liệu được thực hiện trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân:

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Đặc điểm chung	Giá trị		P
	Nhóm 1 (n=35)	Nhóm 2 (n=34)	
Tuổi (năm) Trung bình 30 – 60	 50,0 ± 13,4 77,1 %	 46,8 ± 10,6 61,8 %	 P = 0,479
Giới Nam Nữ	 57,1 % 42,9 %	 29,4 % 70,6 %	 P = 0,018
Triệu chứng Đau thắt lưng Buồn nôn Tiểu buốt Tiểu máu Sốt	 94,3 % 2,9 % 25,7 % 0 % 0 %	 85,3 % 11,8 % 29,4 % 0 % 5,9%	 P = 0,202 P = 0,169 P = 0,470 P = 0,239
BMI (kg/m^2) Trung bình	 22,2 ± 2.4	 23,1 ± 3,5	 P = 0,237

Hầu hết các thông số về đặc điểm chung của bệnh nhân giữa 2 nhóm là tương đồng nhau (p>0,05) ngoại trừ giới tính: nhóm đặt JJ chủ yếu là nam giới với 57,1% trong khi nhóm không đặt JJ chủ yếu là nữ giới với 70,6% (p<0,05).

3.2. Đặc điểm của sỏi niệu quản

Bảng 3.2. Đặc điểm sỏi niệu quản

Đặc điểm sỏi niệu quản	Giá trị		P
	Nhóm 1 (n=35)	Nhóm 2 (n=34)	
Bên có sỏi niệu quản Phải Trái	 34,3 % 65,7 %	 50,0 % 50,0 %	 P = 0,140
Vị trí sỏi niệu quản Đoạn bụng Đoạn chậu	 14,3 % 85,7%	 8,8% 91,2%	 P = 0,371
Kích thước sỏi (mm) kt ≤ 5 5 ≤ kt ≤ 10	 0 % 80,0 %	 17,6 % 70,6 %	 P = 0,075

10 < kt ≤ 15 15 < kt ≤ 20 kt > 20	20,0 % 0 % 0 %	8,8 % 2,9 % 0 %	
Số lượng sỏi 1 2 >2	 97,1 % 2,9 % 0 %	 94,1 % 5,9 % 5,9 %	P = 0,593
Bạch cầu niệu Dương tính Âm tính	 42,9 % 57,1 %	 32,4 % 67,6 %	P = 0,258
Hồng cầu niệu Dương tính Âm tính	 65,7 % 34,3 %	 47,1 % 52,9 %	P = 0,093
Độ ứ nước của thận Không Độ I Độ II Độ III	 11,4 % 60,0 % 17,1 % 11,4 %	 2,9 % 79,4 % 17,6 % 0 %	P = 0,384

Các đặc điểm về sỏi niệu quản giữa 2 nhóm đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 3.3. Kết quả điều trị

Kết quả	Giá trị		P
	Nhóm 1 (n=35)	Nhóm 2 (n=34)	
Ngày hậu phẫu ≤ 3 > 3 Trung bình	 37,1 % 62,9 % 4,1 ± 1,5	 38,2 % 61,8 % 3,9 ± 1,3	P = 0,561
Sạch sỏi Sạch sỏi Không sạch sỏi	 91,4 % 8,6 %	 100 % 0 %	P = 0,125
Triệu chứng khi tái khám Đau hông lưng Tiểu máu Tiểu đau	 31,4 % 14,3 % 37,1 %	 2.9 % 0 % 5,9 %	 P = 0,002 P = 0,029 P = 0,002

Ngày hậu phẫu và tỷ lệ sạch sỏi giữa 2 nhóm là không có sự khác biệt (p>0,05). Tuy nhiên, tỷ lệ xuất hiện các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân (đau hông, tiểu máu và tiểu đau) ở nhóm bệnh nhân đặt thông JJ niệu quản cao hơn so với nhóm không đặt JJ một cách có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi chủ yếu so sánh kết quả điều trị giữa đặt và không đặt thông JJ với niệu quản không tổn thương sau tán sỏi niệu quản.

Trong 69 bệnh nhân có niệu quản không bị tổn thương sau tán sỏi niệu quản, chúng tôi tiến hành đặt hoặc không đặt thông JJ một cách ngẫu nhiên trong đó 2 bệnh nhân liên tiếp nhau có 1 bệnh nhân đặt thông JJ và bệnh nhân còn lại không đặt thông JJ. Kết quả có 35 bệnh nhân đặt thông JJ sau tán sỏi niệu quản và 34 bệnh nhân không đặt thông JJ sau tán sỏi niệu quản.

Về đặc điểm chung của bệnh nhân hầu hết các thông số giữa 2 nhóm (tuổi, triệu chứng lâm sàng, BMI) là tương đồng nhau (p>0,05) ngoại trừ giới tính: nhóm đặt JJ chủ yếu là nam giới với 57,1% trong khi nhóm không đặt JJ chủ yếu là nữ giới với 70,6% (p<0,05) (Bảng 3.1).

Về đặc điểm của sỏi niệu quản, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các thông số (bên có sỏi, vị trí sỏi, kích thước, số lượng sỏi, độ ứ nước thận, bạch cầu niệu và hồng cầu niệu) với p>0,05 (Bảng 3.2).

Như vậy, với sự lựa chọn ngẫu nhiên việc đặt hay không đặt thông JJ niệu quản sau tán sỏi nên cả 2 nhóm đặt JJ và không đặt JJ có sự tương đồng về hầu hết các đặc điểm chung bệnh nhân cũng như các đặc điểm về sỏi niệu quản.

Về ngày hậu phẫu, đối với nhóm đặt JJ niệu quản có 37.1% trường hợp ≤ 3 ngày và 62,9% trường hợp > 3 ngày, nhóm không đặt JJ niệu quản có 38,2% trường hợp ≤ 3 ngày và 61,8% trường hợp > 3 ngày, sự khác biệt giữa 2 nhóm là không có ý nghĩa thống kê với p=0,561.

Về tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng, nhóm đặt JJ niệu quản có tỷ lệ sạch sỏi là 91,4% trong khi nhóm không đặt JJ niệu quản có tỷ lệ sạch sỏi là 100% tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p=0,125. Tỷ lệ sạch sỏi chung trong nghiên cứu là 95,7%. So sánh với các nghiên cứu khác tỷ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể giải thích do bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này có niệu quản không bị tổn thương sau tán sỏi nên khả năng đào thải sỏi sau tán sỏi tốt hơn.

Bảng 4.1: So sánh tỷ lệ sạch sỏi chung với các tác giả

Tác giả	Năm	Tỷ lệ sạch sỏi (%)
Nguyễn Văn Huấn [3]	2009	89,8
Nguyễn Kim Cương [4]	2012	85,9
Nguyễn Hồng Quân [5]	2014	81,4
Trịnh Hoàng Giang [6]	2017	91,4
Trần Cảnh Toàn [7]	2020	88
NC chúng tôi	2021	95,7

Về các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân trong vòng 1 tháng sau tán sỏi, đối với nhóm đặt JJ niệu quản các triệu chứng tiểu đau, đau hông lưng và tiểu máu chiếm tỷ lệ lần lượt là 37,1%, 31,4% và 14,3%, trong khi các triệu chứng này ở nhóm không đặt JJ niệu quản chỉ chiếm tỷ lệ tương ứng là 5,9%, 2,9% và 0%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,05 (Bảng 3.3).

Nghiên cứu của tác giả Leibovici D và cộng sự (2005) về ảnh hưởng của thông JJ niệu quản đến chất lượng sống bệnh nhân chỉ ra rằng các triệu chứng rối loạn tiểu tiện gồm tiểu khó, tiểu nhiều lần và tiểu gấp lần lượt là 40%, 50% và 55% bệnh nhân. Các triệu chứng đau mạn sườn, đái máu đại thể và sốt lần lượt là 32%, 42% và 15% [8].

Ordonez và cộng sự gần đây đã thực hiện một đánh giá Cochrane về các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã được công bố nhằm kiểm tra vai trò của việc đặt thông niệu quản thường quy sau nội soi niệu quản không biến chứng. Trong đó bao gồm 23 nghiên cứu với 2656 bệnh nhân ngẫu nhiên. Họ nhận thấy rằng đặt thông không làm tăng cơn đau từ ngày hậu phẫu 0-3. Tuy nhiên, bệnh nhân được đặt thông cảm thấy khó chịu hơn từ ngày hậu phẫu 4–3. Đặt thông NQ làm tăng thời gian phẫu thuật trung bình 3,72 phút và giảm chất lượng cuộc sống được đánh giá trong một nghiên cứu [9].

V. KẾT LUẬN

Đối với niệu quản không bị tổn thương sau tán sỏi niệu quản việc đặt hay không đặt thông JJ niệu quản sau tán sỏi không ảnh hưởng đến ngày hậu phẫu và tỷ lệ sạch sỏi (p>0,05). Tuy nhiên, Việc đặt thông JJ liên quan đến các triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân như đau hông lưng, tiểu đau và tiểu máu (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long, sỏi tiết niệu.** bài giảng bệnh học ngoại khoa, 2013: p. 203-204.
2. **Türk C, Knoll T, and Petrik A et al EAU** Guidelines on urolithiasis. European Association of Urology, 2016: p. 1-35.
3. **Nguyễn Văn Huấn,** Đánh giá kết quả tán sỏi niệu quản bằng Laser qua nội soi ngược dòng. Luận án chuyên khoa cấp II, trường đại học Y dược Huế., 2009.
4. **Nguyễn Kim Cương**, Đánh giá kết quả điều trị nội soi tán sỏi niệu quản đoạn trên bằng Holmium Laser tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội., 2012.
5. **Nguyễn Hồng quân,** Đánh giá kết quả điều trị tán sỏi nội soi niệu quản bằng Holmium Laser tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Dại học Y Dược Hà Nội., 2014.
6. **Trịnh Hoàng Giang,** Kết quả điều trị sỏi niệu quản bằng tán sỏi nội soi ngược dòng Holmium YAG tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tạp chí phẫu thuật nội soi và Nội soi Việt Nam, số 2(7), Tr 5-9., 2017.
7. **Trần Cảnh Toàn,** Ứng dụng toán đồ Imamura trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi niệu quản bằng Laser. Luận án chuyên khoa cấp II, trường đại học Y dược Huế., 2020.
8. **Leibovici, D., et al.,** Ureteral stents: morbidity and impact on quality of life. Isr Med Assoc J, 2005. **7**(8): p. 491-4.
9. **Andonian S. ,** Should we routinely place an indwelling ureteral stent post-ureteroscopy? Can Urol Assoc J, 2020. **14**(2): p. 69.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT CẮT THẬN, NIỆU QUẢN VÀ MỘT PHẦN BÀNG QUANG KHÔNG THAY ĐỔI TƯ THẾ BỆNH NHÂN VÀ HỆ THỐNG ROBOT

Phạm Đức Minh[1,2], Thái Kinh Luân[1,2], Thái Minh Sâm[1,2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang là điều trị tiêu chuẩn cho ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên. Chúng tôi báo cáo kết quả ban đầu về kỹ thuật mới ứng dụng Robot vào phẫu thuật cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang mà không cần thay đổi tư thế bệnh nhân, vị trí trocar và thiết lập lại cánh tay Robot.

Đối tượng và phương pháp: Hai trường hợp bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên được phẫu thuật nội soi cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang có hỗ trợ Robot với hệ thống daVinci Si: một trường hợp ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên bên trái và một trường hợp bên phải. Bệnh nhân nằm nghiêng 70 độ, không gập hông lưng và tư thế Tredelenburg 15 độ. Vị trí trocar cho camera nằm bờ ngoài cơ thẳng bụng, hai khoát ngón tay trên rốn. Hai trocar 8mm cho cánh tay Robot đều được đặt dọc theo bờ ngoài cơ thẳng bụng, trocar 8mm thứ 3 cho cánh tay Robot và 2 trocar cho người phụ đặt ở đường trắng giữa với khoảng cách giữa các trocar khoảng 8 cm. Hệ thống Robot được thiết lập đi từ phía sau tới vuông góc với bệnh nhân. Với cách sắp xếp vị trí trocar và thiết lập Robot như trên giúp phẫu thuật viên vừa tiếp cận được cực trên thận vừa cho phép cắt một phần bàng quang dễ dàng mà không cần thay đổi tư thế bệnh nhân và di chuyển hệ thống Robot.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình 120 phút (110-130 phút), lượng máu mất trung bình 75ml (50-100ml), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Không có trường hợp nào phải truyền máu hay chuyển mổ mở. Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Kết quả ngắn hạn về mặt ung thư học cho thấy chưa có trường hợp nào tái phát.

Kết luận: Đây là kinh nghiệm bước đầu của một kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện Chợ Rẫy, giúp làm giảm thời gian phẫu thuật với kết quả rất khả quan. Kết quả cho thấy phương pháp này có tiềm năng sẽ trở thành một trong những lựa chọn hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên.

Từ khóa: Phẫu thuật Robot, Cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang, không thay đổi tư thế bệnh nhân và Robot.

SUMMARY

ROBOTIC-ASSISTED NEPHROURETERECTOMY AND BLADDER CUFF EXCISION WITHOUT PATIENT REPOSITIONING AND ROBOT REDOCKING

Objective: Robotic-assisted nephroureterectomy has recently become a minimal invasive treatment option for upper urinary tract transitional cell carcinoma. We report our own technique for a robotic nephroureterectomy and bladder cuff excision

[1]*Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[2] *Bệnh viện Chợ Rẫy*
Liên hệ tác giả: BS Phạm Đức Minh.
Email: phamducminh159@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/7/2021
Ngày phản biện: 15/8/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

that does not require patient repositioning, port reassignment or redocking of robotic arms.

Patients and Methods: Two patients with upper urinary tract transitional cell carcinoma underwent nephroureterectomy and bladder cuff excision with da Vinci Si robotic surgical platform: 01 case with left side tumor and 01 case with right side tumor. Patients were placed in a 70^0, flank position without table flexion and with a 15^0 Trendelenburg tilt. Camera port was placed at lateral edge of rectus muscle, two fingerbreadths upper umbilicus. Two 8mm robotic ports were placed at the same lateral rectus margin, third 8mm robotic port and two assistant ports were introduced at the midline between xiphoid and symphysis pubis. The robot was docked at a 90^0 angle, perpendicular to the patient. Our port placement strategy allowed adequately approach to both the kidney, ureter and bladder without patient position changing or patient cart movement.

Results: The mean operative time was 120 minutes (110-130 minutes), mean estimated blood loss was 75mL (50-100mL), mean hospital stay was 5 days. No case was needed blood transfusion or open conversion, no complication was observed. Short-term oncological outcomes have revealed no recurrence.

Conclusion: Our initial results show that this technique has ability to reduce operative time with promising outcomes for patients with upper urinary tract transitional cell carcinoma.

Keywords: Robotic surgery, Nephroureterectomy, Bladder cuff excision, without patient repositioning and Robot redocking.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư niệu mạc là một trong sáu loại ung thư phổ biến tại các nước phát triển, trong đó ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên chiếm khoảng 5-10%[1]. Khoảng hai phần ba trường hợp ung thư ở giai đoạn xâm lấn tại thời điểm chẩn đoán[2] và phẫu thuật cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên nguy cơ cao[3]. Hiện nay, có nhiều cách tiếp cận, ngoài phương pháp mổ mở còn có phẫu thuật nội soi truyền thống, và đặc biệt là phẫu thuật Robot đang là một trong những lựa chọn ưa thích trong những năm gần đây trên thế giới. Tuy xét về tính hiệu quả, an toàn và kết cục ung thư học có thể so sánh được với mổ mở[4] nhưng phẫu thuật nội soi còn gặp một số khó khăn riêng về mặt kỹ thuật như tiến hành phẫu thuật tại hai vị trí khác nhau dẫn đến phải thay đổi tư thế bệnh nhân và vị trí trocar và đôi khi thực sự là một thử thách khi cần nạo hạch quanh động mạch và tĩnh mạch chủ.

Phẫu thuật Robot cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang không những mang lại nhiều lợi điểm của phẫu thuật ít xâm hại mà với những cánh tay Robot linh hoạt, camera có độ phóng đại và phân giải cao giúp giải quyết nhiều vấn đề kỹ thuật một cách dễ dàng hơn, đặc biệt khi tiến hành phẫu thuật gần mạch máu lớn. Tuy nhiên, những cách tiếp cận trước đây vẫn đòi hỏi thay đổi thiết lập hệ thống Robot và tư thế bệnh nhân cũng như đặt thêm vị trí trocar khi chuyển sang vùng chậu để cắt một phần bàng quang[5], việc này làm kéo dài thời gian phẫu thuật, bệnh nhân phải trải qua thời gian gây mê kéo dài hơn và có những nguy cơ tiềm ẩn khi phải thay đổi tư thế cũng như đặt thêm nhiều trocar.

Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành kỹ thuật mới trong phẫu thuật Robot cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang mà không cần thay đổi tư thế bệnh nhân, vị trí trocar và

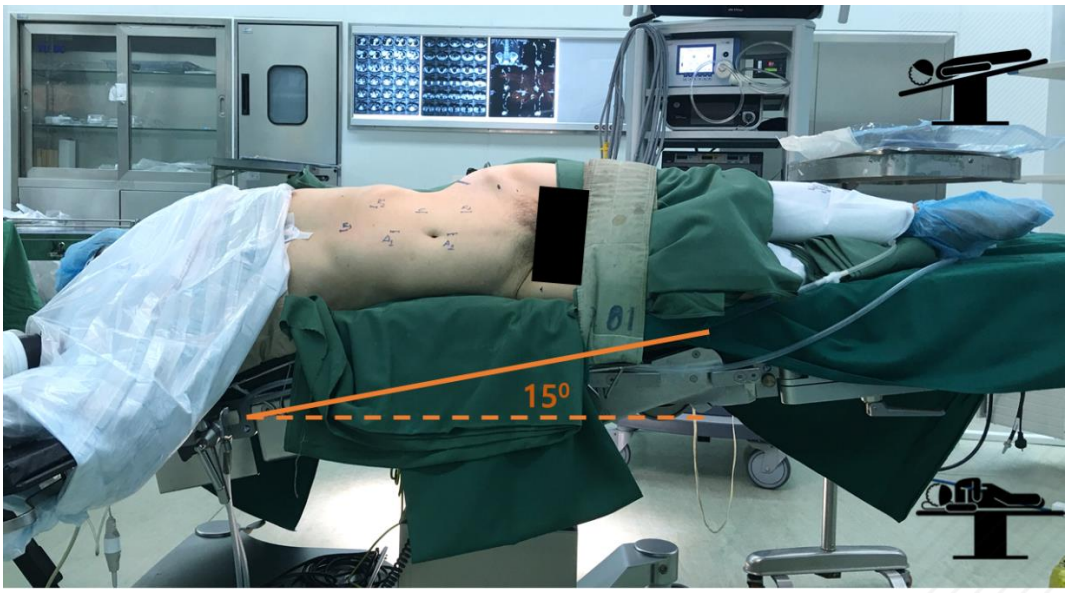
không cần thiết lập lại cánh tay Robot. Chúng tôi báo cáo những kết quả ban đầu của kỹ thuật này tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

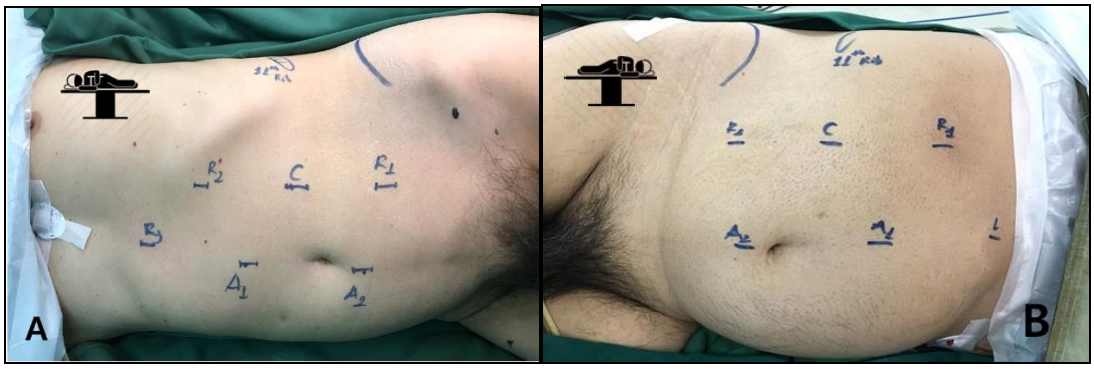
Những bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên nguy cơ cao, chưa di căn sẽ được phẫu thuật nội soi cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang có hỗ trợ Robot với hệ thống daVinci Si tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nạo hạch vùng sẽ được tiến hành trên bệnh nhân có di căn hạch vùng xác định trên hình ảnh học trước mổ hoặc nghi ngờ hạch trong khi phẫu thuật.

Tư thế bệnh nhân: bệnh nhân nằm nghiêng 70 độ, Trendelenburg đầu thấp 15 độ giúp ruột sẽ hạn chế di động vào vùng chậu khi bộc lộ bàng quang. Bệnh nhân sẽ không được độn gối hoặc gập bàn tại hông lưng để khi bóc tách đoạn cuối niệu quản và bàng quang sẽ không quá xa tầm hoạt động của cánh tay Robot (Hình 1).

Vị trí trocar: một trocar 12mm cho camera nằm bờ ngoài cơ thẳng bụng, hai khoát ngón tay trên rốn, giúp tầm quan sát đến rốn thận và thao tác đến cực trên thận dễ dàng hơn. Hai trocar 8mm cho cánh tay Robot đều được đặt dọc theo bờ ngoài cơ thẳng bụng, trên cùng một đường thẳng với trocar camera. Trocar 8mm thứ 3 cho cánh tay Robot đặt ở đường giữa ngay dưới mỏm ức để giúp nâng đỡ, vén ruột hoặc vén gan. Vì hông lưng của người Châu Á khá ngắn vì thế 2 trocar 10mm cho người phụ không đặt cùng đường thẳng với các trocar robot mà được đặt ở đường trắng giữa trên và dưới rốn, đường này thấp hơn so với đường nối các trocar robot 1 và 2 một khoảng 7-10 cm. Các trocar đều phải đảm bảo khoảng cách 7-10cm so với nhau để tránh va chạm dụng cụ khi tiến hành phẫu thuật. Cách thiết lập vị trí trocar này đối xứng nhau qua đường trắng giữa khi mổ bướu ở bên đối diện, không khác biệt khi mổ bên trái hay bên phải. Vì thế nó làm đơn giản hóa quy trình thiết lập vị trí trocar (Hình 2).

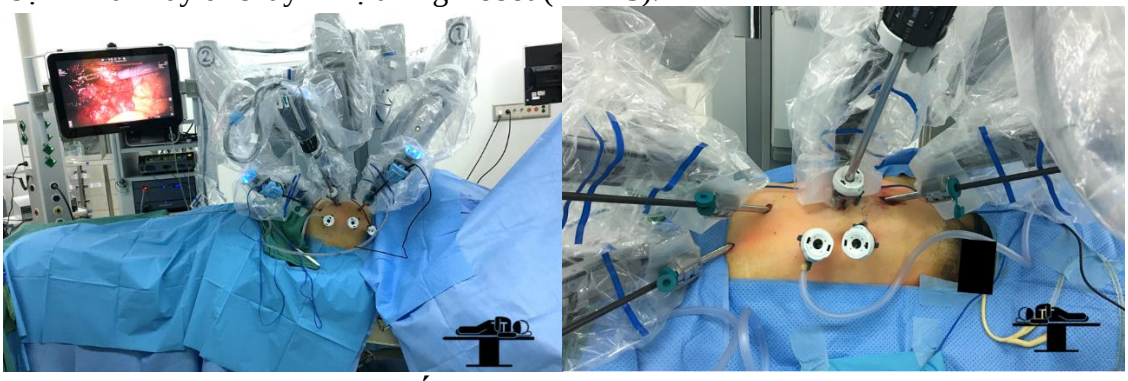


Hình 1. Tư thế bệnh nhân



Hình 2. Vị trí đặt trocar cho bướu bên trái (A) và bên phải (B)

Vị trí Robot: Hệ thống Robot (Patient cart) được thiết lập đi từ phía sau tới vuông góc với bệnh nhân theo chiều trên-dưới, giúp phẫu thuật viên vừa tiếp cận được cực trên thận vừa cho phép hướng đến vùng chậu để cắt một phần bàng quang thuận lợi mà không cần thay đổi tư thế bệnh nhân hay di chuyển hệ thống Robot (Hình 3).



Hình 3. Vị trí hệ thống Robot (Patient cart) so với bệnh nhân

Quy trình phẫu thuật: sau khi docking hệ thống Robot với camera 30 độ hướng xuống, tiến hành gỡ dính ruột nếu cần, di động đại tràng, bộc lộ niệu quản và tĩnh mạch sinh dục, kẹp niệu quản bằng Hem-o-lok. Từ niệu quản và tĩnh mạc sinh dục bóc tách lên đến rốn thận, động mạch và tĩnh mạch thận được kẹp, cắt bằng Hem-o-lok. Bóc tách cực trên thận, để lại tuyến thượng thận, bóc tách mô mỡ quanh thận đưa nguyên khối xuống vùng chậu. Tiếp tục bóc tách niệu quản xuống chỗ cắm vào bàng quang, bóc tách các lớp cơ bàng quang cho đến khi thấy niêm mạc. Mở bàng quang từ phía ngoài, quan sát miệng niệu quản và cắt quanh chu vi niệu quản. Bàng quang được khâu lại bằng chỉ Vicryl 2.0 hoặc V-loc 3.0. Kiểm tra bằng cách bơm rửa bàng quang qua thông niệu đạo. Nạo hạch quanh tĩnh mạch chủ với bướu bể thận bên phải và quanh động mạch chủ với bướu bể thận bên trái. Với bướu niệu quản đoạn xa, nạo hạch chậu bịt cùng bên mở rộng đến chỗ chia động mạch chậu chung.

Bệnh nhân được theo dõi hậu phẫu, ghi nhận các diễn tiến lâm sàng, các chỉ số cận lâm sàng và biến chứng. Các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, giai đoạn ung thư, kết quả phẫu thuật và kết quả ung thư học được thu thập và phân tích.

III. KẾT QUẢ

Hai trường hợp ung thư niệu mạc đường

tiết niệu trên được phẫu thuật Robot cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang theo kỹ thuật mới. Đặc điểm lâm sàng và giai đoạn ung thư được mô tả trong Bảng 1, kết quả phẫu thuật được trình bày trong Bảng 2.

Thời gian phẫu thuật trung bình 120 phút (110-130 phút), lượng máu mất trung bình 75ml (50-100ml), thời gian nằm viện trung bình là 5 ngày. Không có trường hợp nào phải truyền máu hay chuyển mổ mở. Không ghi nhận biến chứng sau mổ. Kết quả ngắn hạn về mặt ung thư học cho thấy chưa có trường hợp nào tái phát sau thời gian theo dõi 6 tháng.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và giai đoạn ung thư

	TH 1	**TH2**
Tuổi (năm)	71	76
Giới	Nam	Nam
BMI (kg/m^2)	29,3	23,4
Vị trí bướu	Niệu quản phải đoạn xa	Bể thận trái
Kích thước bướu (cm)	2 x 12	3 x 4
Thận ứ nước trước mổ	Độ 2	Độ 2
Giai đoạn cTNM	cT3N0M0	cT2N1M0
Giai đoạn pTNM	pT2N0M0	pT1N0M0
Độ ác tính	Độ ác cao	Độ ác cao

Bảng 2*. Kết quả phẫu thuật*

	TH 1	**TH2**
Thời gian phẫu thuật (phút)	110	130
Máu mất (mL)	50	100
Thời gian nằm viện (ngày)	5	5
Thời gian rút thông niệu đạo (ngày)	7	7
Thời gian có nhu động ruột (ngày)	2	2
Biến chứng sớm Truyền máu Chuyển mổ mở Tổn thương thận cấp	Không Không Không Không	Không Không Không Không
Tái phát ung thư sau 6 tháng	Không	Không

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, phẫu thuật Robot là sự lựa chọn ưa thích trong điều trị các bệnh lý tiết niệu trên thế giới và cũng là một xu thế mới tại Việt Nam. Ứng dụng Robot trong phẫu thuật cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang mang lại nhiều lợi điểm, khắc phục được những khó khăn về mặt kỹ thuật cũng như đường cong học tập. Chúng tôi giới thiệu một kỹ thuật mới có thể cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang nguyên khối để đảm bảo về mặt ung thư học mà không cần

phải thay đổi tư thế bệnh nhân, Robot cũng như thiết lập lại trocar và cánh tay Robot giúp giảm thời gian phẫu thuật và những nguy cơ đến từ việc gây mê kéo dài và khi thay đổi tư thế bệnh nhân.

Cách sắp đặt vị trí các trocar là điểm mấu chốt cho sự thành công của phẫu thuật. Camera và hai cánh tay Robot làm việc chính sắp trên cùng một đường thẳng bờ ngoài cơ thẳng bụng giúp tiếp cận dễ dàng cả vùng hông lưng để cắt thận và vùng chậu để cắt niệu quản và bàng quang, mang lại sự chính xác khi phẫu thuật cũng như sự thoải mái cho phẫu thuật viên. Cách sắp xếp này không cần phải thay đổi vị trí cánh tay Robot như một số tác giả khác[6, 7]. Việc sử dụng 2 trocar cho người phụ giúp hỗ trợ phẫu thuật viên chính được linh hoạt hơn trong việc nâng vén, hút và dùng Hem-o-lok. Vì vậy, cánh tay thứ 3 của Robot thường không có nhiều vai trò và có thể không cần thiết khi phẫu thuật bướu bên trái. Trong giai đoạn đầu khi hạ đại tràng và bộc lộ niệu quản, cánh tay số 3 có thể chưa cần lắp để tránh va chạm với các cánh tay khác và người phụ. Một số tác giả lựa chọn vị trí trocar cho người phụ trên cùng một đường thẳng với camera và các cánh tay Robot[8, 9]. Tuy nhiên, với thể trạng của người Châu Á với khoảng hông lưng ngắn nên sẽ không đảm bảo khoảng cách quy ước của cánh tay Robot làm xảy ra va chạm giữa các tay Robot và giữa tay Robot với người phụ. Vì vậy, chúng tôi đặt 2 trocar cho người phụ trên đường trắng giữa, đường này thấp hơn đường nối camera và 2 cánh tay chính của Robot một khoảng 7-10cm, tạo ra mặt phẳng tiếp cận với mục tiêu khác với mặt phẳng làm việc của các cánh tay Robot làm hạn chế sự va chạm và tạo sự thoải mái cho người phụ.

Tư thế bệnh nhân vẫn là nằm nghiêng khoảng 70 độ như trong phẫu thuật nội soi qua phúc mạc truyền thống, nhưng chúng tôi cho đầu thấp Trendelenburg 15 độ để hạn chế ruột che phủ không gian làm việc tại vùng chậu, vì đây là phần thử thách hơn so với giai đoạn cắt thận ở trên. Ngoài ra, chúng tôi không gập bàn hay độn gối hông lưng như một số tác giả khác[6, 9] vì điều này sẽ làm gia tăng khoảng cách từ camera đến mục tiêu làm việc là đoạn cuối niệu quản và bàng quang, có thể dẫn đến vượt quá tầm hoạt động của các cánh tay Robot.

Chúng tôi tiến hành nạo hạch vùng trên cả 2 trường hợp ghi nhận không có trường hợp nào di căn hạch vùng. Với cách lắp đặt trocar như trên, phẫu thuật nạo hạch vùng ngay cả trên những mạch máu lớn trở nên bớt khó khăn hơn rất nhiều nhờ vào hình ảnh có độ phóng đại cao và sự linh hoạt của cánh tay Robot.

Về kết quả của phẫu thuật, chúng tôi không ghi nhận biến chứng nào trên cả hai bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật được rút ngắn nhiều cũng như giảm lượng máu mất so với các phương pháp khác được ứng dụng tại cơ sở của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi tương đối tốt hơn so với các tác giả khác[6, 8, 9], có lẽ do chúng tôi đã có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi cắt thận cũng như cắt một phần bàng quang. Mặc dù vậy, số liệu của chúng tôi còn rất hạn chế nên chưa thể soi sánh một cách chính xác với các nghiên cứu khác. Chức năng thận được đánh giá sau mổ bằng chỉ số Creatinine huyết thanh, không ghi nhận biến chứng tổn thương thận cấp sau mổ. Tuy nhiên, để đánh giá chức năng thận chính xác, chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi trong thời gian dài hơn và xét nghiệm lại bằng phương tiện chính xác hơn là xạ hình thận.

Về mặt ung thư học, chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát ung thư sau thời gian theo dõi 6 tháng. Hai trường hợp của chúng tôi đều thuộc nhóm nguy cơ cao nhưng giải phẫu bệnh cho thấy ung thư còn ở giai đoạn khu trú tại chỗ, vì thế tiên lượng khá tốt mặc dù chưa có nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả lâu dài về phương diện ung thư sau phẫu thuật Robot cắt thận, niệu quản và một phần bàng quang vượt trội hơn các phương pháp khác[10-12]. Chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi và đánh giá tái phát để điều trị kịp thời cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Đây là kinh nghiệm bước đầu của một kỹ thuật mới triển khai tại bệnh viện Chợ Rẫy, giúp làm giảm thời gian phẫu thuật với kết quả rất khả quan. Phương pháp này hứa hẹn sẽ trở thành một trong những lựa chọn ưa thích của phẫu thuật viên tiết niệu với tính an toàn và độ hiệu quả cao, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siegel, R.L., et al.,** Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin, 2021. 71(1): p. 7-33.
2. **Margulis, V., et al.,** Outcomes of radical nephroureterectomy: a series from the Upper Tract Urothelial Carcinoma Collaboration. Cancer, 2009. 115(6): p. 1224-33.
3. **Rouprêt, M., M.** Babjuk, and M. Burger, EAU guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma. 2021, European Association of Urology.
4. **Liu, F., et al.,** Laparoscopic versus open nephroureterectomy for upper urinary tract urothelial carcinoma: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore), 2018. 97(35): p. e11954.
5. **Hu, J.C., J.P.** Silletti, and S.B. Williams, Initial Experience with Robot-Assisted Minimally-Invasive Nephroureterectomy. Journal of Endourology, 2008. 22(4): p. 699-704.
6. **Hemal, A.K., et al.,** Robotic-assisted Nephroureterectomy and Bladder Cuff Excision Without Intraoperative Repositioning. Urology, 2011. 78(2): p. 357-364.
7. **Park, S.Y., et al.,** Initial experience of robotic nephroureterectomy: a hybrid-port technique. BJU Int, 2009. 104(11): p. 1718-21.
8. **Zargar, H., et al.,** Robotic nephroureterectomy: a simplified approach requiring no patient repositioning or robot redocking. Eur Urol, 2014. 66(4): p. 769-77.
9. **Lee, Z., et al.,** The Technique of Single Stage Pure Robotic Nephroureterectomy. Journal of Endourology, 2012. 27(2): p. 189-195.
10. **Ribal, M.J., J. Huguet, and A.** Alcaraz, Oncologic outcomes obtained after laparoscopic, robotic and/or single port nephroureterectomy for upper urinary tract tumours. World Journal of Urology, 2013. 31(1): p. 93-107.
11. **Veccia, A., et al.,** Robotic versus other nephroureterectomy techniques: a systematic review and meta-analysis of over 87,000 cases. World J Urol, 2020. 38(4): p. 845-852.
12. **Lee, H., et al.,** Comparison of oncological and perioperative outcomes of open, laparoscopic, and robotic nephroureterectomy approaches in patients with non-metastatic upper-tract urothelial carcinoma. PLoS One, 2019. 14(1): p. e0210401.

KHẢO SÁT CÁC CHỈ SỐ NIỆU ĐỘNG HỌC Ở BỆNH NHÂN CÓ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI

Nguyễn Đặng Đình Thi[1], Nguyễn Trường An[2], Nguyễn Nhật Minh[2], Lê Đình Đạm[2], Nguyễn Xuân Mỹ[2], Võ Minh Nhật[2], Lê Đình Khánh[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các triệu chứng đường tiểu dưới là tập hợp các triệu chứng về rối loạn tiểu tiện được gây ra bởi nhiều nguyên nhân riêng lẻ hoặc phối hợp nên thường gây khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Ở những bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới đáp ứng chưa như mong đợi với điều trị thì niệu động học có thể được chỉ định với mục đích tìm hiểu các nguyên nhân gây ra các triệu chứng đó. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm tìm hiểu một số các chỉ số niệu động học ở những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hàng loạt trường hợp. Đối tượng là những bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới tại khoa ngoại Tiết niệu - Thần kinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế với IPSS ≥ 8 điểm. Các chỉ số nghiên cứu: lưu lượng dòng tiểu tối đa và trung bình; thể tích nước tiểu; thể tích tồn lưu; dung tích bàng quang và áp lực detrusor tại các mốc: cảm giác đầu tiên, cảm giác mắc tiểu đầu tiên và dung tích bàng quang; áp lực detrusor tại thời điểm đạt lưu lượng dòng tiểu tối đa; chỉ số tắc nghẽn đường ra bàng quang; chỉ số co bóp bàng quang và hiệu quả đi tiểu.

Kết quả: Có 68 bệnh nhân gồm 8 nữ và 60 nam. Tuổi trung bình ở nam là 65,9 ± 15,9 năm (từ 16 đến 88), nữ là 54,2 ± 12,3 năm (từ 29 đến 69). Các chỉ số niệu dòng đồ tự do và niệu động học lần lượt là: lưu lượng dòng tiểu tối đa 12,6 ± 6,0 và 7,7 ± 6,6 ml/giây; thể tích nước tiểu 233,1 ± 130,7 và 126,0 ± 153,7 ml; thể tích tồn lưu là 108,1 ± 79,3 và 152,7 ± 162,7 ml. Dung tích bàng quang tại các mốc cảm giác đầu tiên; mắc tiểu và dung tích tối đa lần lượt là: 151,1 ± 110,7; 182,4 ± 120,5 và 260,2 ± 125,7ml. Áp lực detrusor tại dung tích bàng quang 21,4 ± 21,5 cmH_2O. Độ giãn nở bàng quang là 30,9 ± 41,3 ml/ cmH_2O. Áp lực detrusor tại thời điểm đạt lưu lượng dòng tiểu tối đa, chỉ số tắc nghẽn, chỉ số co bóp và hiệu quả tiểu tiện lần lượt là: 56,7 ± 38,1 cmH_2O; 48,9 ± 36,2; 94,8 ± 41,9 và 54,2 ± 87,0%. Tỷ lệ tắc nghẽn bàng quang là 55,9% và bàng quang co bóp kém là 57,1%.

Kết luận: Kết quả niệu động học ghi nhận tỷ lệ tắc nghẽn đường ra bàng quang là 55,9%; nghi ngờ 25,0% và không tắc nghẽn là 19,1%. Tỷ lệ bàng quang co bóp yếu là 57,1%; bình thường 28,6% và mạnh là 14,3%. Tắc nghẽn bàng quang là nguyên nhân chính gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới, trong đó bàng quang giảm co bóp và tăng hoạt detrusor có thể là nguyên nhân phối hợp hoặc độc lập làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Các triệu chứng đường tiểu dưới, niệu động học, áp lực đồ bàng quang, niệu dòng đồ.

[1]*Bệnh viện Tỉnh Khánh Hòa*
[2]*Trường Đại học Y-Dược, Đại học Huế*
Liên hệ: Nguyễn Đặng Đình Thi.
Email: thinguyenmd@gmail.com
Ngày nhận bài: 10/9/2021
Ngày phản biện: 15/9/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

SUMMARY

URODYNAMIC PARAMETERS IN LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS PATIENTS

Objectives: Lower urinary tract symptoms (LUTS) in men result from a complex interplay of pathophysiology, including bladder and bladder outlet dysfunction. This study prospectively analyzed bladder dysfunction in men with LUTS based on the results of urodynamic studies (UDS).

Materials and methods: Both sex patients with LUTS and an International Prostate Symptom Score more than 8, who were refractory to medicine treatment were prospectively recruited and evaluated with UDS. Patients were further divided into two subgroups according to sex. Age, free uroflowmetry and UDS findings were compared among different subgroups.

Results: There were 68 patients with median ages were 58,6 ± 15,4 years (range: 26 - 88) with 65,9 ± 15,9 years for men and 54,2 ± 12,3 years for women. Median UFM free and UDS of Qmax; void volume; PVR were 12,6 ± 6,0 and 7,7 ± 6,6 ml/s; 233,1 ± 130,7 and 126,0 ± 153,7 ml; 108,1 ± 79,3 and 152,7 ± 162,7 ml. The median bladder volume at first sensation; first desire and maximum cystometric capacity were: 151,1 ± 110,7 ml; 182,4 ± 120,5 ml and 260,2 ± 125,7 ml. Median bladder compliance was 30,9 ± 41,3 ml/cmH_2O. Medians of Pdet@Qmax; BOOI; BCI and BVE were 56,7 ± 38,1 cmH_2O; 48,9 ± 36,2; 94,8 ± 41,9 and 54,2 ± 87,0%. Bladder outlet obstruction was 55,9% and detrusor contractility impaired was 57,1%.

Conclusion: The bladder sensations and bladder compliance were in the range of abnormal. The degree of obstruction was in the obstruction range, detrusor contractility was mildly decreasing. The bladder outlet obstruction and detrusor underactive may be the main results for lower urinary tract symptoms.

Key words: Lower urinary tract symptoms (LUTS), urodynamic study (UDS), uroflowmetry (UFM).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các triệu chứng đường tiểu dưới (triệu chứng đường tiểu dưới) thường được chia thành nhóm triệu chứng về chứa đựng, tống xuất và các triệu chứng khi vừa đi tiểu xong. Có nhiều nguyên nhân gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới thường gặp như: tắc nghẽn đường ra BQ, BQ tăng hoạt, BQ giảm hoạt, tiểu đêm…, ngoài ra còn có những nguyên nhân khác như: nhiễm khuẩn tiết niệu, ung thư các cơ quan đường tiểu dưới và các yếu tố thần kinh…

Quá trình chẩn đoán và điều trị thường gặp nhiều khó khăn do chưa đánh giá đúng các nguyên nhân gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới. Ở những bệnh nhân (BN) đáp ứng không như mong đợi với điều trị nội khoa thì khảo sát niệu động học nên được tiến hành để tìm hiểu các nguyên nhân gây ra các triệu chứng đường tiểu dưới đó trước khi quyết định can thiệp ngoại khoa.

Chức năng của niệu động học là chuyển đổi các triệu chứng định tính của BN thành những phát hiện khách quan để hiểu được quá trình sinh lý bệnh cơ bản. Hiện nay, nghiên cứu niệu động học được xem là "tiêu chuẩn vàng" để đánh giá các rối loạn chức năng của đường tiểu dưới [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận các chỉ số niệu động học ở những BN có các triệu chứng đường tiểu dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: bao gồm những bệnh nhân có các triệu chứng đường tiểu dưới đáp ứng không đầy đủ trong quá trình điều trị nội khoa. Loại trừ các BN có nhiễm khuẩn tiết niệu, ung thư, bàng quang thần kinh, tiền sử chấn thương niệu dục hoặc cột sống, tổn thương hệ thần kinh trung ương

hoặc ngoại biên, rối loạn trương lực cơ hoặc bất thường về phản xạ thần kinh nông và sâu.

- Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hàng loạt trường hợp.

- Cách thức tiến hành: Các BN có các triệu chứng đường tiểu dưới được đo niệu dòng đồ đánh giá các chỉ số: Qmax, thể tích tồn lưu (TTTL) khi vào khám lần đầu tiên và tùy theo nguyên nhân ban đầu sẽ được điều trị nội khoa với các nhóm thuốc ức chế thụ thể alpha 1-adrenergic, anti-muscarinic, desmopressin…và đánh giá lại sau 1 - 3 tháng. Những BN ít đáp ứng với điều trị sẽ được khảo sát niệu động học

- Quy trình thực hiện các phép đo niệu động học

+ Đo niệu dòng đồ: được chỉ định cho tất các BN vào khám và tái khám. Chấp nhận những BN với lượng nước tiểu bài xuất nên trong khoảng từ 150 - 250 ml.

+ Đo thể tích tồn lưu: ngay sau khi thực hiện xong phép đo niệu dòng mỗi khi khám, tái khám.

+ Đo niệu động học: được chỉ định cho các BN đáp ứng không đầy đủ với điều trị nội khoa sau 1 - 3 tháng. Tiến hành sau khi được đo niệu dòng đồ với những BN đã được cho tạm ngưng sử dụng các thuốc đang điều trị 3 ngày trước đó.

- Các chỉ số cần ghi nhận: các chỉ số niệu dòng đồ tự do như lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax), thể tích tồn lưu và thể tích đi tiểu; các chỉ số niệu động học sẽ được ghi nhận như: thể tích BQ và áp lực detrusor (Pdet) tại các mốc cảm giác đầu tiên, cảm giác mắc tiểu và tại dung tích BQ cùng với các chỉ số ở pha tống xuất như: áp lực detrusor tại lưu lượng dòng tiểu tối đa (Pdet@Qmax), chỉ số co bóp BQ (BCI), chỉ số tắc nghẽn BQ (BOOI) và chỉ số hiệu quả tiểu tiện (BVE).

- Phương tiện nghiên cứu

+ Máy niệu động học Delphis Laborie®

+ Máy siêu âm thể tích tồn lưu BQ cầm tay Bio-Conn 700

- Địa điểm nghiên cứu: khoa Ngoại tiết niệu - thần kinh, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế.

- Xử lý số liệu: biến định lượng được tính trung bình ± độ lệch chuẩn, mô tả biến định tính theo tỷ lệ %. Số liệu được xử lý theo chương trình phần mềm MedCalc® phiên bản 18.11.3.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu chúng tôi có 68 bệnh nhân (8 nữ và 60 nam).

1. Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi trung bình nam giới là 65,9 ± 15,9 năm (từ 16 đến 88) và ở nữ giới là 54,2 ± 12,3 năm (từ 29 đến 69). Ở nam giới lý do vào viện chủ yếu là tiểu yếu 16 (26,6%); các triệu chứng tiểu đêm; tiểu khó và tiểu ngắt quãng là 15% và ở nữ giới thì lý do vào viện chủ yếu là tiểu gấp và tiểu nhiều lần (50% và 37,5%).

Chẩn đoán ban đầu: ở nam giới, tắc nghẽn chiếm 86% (51/60 BN), trong đó tắc nghẽn phối hợp với BQ tăng hoạt là 20% (12/60 BN), tiểu đêm là 16,7% (10/60 BN). Ở nữ giới, được chẩn đoán ban đầu là BQ tăng hoạt chiếm 62,5% (5/8 BN) và tắc nghẽn là 37,5% (3/8 BN).

Bảng 1.1. Nhóm tuổi

Giới	Nhóm tuổi				Tổng
	Dưới 30	**Từ 30 - 50**	**Từ 50 - 70**	**Trên 70**	
Nam	3	6	19	32	60 (88,2%)
Nữ	1	1	6	0	8 (11,8%)
Tổng	**4 (5,9%)**	**7 (10,3%)**	**25 (36,8%)**	**32 (47,1%)**	**68**

Nhóm tuổi hay gặp ở nam là trên 50 tuổi (85,0%), ở nữ trên 50 tuổi là (75,0%).

2. Các chỉ số niệu động học

2.1. Áp lực đồ bàng quang

Dựa vào biểu đồ áp lực bàng quang, tăng hoạt cơ detrusor là 13 BN (19,1%), trong đó nam giới là 9/60 BN (15%) và nữ giới là 4/8 BN (50%)). Giảm hoạt cơ detrusor là 19 BN (27,9%), trong đó nam giới là 17/60 BN (28,3%) và nữ giới là 2/8 BN (37,5%).

Độ giãn nở bàng quang kém là 72,1%, trong đó ở nam giới là 44/60 BN (73,3%) và nữ giới là 5/8 BN (62,5%).

Bảng 2.1. Các chỉ số áp lực bàng quang tại các mốc cảm giác khi đo NĐH

Chỉ số	Giới					
	Nam (n = 46)		**Nữ (n = 17)**		**Cả hai giới**	
	Trung bình	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**
Thể tích đạt CG đầu tiên	150,1 ± 108,2	18 - 481	154,1 ± 121,3	16,7 - 409	151,1 ± 110,7	16,7 - 481
Thể tích đạt CG mắc tiểu đầu tiên	179,5 ± 116,7	21- 510	191,5 ± 134,7	27,5 - 439	182,4 ± 120,5	21 - 510
Dung tích bàng quang	250,4 ± 114,8	69,8 - 545	289,3 ± 253,9	59 - 559	260,2 ± 125,7	59 - 559
Áp lực Detrusor tại Dung tích BQ	21,5 ± 21,8	1,2 - 109,4	20,9 ± 21,7	0,7 - 81,5	21,4 ± 21,5	0,7 - 109,4
Độ giãn nở bàng quang	26,7 ± 29,2	1,3 - 112,7	43,5 ± 65,1	1,4 - 266,6	30,9 ± 41,3	1,3 - 266,6

2.2. Áp lực niệu dòng

Bảng 2.2. Các chỉ số niệu dòng đồ tự do và niệu dòng đồ khi đo niệu động học

Chỉ số	Giới					
	Nam (n = 46)		**Nữ (n = 17)**		**Cả hai giới**	
	Trung bình	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**
Qmax tự do	12,3 ± 5,9	1,7 - 29,4	13,7 ± 6,6	1,7 - 29,4	12,6 ± 6,0	1,7 - 29,4

Qmax NĐH	7,7 ± 6,6	0,6 - 29,4	7,6 ± 6,9	1,3 - 26,9	7,7 ± 6,6	0,6 - 29,4
Thời gian đi tiểu tự do	45,4 ± 18,9	8 - 72,8	52,2 ± 29,8	23,8 - 143,7	47,1 ± 22,1*	8,0 - 143,7
Thời gian đi tiểu NĐH	104,4 ± 140,2	1,1 - 859,3	144,9 ±187,6	2,3 - 801,3	115,3 ± 153,9	1,1 - 859,3
Thể tích đi tiểu tự do	228,9 ± 138,0	16,2 - 471,8	245,9 ± 108,5	27,5 - 471,8	233,1 ± 130,7	16,2 - 471,8
Thể tích đi tiểu NĐH	111,2 ± 127,1	0,1- 552,6	166,0 ± 209,2	0,2 - 553,6	126,0 ± 153,7	0,1 - 553,6
Thể tích tồn lưu tự do	101,9 ± 67,1	35,0- 518,0	126,6 ± 108,5	55,0- 518,0	108,1 ± 79,3	35,0 - 518,0
Thể tích tồn lưu NĐH	166,7 ± 174,3	3,0 - 1050	109,8 ± 114,5	5,0 - 339,0	152,7 ± 162,7	3 - 1050
Hiệu quả tống xuất % (BVE) tự do	64,9 ± 21,5	5 - 87,9	66,8 ± 13,5	41,3 - 84,1	65,1 ± 20,6	5 - 87,9
Hiệu quả tống xuất % (BVE) NĐH	42,9 ± 50,6	0,0 - 233,4	88,1 ± 148,6	0,0 - 558,3	54,2 ± 87,0	0,0 - 558,3

Lưu lượng dòng tiểu tối đa (Qmax) và thể tích nước tiểu khi đo niệu dòng đồ thường cao hơn khi đo niệu động học. Ngược lại, thời gian đi tiểu và thể tích tồn lưu khi đo niệu động học thường cao hơn khi đo niệu dòng đồ. Ở nam giới, hiệu quả tống xuất khi đo niệu dòng đồ thường tốt hơn khi đo NĐH. Ngược lại ở nữ giới thì hiệu quả tống xuất khi đo NĐH thường tốt hơn.

Bảng 2.3. Các chỉ số áp lực niệu dòng khi đo niệu động học

Chỉ số	**Giới**					
	Nam (n = 55)		Nữ (n = 8)		Cả hai giới (n=63)	
	Trung bình	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**	**Trung bình**	**Biên độ**
Áp lực detrusor tại LL dòng tiểu tối đa	60,5 ± 38,8	0,5 - 157,3	31,8 ± 18,7	0,7- 64,3	56,7 ± 38,1	0,5- 157,3
Áp lực Detrusor tối đa (n=60)	77,5 ± 45,3	2,4 - 193,6	49,5 ± 26,2	20 - 88,2	74,2 ± 44,3	2,4 - 193,6
Áp lực Detrusor trung bình (n=60)	51,6 ± 35,2	0,6 - 160,2	29,4 ± 17,5	5,7 - 60,4	49,0 ± 34,3	0,6 - 160,2

Chỉ số co bóp BQ (BCI)	99,6 ± 41,4	20,0 - 171,8	62,1 ± 31,6	2,2 - 108,1	94,8 ± 41,9	2,2 - 171,8
Chỉ số tắc nghẽn BQ (BOOI)	52,3 ± 37,2	3,0 - 154,7	26,5 ± 15,9	12,5 - 59,7	48,9 ± 36,2	4,1 - 154,7

Áp lực detrusor tại lưu lượng dòng tiểu tối đa, áp lực detrusor tối đa và trung bình, chỉ số co bóp BQ và chỉ số tắc nghẽn đường tiểu dưới ở nam thường cao hơn nữ.

Ở 5 BN không thể tiểu được trong pha tống xuất, chúng tôi ghi nhận áp lực detrusor tối đa (Pdet Max) và trung bình (Pdet Ave) lần lượt là 35,6 ± 16,1 và 17,8 ± 5,9 cmH_2O và độ giãn nở BQ là 51,8 ± 32,2 ml/cmH_2O.

Bảng 2.4. Phù hợp giữa chẩn đoán ban đầu với chỉ số co bóp bàng quang (BCI)

Những thay đổi giữa chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán niệu động học ở hai giới		**Khả năng co bóp theo chỉ số co bóp BCI**			**Tổng**
		Co bóp bình thường	**Co bóp mạnh**	**Co bóp yếu**	
Giới	Nam	17	9	29	55 (87,3%)
	Nữ	1	0	7	8 (12,7%)
Chẩn đoán ban đầu	Tắc nghẽn	8	1	17	26 (41,3%0
	Tiểu đêm	1	0	0	1 (1,6%)
	Tiểu đêm/ Tắc nghẽn	2	0	7	9 (14,3%0
	Tăng hoạt	5	1	6	12 (19%0
	Tăng hoạt/ Tắc nghẽn	2	7	3	12 (19%)
	Giảm hoạt/ Tắc nghẽn	0	0	3	3 (4,8%)
Tổng		**18 (28,6%)**	**9 (14,3%)**	**36 (57,1%)**	**63**

Bàng quang co bóp yếu chiếm là 57,1%; bình thường là 28,6% và mạnh là 14,3%. Trong số 26 BN được chẩn đoán ban đầu là tắc nghẽn thì có đến 17 BN có chỉ số co bóp yếu khi đo NĐH.

Bảng 2.5. Phù hợp giữa chẩn đoán ban đầu với chỉ số tắc nghẽn (BOOI)

Những thay đổi giữa chẩn đoán ban đầu và chẩn đoán niệu động học ở 2 giới		**Khả năng tắc nghẽn theo chỉ số tắc nghẽn BOOI**			**Tổng**
		Không tắc nghẽn	**Nghi ngờ**	**Tắc nghẽn**	
Giới	Nam	10	13	32	55 (87,3%)
	Nữ	3	4	1	8 (12,7%)

Chẩn đoán ban đầu	Tắc nghẽn	4	6	16	26 (41,3%)
	Tiểu đêm	0	0	1	1 (1,6%)
	Tiểu đêm/ Tắc nghẽn	2	3	4	9 (14,3%)
	Tăng hoạt	3	5	4	12 (19,0%)
	Tăng hoạt/ Tắc nghẽn	3	3	6	12 (19,0%)
	Giảm hoạt/ Tắc nghẽn	1	0	2	3 (4,8%)
Tổng		**13 (20,6%)**	**17 (27,0%)**	**33 (52,4%)**	**63**

Tắc nghẽn đường ra bàng quang được chẩn đoán ban đầu ở 50/68 BN (73,5%). Khi đo NĐH, tắc nghẽn chiếm tỷ lệ là 52,4%; nghi ngờ là 27,0% và không tắc nghẽn là 20,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi có 68 BN (8 nữ và 60 nam). Tuổi trung bình nam là 65,9 và ở nữ là 54,2. Nhóm tuổi hay gặp ở nam là trên 50 tuổi chiếm 85,0%, ở nữ trên 50 tuổi là 75,0%. Trần Ngọc Sinh ghi nhận tuổi trung bình 44,0 ± 9,1 năm, tuổi nhỏ nhất 22 tuổi, lớn nhất 59 tuổi. Lớp tuổi: 30 đối tượng nghiên cứu phần lớn ở lớp tuổi từ 41 - 50 tuổi chiếm 50,0%. Lớp tuổi có phân bố tương đối đồng đều từ 30 đến 59 tuổi [2].

Về lý do vào viện: ở nam giới lý do vào viện chủ yếu là tiểu yếu chiếm 26,6%; các triệu chứng tiểu đêm; tiểu khó và tiểu ngắt quãng là 15%; ở nữ giới thì lý do vào viện chủ yếu là tiểu gấp và tiểu nhiều lần (50% và 37,5%). Ở nam giới, được chẩn đoán ban đầu là tắc nghẽn chiếm 86%, trong đó tắc nghẽn phối hợp với BQ tăng hoạt là 20%, tiểu đêm là 16,7%. Ở nữ giới, được chẩn đoán ban đầu là BQ tăng hoạt chiếm 62,5% và tắc nghẽn là 37,5%.

Lưu lượng dòng tiểu là một chỉ số cơ bản nhất, phản ánh kết quả của quá trình bài xuất nước tiểu và khi kết hợp với thể tích tồn lưu thì sẽ đánh giá được hiệu quả bài xuất nước tiểu [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, Qmax khi đo niệu dòng đồ tự do ở nam thường thấp hơn nữ (Bảng 2.2). Nghiên cứu của Trần Ngọc Sinh ghi nhận Qmax trung bình khi đo áp lực niệu dòng là 24,84 ± 5,26 ml/giây, thể tích nước tiểu khi đi tiểu bình thường ở nữ 330,09 ± 147,88ml (từ 112 đến 731 ml) [2] và đây là kết quả nghiên cứu ở những phụ nữ không có các triệu chứng đường tiểu dưới. Nghiên cứu của Jiang cũng có những ghi nhận tương tự nghiên cứu của chúng tôi khi đo NĐH ở 131 BN bình thường và 1011 BN có triệu chứng đường tiểu dưới với các kết quả lần lượt tương ứng là: Qmax là 19,5 và 7,58 ml/giây; áp lực detrusor (Pdet) là 31,8 và 66,2 cmH_2O; thể tích nước tiểu là 496 và 162 ml và thể tích tồn lưu là 28,9 và 94,8 ml [5]. Kết quả trên của Jiang cho thấy rõ sự chênh lệch về kết quả Qmax, áp lực detrusor, thể tích đi tiểu cũng như thể tích tồn lưu giữa 2 nhóm không và có triệu chứng đường tiểu dưới.

Thể tích nước tiểu cũng là một đại lượng mang tính tương đối, có thể thay đổi tùy theo thời điểm và tâm lý của con người [2], đặc biệt trong bối cảnh có thể có sự gia tăng sức

cản niệu đạo vì BN phải mang ống thông áp lực trong khi đo niệu động học, đặc biệt là ở nam giới. Có thể vì vậy cho nên khi so với niệu dòng đồ tự do, thể tích nước tiểu của nam giới trong pha tống xuất là tương đối thấp, hầu như không vượt quá 150 ml, điều này có thể dẫn đến Qmax khi đo NĐH thường thấp hơn Qmax tự do và thể tích tồn lưu cao, cuối cùng là hiệu quả đi tiểu bị giảm (Bảng 2.2).

Trong pha làm đầy của áp lực đồ BQ, các chỉ số áp lực được ghi nhận theo các mốc cảm giác, các cơn co bóp không tự chủ của detrusor và độ giãn nở của BQ. Thể tích đạt CG đầu tiên ở nam là 150,1 ± 108,2 và ở nữ là 54,1 ± 121,3 ml; thể tích đạt cảm giác mắc tiểu đầu tiên ở nam là 179,5 ± 116,7 và ở nữ là 191,5 ± 134,7 ml; dung tích BQ ở nam là 250,4 ± 114,8 và ở nữ là 289,3 ± 253,9 ml. Trần Ngọc Sinh nghiên cứu ở nữ không có các triệu chứng đường tiểu dưới, ghi nhận thể tích tại các mốc cảm giác: buồn tiểu đầu tiên là 157,5 ± 36,6 ml; buồn tiểu dữ dội là 261,5 ± 54,5 ml và dung tích BQ là 351,5 ± 67,1 ml [2]. Giảm hoạt detrusor thường gặp ở những trường hợp giảm cảm giác thường đặc trưng bằng giảm cảm giác đầu tiên, giảm các mức cảm giác buồn tiểu, thường ít có cảm giác buồn tiểu dữ dội và trong nhiều trường hợp vẫn không có cảm giác gì khi đã đạt dung tích BQ tối đa [2].

Về áp lực detrusor tại các mốc cảm giác: trên biểu đồ áp lực BQ, thông thường áp lực detrusor duy trì gần như bằng 0 trong toàn bộ chu kỳ làm đầy cho đến khi bắt đầu có cảm giác mắc tiểu. Điều đó có nghĩa là áp suất cơ bản không đổi, thường duy trì thấp và không có các cơn co thắt không tự chủ [1], [8]. Áp lực detrusor tại dung tích BQ của chúng tôi lần lượt là 21,5 ± 21,8 ở nam và 20,9 ± 21,7 cmH_2O ở nữ, ở cả hai giới trung bình là 21,4 ± 21,5 cmH_2O (Bảng 2.1). Trị số trung bình của áp lực detrusor ở nữ giới bình thường trong nghiên cứu Trần Ngọc Sinh [2] là 45,1 ± 13,1 cmH_2O. Như vậy, áp lực detrusor tại thời điểm đạt dung tích BQ của chúng tôi cũng nằm trong giới hạn bình thường 40 - 60 cmH2O theo nghiên cứu của Patel [9]. Áp lực detrusor không còn ở giá trị bình thường khi đo áp lực BQ có thể giúp phát hiện được sự tăng hoạt hoặc giảm hoạt detrusor và giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán bệnh lý BQ nếu đi kèm với tình trạng lâm sàng của BN. Bởi vì, tăng hoạt detrusor vô căn có thể gặp trong 30% - 35% ở những trường hợp tiểu không kiểm soát gắng sức đã trải qua phẫu thuật hoặc giảm hoạt detrusor có thể gặp ở những trường hợp BQ thần kinh hay trong những trường hợp BQ giãn nở nhiều do bị tắc nghẽn đường ra bàng quang kéo dài [8].

Về độ giãn nở BQ, trên thực tế tồn tại nhiều định nghĩa khác nhau về giảm độ giãn nở BQ đã được sử dụng (ví dụ, từ 10 - 20 ml/cmH_2O), tuy nhiên, không có một định nghĩa nhất quán dựa trên ml/cmH_2O. Stöhrer cho rằng giá trị nhỏ hơn 20 ml/cmH_2O phù hợp với sự giảm độ dãn nở BQ và có nghĩa là BQ có sức chứa kém [10]. Với mốc 30 ml/cmH_2O [8] chúng tôi ghi nhận BQ kém giãn nở thường gặp ở nam giới với độ giãn nở trung bình là 26,7 ± 29,2 hơn là ở nữ giới (43,5 ± 65,1) và ở cả hai giới là 30,9 ± 41,3 ml/cmH_2O, trong đó BN có độ giãn nở BQ kém chiếm tỷ lệ 72,1% (Bảng 2.1).

Trong pha tống xuất khi đo NĐH, hai thông số quan trọng của quá trình tống xuất

BQ là sức co bóp của detrusor (BCI) và sức cản đường ra của BQ do tắc nghẽn đường ra bàng quang (BOOI) cùng với chỉ số hiệu quả tống xuất của bàng BQ (BVE) [4]. Những bất thường về tống xuất BQ được gây ra bởi hai nguyên nhân chủ yếu là tăng sức cản đường ra BQ và giảm hoạt cơ detrusor hoặc kết hợp cả hai nguyên nhân trên [4], [8]. Ở những BN tiểu được trong pha tống xuất, chúng tôi ghi nhận áp lực detrusor tại thời điểm đạt lưu lượng dòng tiểu tối đa là 56,7 ± 38,1; chỉ số tắc nghẽn trung bình là 94,8 ± 41,9 và trong đó tỷ lệ BN có tắc nghẽn chiếm tỷ lệ 52,4%; nghi ngờ 27,0% và không tắc nghẽn 20,6%; chỉ số co bóp trung bình là 48,9 ± 36,2; trong đó tỷ lệ co bóp BQ yếu chiếm 57,1%; bình thường 28,6% và mạnh là 14,3% (Bảng 2.3, 2.4 và 2.5). Các chỉ số trên ở nam và nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt, tuy nhiên hiệu quả đi tiểu (BVE) ở nữ (88,1 ± 148,6) là cao hơn nam (42,9 ± 50,6) (Bảng 2.2).

Chúng tôi phân ra 2 nhóm khi đo NĐH là tiểu được và không tiểu được trong pha tống xuất. Trong nhóm tiểu được khi đo niệu động học, các BN được chẩn đoán ban đầu tắc nghẽn (kể cả những BN tiểu đêm, BQ tăng hoạt và BQ giảm hoạt trên nền của sự tắc nghẽn) là 50/63 BN chiếm 79,36%, nhưng kết quả NĐH ghi nhận tỷ lệ tắc nghẽn của nhóm này là 26/50 BN (52,0%), có 12/50 BN (24,0%) thuộc nhóm nghi ngờ tắc nghẽn và 10 BN (20,0%) còn lại thì chưa phát hiện sự tắc nghẽn. Trong số 26 BN được chẩn đoán ban đầu là tắc nghẽn đơn thuần thì có 16 BN được khẳng định tắc nghẽn, 6 BN thuộc nhóm nghi ngờ và 4 BN không phát hiện được tắc nghẽn khi đo NĐH. Một số BN được chẩn đoán ban đầu là tiểu đêm và BQ tăng hoạt đơn thuần thì phát hiện có tắc nghẽn khi đo NĐH (Bảng 2.4)**.** Cùng ở nhóm được chẩn đoán ban đầu là tắc nghẽn trên thì kết quả NĐH phát hiện có detrusor co bóp yếu là 30/50 BN (60,0%), co bóp bình thường là 18 BN (28,6%) và co bóp mạnh là 9 BN (14,3%). Detrusor co bóp yếu còn tìm thấy trong khoảng 6/12 BN (50%) được chẩn đoán ban đầu là BQ tăng hoạt đơn thuần và 7/12 BN có detrusor co bóp mạnh được chẩn đoán ban đầu là BQ tăng hoạt do tắc nghẽn (Bảng 2.5).

Ngoài ra, ở nhóm không thể tiểu được trong pha tống xuất khi đo NĐH có 5/68 BN (4,7%), tất cả đều được chẩn đoán ban đầu là tắc nghẽn. Mặc dù không thể loại trừ hẳn một số yếu tố tâm lý, nhưng chúng tôi vẫn xem đó là do nguyên nhân tắc nghẽn vì một lý do là Qmax tự do của họ là dưới 10 ml/giây và một số nghiên cứu hồi cứu về NĐH trên thế giới cũng xem nhóm không tiểu được trong pha tống xuất là do tắc nghẽn. Trong số 5 BN này, có 3 BN giảm co bóp detrusor, 1 BN tăng hoạt và 1 BN có chức năng detrusor bình thường trên nền tắc nghẽn đường ra BQ.

Như vậy, tắc nghẽn vẫn là những chẩn đoán ban đầu ở các BN có các triệu chứng đường tiểu dưới chiếm 80,9% (55/68 BN) tổng số BN được chẩn đoán ban đầu, mặc dù tỷ lệ này có giảm xuống còn 55,9% (38/68 BN) khi kiểm tra NĐH . Cơ detrusor co bóp yếu là 39/68 BN, chiếm tỷ lệ 57,4% khi đo NĐH so với chẩn đoán ban đầu là 3 BN (4,8%). Tóm lại, có thể nói rằng tắc nghẽn vẫn là một nguyên nhân phổ biến ở các BN có các triệu chứng đường tiểu dưới, tuy

nhiên tắc nghẽn thường không phải là đơn thuần mà thường phối hợp với các nguyên nhân khác, trong đó nguyên nhân hay đi kèm là detrusor co bóp yếu và một số ít là tăng hoạt detrusor.

V. KẾT LUẬN

Kết quả niệu động học ghi nhận tỷ lệ tắc nghẽn đường ra bàng quang là 55,9%; nghi ngờ 25,0% và không tắc nghẽn 19,1%. Tỷ lệ bàng quang yếu co bóp là 57,1%; bình thường 28,6% và mạnh 14,3%. Có 19,1% trường hợp tăng hoạt động detrusor. Độ giãn nở bàng quang kém chiếm tỷ lệ 72,1%. Tắc nghẽn đường ra bàng quang vẫn là chẩn đoán ban đầu thường gặp, nhưng trên thực tế các hội chứng khác như bàng quang co bóp yếu, bàng quang tăng hoạt thường đi kèm hoặc đôi khi là đơn độc, chính điều này đã gây ra những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ân (2003),** "Đại cương về các phép đo niệu động học", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 7(2), tr. 68-74.
2. **Trần Ngọc Sinh (2012),** "Kết Quả Đo Các Chỉ Số Niệu Động Bình Thường Ở Nữ", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 16(3), tr. 441-455.
3. **Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., Van Kerrebroeck P., Victor A., Wein A. (2003),** "The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society", Urology. 61(1), tr. 37-49.
4. **Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A.,** Wein A., Standardisation Sub-committee of the International Continence S. (2002), "The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society", Neurourol Urodyn. 21(2), tr. 167-78.
5. **Jiang Y.H., Liao C.H., Kuo H.C. (2018),** "Role of Bladder Dysfunction in Men with Lower Urinary Tract Symptoms Refractory to Alpha-blocker Therapy: A Video-urodynamic Analysis", Lower Urinary Tract Symptoms. 10(1), tr. 32-37.
6. **Klevmark B.,** "Natural pressure-volume curves and conventional cystometry", Scandinavian Journal Urology Nephrology. 20(1), tr. 1-4.
7. **Nitti V.W. (2005),** "Pressure flow urodynamic studies the gold standard for diagnosing bladder outlet obstruction", Rev. Urol. 7, tr. S14-S21.
8. **Nitti V.W.B., Benjamin M. (2015),** "Urodynamic and video urodynamic evaluation of the LUTS", Campbell 2016, tr. 1718-1742e3.
9. **Patel U. (2010),** Imaging and Urodynamics of the lower urinary tract, Springer. tr .21
10. **Stöhrer M. G.M., Kondo A., Kramer J., Madersbacher H., Millard R., Rossier A., Wyndaele J. J. (1999),** "The standardization of terminology in neurogenic lower urinary tract dysfunction with suggestions for diagnostic procedures", Neurourology and Urodynamics. 18(2), tr. 139-158.

PHẦN II: THẬN HỌC

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN VIÊM THẬN LUPUS VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Minh Anh[1], Đặng Thị Việt Hà[1,2] , Đỗ Gia Tuyển[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus và mối liên quan giữa tăng huyết áp với một số yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 187 bệnh nhân viêm thận lupus điều trị tại trung tâm Thận – Tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến 07/2021.

Kết quả: Trong 187 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 66,3% (n=124). Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình: 45,1 tháng, thời gian khởi phát tăng huyết áp trung bình:13,05 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm khởi phát tăng huyết áp: 33,2 tuổi (15 – 66). Trong 124 bệnh nhân tăng huyết áp, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu lên tới 96,8%, bệnh nhân thiếu máu mức độ nặng (Hb < 80 g/L) chiếm 30,9% (38 bệnh nhân). Creatinine huyết thanh của nhóm bệnh nhân tăng huyết áp cao hơn nhóm bệnh nhân không có tăng huyết áp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Trong 52 bệnh nhân được sinh thiết, class III và IV chiếm tỷ lệ 75% (39 bệnh nhân), chỉ số mạn tính (CI) trung bình là 1,71, có mối liên quan tuyến tính đồng biến với mức độ tăng huyết áp (p<0,05), chỉ số hoạt động (AI) có mối tương quan đồng biến với tăng huyết áp tâm trương (p<0,05). Tăng huyết áp liên quan có ý nghĩa thống kê với việc điều trị corticocoid, phenolate mofetil và cyclophosphamide (p<0,01). Không có mối liên quan giữa tình trạng tăng huyết áp với mức độ protein niệu, nồng độ bổ thể (C3, C4) và hiệu giá các tự kháng thể (ANA và anti-dsDNA) (p > 0,05).

Kết luận: Tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus có liên quan tới mức độ thiếu máu, tiến triển của suy thận, mức độ đợt cấp viêm thận lupus, tình trạng xơ hóa của thận và một số thuốc ức chế miễn dịch trong điều trị, đặc biệt là corticoid. Mức độ protein niệu, bổ thể C3, C4, ANA và anti – dsDNA là yếu tố độc lập với tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus.

Từ khóa: Tăng huyết áp, thiếu máu, Viêm thận lupus.

SUMMARY

INVESTIGATING HYPERTENSION IN PATIENTS WITH LUPUS NEPHRITIS AND SOME RELATED FACTORS

Objectives: Investigating hypertension in patients with lupus nephritis and the relationship between hypertension and some clinical, subclinical factors in this patients group.

Subjects and methods: A cross-sectional, retrospective and prospective study on 187 lupus

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Thị Minh Anh.
Email: nguyenthiminhanh22071996@gmail.com
Ngày nhận bài: 4/8/2021
Ngày phản biện: 15/8/2021
Ngày duyệt bài: 10/9/202

nephritis patients treated in Nephro – Urology and Dialysis Center, Bach Mai hospital from 01/2020 to 07/2021.

Results: In 187 patients of this research, the propotion of hypertension was 66.3% (n=124). The mean time of lupus nephritis was 45.1 months, mean onset time of hypertension was 13.05 months. The average age of patients at the onset time of hypertension was 33.2 years old (15-66). In 124 hypertensives, the rate of anemia was up to 96.8%, that included 30.9% of patients (38 patients) with severe anemia (Hb<80g/l). The averager of serum creatinine index in hypertensive group was higher than that of group without hypertension and this difference was statistically with p<0.01. In 52 patients who had been performed renal biopsy, class III and IV accounted for 75% (39 patients) and the average of chronic index (CI) was 1.71, which had a positive linear relationship with the degree of hypertension (p<0.05). Activity index (AI) had a positive linear correlation with diastolic hypertension (p<0.05). Hypertension was significantly associated with the treatment of corticosteroids, mycophenolat mofetil and cyclophosphamide (p<0.01). There was no correlation between hypertension and proteinuria, complement levels (C3,C4) and autoantibody titers (ANA and anti-dsDNA) (p>0.05).

Conclusion: Hypertension in patients with lupus nephritis is related to the degree of anemia, progression of renal failure, severity of lupus nephritis exacerbation, renal fibrosis, and some immunosuppressive drugs in treatment, especially corticosteroids. Levels of proteinuria, complement C3, C4, ANA and anti-dsDNA are independent factors for hypertension in lupus nephritis patients.

Keywords: Hypertension, Anemia, Lupus nephritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (LBH) là một bệnh lý tự miễn điển hình của tổ chức liên kết, biểu hiện tổn thương đa cơ quan, thường gặp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tình trạng bệnh bị tác động bởi nhiều yếu tố như: di truyền, hormone giới tính và môi trường [1].

Viêm thận lupus (VTL) là tổn thương thường gặp và ảnh hưởng tới tiên lượng bệnh [1]. Hầu hết bệnh nhân LBH có sự phát triển bệnh lý tim mạch thứ phát trong quá trình bệnh, thường gặp: viêm màng ngoài tim cấp tính, tăng huyết áp,…. Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân lupus khá thay đổi giữa các nghiên cứu, khoảng 10 - 77 % tổng số bệnh nhân. Tình trạng THA ở bệnh nhân LBH bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, đặc biệt là chức năng thận, mức độ đợt cấp của bệnh, và một số thuốc trong điều trị [2]. Đồng thời, THA cũng thúc đẩy quá trình tổn thương thận, tỷ lệ bệnh thận mạn do tăng huyết áp trên các đối tượng nói chung chiếm khoảng 14,6%, có thể tiến triển thành bệnh thận giai đoạn cuối. Vì thế, THA ảnh hưởng đáng kể tới tiên lượng bệnh, cũng như tổn thương thận ở bệnh nhân LBH [3]. Với những lý do trên đây, nhằm mục tiêu quản lý và điều trị tăng huyết áp cũng như các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân viêm thận lupus, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Khảo sát tình trạng tăng huyết áp trên bệnh nhân viêm thận Lupus và một số yếu tố liên quan "* với 2 mục tiêu sau:

1. Khảo sát tình trạng tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus được điều trị tại khoa Thận – Tiết niệu, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa tăng huyết áp với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

187 bệnh nhân được chẩn đoán viêm thận lupus theo tiêu chuẩn ACR 2012 tại trung tâm Thận – Tiết niệu và lọc máu bệnh viên Bạch Mai từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2021.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu và tiến cứu.

2.2 Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chẩn đoán LBH theo SLICC 2012, tiêu chuẩn chẩn đoán viêm thận lupus theo ACR 2012, phân loại tổn thương mô bệnh học theo ISN/RPS 2003 [4].

- Tiêu chuẩn chẩn đoán và phân loại THA theo ESC/ESH 2018 [5].

2.3 Phương pháp phân tích số liệu

- Số liệu được quản lý, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Trong 187 bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ tăng huyết áp chiếm 66,3% (n=124), trong đó nữ giới chiếm ưu thế (91,9%). Thời gian mắc viêm thận lupus trung bình là 45,1 tháng, và thời gian khởi phát tăng huyết áp trung bình là 13,05 tháng. Tuổi trung bình của bệnh nhân tại thời điểm phát hiện tăng huyết áp là 33,2 tuổi (15 – 66).

Có 10 bệnh nhân tăng huyết áp được chẩn đoán trước khi phát hiện LBH, 55 bệnh nhân phát hiện đồng thời cả 2 tình trạng bệnh, trong khi đó số bệnh nhân được chẩn đoán THA sau LBH là 52 người.

1.2 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm THA và không THA

Đặc điểm LS, CLS	THA (n=124)	Đặc điểm LS,CLS		THA (n=124)
Sốt	12 (9,8)	Suy tim EF<50%		25,7 (27)
Co giật	3 (2,4)			
Rối loạn tâm thần	2 (1,6)	Thiếu máu (Hb<120g/l)	< 80g/l	30,9 (38)
Ban đỏ	20 (16,3)		> 80g/l	69,1 (92)
Đau khớp	12 (9,8)		<120g/l	96,8 (120)
Rụng tóc	12 (9,8)	Anti – dsDNA dương tính		88,7 (110)
TD màng tim/màng phổi	54,1 (58)	Giảm C3		83,8 (104)
Tăng ALĐMP	41,9 (52)	Giảm C4		70,1 (87)

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, các triệu chứng lâm sàng thường gặp: ban cánh bướm (16,3%), sưng đau khớp (9,8%), rụng tóc (9,8%), sốt (9,8%).

Về các triệu chứng cận lâm sàng: trong nhóm bệnh nhân có tăng huyết áp, tràn dịch màng tim/màng phổi (54,1%), tăng áp lực động mạch phổi (41,9%), suy tim (25,7%), tỷ lệ thiếu máu lên tới 96,8%, trong số này, 38 bệnh nhân (30,9% tổng số bệnh nhân) có tình trạng thiếu máu nặng (Hb < 80 g/L), còn lại là thiếu máu mức độ nhẹ và trung bình.

Trên phương diện miễn dịch học, nồng độ bổ thể C3 giảm ở 83,8% số bệnh nhân trong nghiên cứu, tỉ lệ số bệnh nhân có giảm C4 là 70,1%, số bệnh nhân anti - dsDNA dương tính lần lượt là 88,7%.

Bảng 2. Đặc điểm huyết áp tâm trương (HATTr) và tâm thu (HATTh) của nhóm tăng huyết áp

Chỉ số huyết áp (mmHg)	HATTr			HATTh		
	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
HA vào viện	87,4	50	130	142,3	100	210
HA cao nhất trong viện	98	70	130	163,5	125	210
THA độ 1	THA độ 2			THA độ 3		
20,3%	43,9%			30,1%		

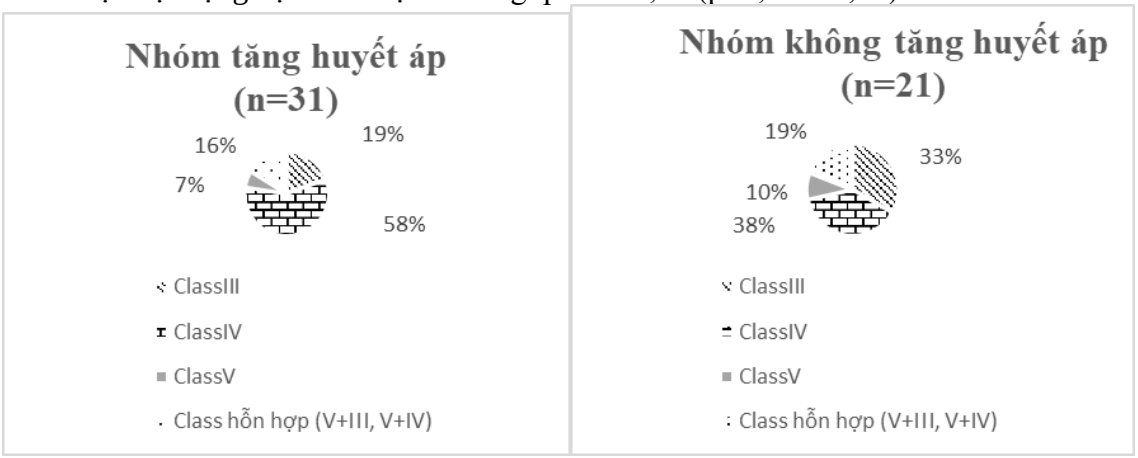
Nhận xét: HATTh và HATTr trung bình lúc vào viện lần lượt là 142,3 và 87,4 mmHg. HA thời điểm cao nhất trong viện trung bình là 163,5 và 98 mmHg (tương đương HATTh và HATTr), THA độ 1 chiếm 20,3%, độ 2 là 43,9 % và độ 3 là 30,1%.

2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và mức độ hoạt động bệnh tính theo thang điểm SLEDAI

Mức độ hoạt động (điểm SLEDAI)	THA (n=124)	Không THA (n = 63)
Trung bình	14,65	13,3
Mức độ nhẹ (1-5)	4 (5)	9,5 (6)
Mức độ trung bình (6-10)	15,3 (19)	20,6 (13)
Mức độ nặng (11-19)	79 (63,7)	57,1 (36)
Mức độ rất nặng (> 20)	16,9 (21)	12,7 (8)

Nhận xét: điểm SLEDAI trung bình giữa nhóm bệnh nhân có THA và không THA lần lượt làn 14,65 và 13,3. Có mối liên quan tuyến tính đồng biến mức độ vừa giữa tăng huyết áp với mức độ hoạt động bệnh với hệ số tương quan r=0,33 (p=0,014<0,05).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các lớp mô bệnh học thận giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm thận lupus có tăng huyết áp và không tăng huyết áp.

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân được sinh thiết thận tại thời điểm nghiên cứu, 31 bệnh nhân tăng huyết áp, sự khác biệt không có ý nghĩa thông kê về tỷ lệ mô bệnh học giữa 2 nhóm THA và không THA với độ tin cậy 95% (p>0,05). Trong đó tỷ lệ class III, IV chiếm ưu thế hơn so với các class khác ở cả 2 nhóm bệnh nhân này.

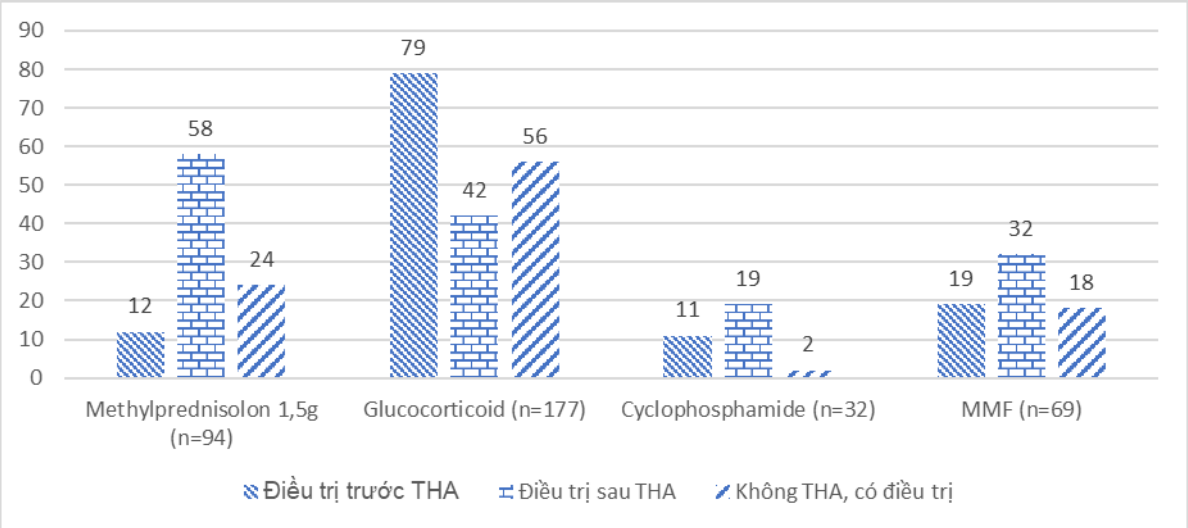
Chỉ số mạn tính (CI) trung bình: 1,71, có mối tương quan đồng biến giữa mức độ tăng huyết áp và chỉ số mạn tính của bệnh trên sinh thiết thận (r =0,33, p=0,019). Chỉ số hoạt động (AI) trung bình: 4,88 chỉ có mối tương quan tuyến tính mức độ trung bình với huyết áp tâm trương, hệ số tương quan r =0,3 (p=0,03).

Bảng 4. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số yếu tố cận lâm sàng.

Đặc điểm cận lâm sàng	THA	Không THA	Hệ số tương quan (r)	p
Creatinin huyết thanh (µmol/l)	279,9 + 231,6	106,9 + 74,2	0,484	0,000
MLCT (ml/phút/1,73m2)	42,4 + 48,5	82,4 + 46,4	-0,755	0,000
Protein niệu (g/24h)	7,3	6,4	0,01	0,991
Hb (g/l)	87,6	104,5	- 0,356	0,000
C3 giảm	83,8 (104)	84,1 (53)	0,032	0,665
C4 giảm	70,1 (87)	77,8 (49)	0,035	0,633
Anti-dsDNA (+)	74,2 (92)	74,6 (47)		1,0

Nhận xét: Mức lọc cầu thận trung bình giữa 2 nhóm bệnh nhân viêm thận lupus có THA và không THA lần lượt là 42,4 ml/phút/1,73m2và 82,4 ml/phút/1,73m2, có mối tương quan tuyến tính nghịch biến mạnh giữa thông số huyết áp và sự suy giảm chức năng thận trên bệnh nhân viêm thận lupus với hệ số tương quan r = -0,755 (p=0,000).

Tăng huyết áp và nồng độ hemoglobin tương quan tuyến tính nghịch biến mức độ trung bình với r = 0,356 (p<0,05). Protein niệu, nồng độ C3, C4 và anti-dsDNA là yếu tố độc lập với tình trạng tăng huyết áp (p > 0,05).



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số thuốc ức chế miễn dịch

Nhận xét: Mối liên quan giữa tăng huyết áp với điều trị bằng corticoid, mycophenolat mofetil và cyclophosphamide có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 99% (p<0,01). THA xuất hiện sau khi điều trị bolus methylprednisolone liều cao, corticoid đường uống, cyclophosphamide và MMF lần lượt là 12, 79, 11 và 19 bệnh nhân. Điều trị THA bằng đơn trị liệu ở 54 bệnh nhân, sử dụng kết hợp nhiều loại thuốc huyết áp có 60 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Về đặc điểm chung: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,6 ± 12,7, tỷ lệ nam/nữ là 1:8,8 , tương tự nghiên cứu của Satirapoj [6].

Tỷ lệ tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus dao động từ 25 – 74% trong một số nghiên cứu [6] [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này chiếm 66,3 %. Độ tuổi trung bình khởi phát tăng huyết áp là 33,2 tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi và lớn nhất 66 tuổi (bảng 1) tương tự các nghiên cứu của Motula Latout Lot, Satirapoj [2].

Về đặc điểm lâm sàng: thứ tự các triệu chứng thường gặp tràn dịch màng tim, màng phổi (48,4%), ban cánh bướm (16,3%), sưng đau khớp (9,8%), rụng tóc (9,8%), sốt (9,8%) (bảng 1) tương tự như nghiên cứu của tác giả Nghiêm Trung Dũng [8], tuy nhiên tỷ lệ các triệu chứng cao hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Về đặc điểm cận lâm sàng: MLCT trung bình của nhóm bệnh là 42,4 ml/phút/1,73m2 thấp hơn so với nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước [6] [8], tỷ lệ bệnh nhân giảm nồng độ C3, anti – dsDNA tương tự tác giả Satirapoj [2] (bảng 1).

2. Mối liên quan giữa tăng huyết áp và một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng.

Mức độ hoạt động bệnh trung bình của bệnh (tính theo thang điểm SLEDAI) ở nhóm tăng huyết áp cao hơn nhóm không tăng huyết áp. Có mối liên quan tuyến tính đồng biến giữa tình trạng THA và mức độ hoạt động bệnh (theo SLEDAI) tương tự như nghiên cứu của tác giả José Mario Sabio năm 2011 [9] (bảng 2)

Trong nghiên cứu của các tác giả E M Ginzler, DT Felson tăng huyết áp làm tăng nguy cơ suy thận gấp 2,3 lần trong 12 tháng trên bệnh nhân lupus ban đỏ hệ thống và nghiên cứu LUMINA năm 2007 cũng chỉ ra rằng suy thận là yếu tố dự báo mạnh về nguy cơ tăng huyết áp trên bệnh nhân viêm thận lupus [10], [11]. Trong nghiên nghiên cứu này chúng tôi cũng nhận thấy có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ tăng huyết áp và sự tiến triển theo chiều hướng xấu của chức năng thận. Vì vậy đánh giá tình trạng tăng huyết áp ở những giai đoạn sớm của bệnh là rất cần thiết giúp đưa ra các chiến lược điều trị nhằm hạn chế tiến triển nặng của bệnh, giúp bảo tồn chức năng thận.

Mức độ xơ hóa thận được đánh giá thông qua chỉ số mạn tính trên sinh thiết thận bao gồm: số lượng cầu thận xơ hóa, liềm xơ cầu thận, mức độ xơ hóa mô kẽ và teo ống thận, chỉ số này dự báo nguy cơ tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus tương tự nghiên cứu của Satirapoj [2]. Như vậy có mối liên quan giữa các mức độ tổn thương xơ hóa thận ở những bệnh nhân viêm thận lupus với tình trạng huyết áp cho thấy tầm quan trọng của kiểm soát huyết áp ở các bệnh nhân này.

Ngoài ra trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận con số huyết áp tâm trương có mối tương quan tuyến tính với chỉ số hoạt động bệnh, tuy nhiên huyết áp tâm thu của nhóm

nghiên cứu độc lập với chỉ số hoạt động của bệnh trái ngược với nghiên cứu của tác giả trên, sự khác biệt này có thể do số lượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế, do đó cần thêm những nghiên cứu trong tương lai để làm rõ hơn vấn đề này.

Mặt khác, cũng trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tình trạng tăng huyết áp còn liên quan tới việc dùng các thuốc ức chế miễn dịch, đặc biệt là cortiocoid tương tự như nghiên cứu của tác giả JM Sabio, cho thấy sử dụng corticoid khiến nguy cơ tăng huyết áp cao gấp 4 lần ở bệnh nhân viêm thận lupus [12]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu dọc LUMINA không nhận thấy mối liên kết giữa glucocorticoid và bệnh lý tim mạch trong lupus ban đỏ hệ thống [10]. Hiện tại chúng tôi nghiên cứu cắt ngang trên số lượng bệnh nhân tương đối ít và không đi sâu vào phân tích liều lượng corticoid và loại bỏ các yếu tố nhiễu nên còn nhiều hạn chế về mặt kết quả, hy vọng trong tương lai gần sẽ có các nghiên cứu làm sáng tỏ thêm vấn đề này. Mặc dù vậy thì nghiên cứu cũng cho thấy cần phải theo dõi huyết áp chặt chẽ trước và sau dùng corticoid, đặc biệt khi sử dụng liều cao để có chiến lược dự phòng, nhằm tránh các nguy cơ biến chứng của tăng huyết áp khó kiểm soát.

V. KẾT LUẬN

Tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus khá thường gặp, có liên quan và dự báo tiến triển suy thận, mức độ đợt cấp và mức độ xơ hóa thận. Tình trạng THA không bị ảnh hưởng bởi protein niệu, bổ thể hay kháng thể kháng nhân. Ngoài ra việc điều trị bằng một số thuốc ức chế miễn dịch cũng góp phần gây ra tăng huyết áp ở bệnh nhân viêm thận lupus, đặc biệt là glucocorticoid. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi chưa thực sự đi sâu vào mối liên quan giữa tăng huyết áp và các thuốc điều trị khác, do đó trong tương lai cần có thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Almaani S., Meara A., và Rovin B.H. (2017).** Update on Lupus Nephritis. Clin J Am Soc Nephrol, **12**(**5**), 825–835.
2. **Satirapoj B., Tasanavipas P., và Supasyndh O. (2015).** Clinicopathological Correlation in Asian Patients with Biopsy-Proven Lupus Nephritis. Int J Nephrol, **2015**, e857316.
3. **Segura J., Campo C., Gil P. và cộng sự. (2004)**. Development Of Chronic Kidney Disease and Cardiovascular Prognosis in Essential Hypertensive Patients. J Am Soc Nephrol, **15**(**6**), 1616–1622.
4. **Salehi Abari I. (2015).** 2015 ACR/SLICC Revised Criteria for Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. Autoimmune Dis Ther, **2**.
5. **Williams B., Mancia G., Spiering W. và cộng sự. (2018)**. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertensionThe Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). Eur Heart J, **39**(**33**), 3021–3104.
6. **Ben Hmida M., Chaabouni Y., Kaddour N. và cộng sự. (2010).** Hypertension in systemic lupus erythematosus: PP.15.60. J Hypertens, **28**, e266.
7. **Al-Herz A., Ensworth S., Shojania K. và cộng sự. (2003).** Cardiovascular risk factor screening in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol, **30**(**3**), 493–496.
8. **Nghiêm Trung Dũng (2018).** Nghiên cứu đánh giá mức độ hoạt động, tổn thương mô

bệnh học và tính đa hình thái gen STAT4, IRF5, CDKN1A trong viêm thận lupus. .

9. **Sabio J.M., Vargas-Hitos J.A., Navarrete-Navarrete N. và cộng sự. (2011)**. Prevalence of and Factors Associated with Hypertension in Young and Old Women with Systemic Lupus Erythematosus. J Rheumatol, **38**(**6**), 1026–1032.
10. **Chaiamnuay S., Bertoli A.M., Roseman J.M. và cộng sự. (2007).** African–American and Hispanic ethnicities, renal involvement and obesity predispose to hypertension in systemic lupus erythematosus: results from LUMINA, a multiethnic cohort (LUMINAXLV). Ann Rheum Dis, **66**(**5**), 618–622.
11. **Ginzler E.M., Felson D.T., Anthony J.M. và cộng sự. (1993).** Hypertension increases the risk of renal deterioration in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol, **20**(**10**), 1694–1700.
12. **Sabio J.M., Mediavilla J.D., Fernández-Torres C. và cộng sự. (2001).** Risk factors related to hypertension in a Spanish systemic lupus erythematosus cohort. Lupus, **10**(**6**), 451–452.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT CẤY MÁU DƯƠNG TÍNH Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Bách[1], Trần Nữ Thùy[1], Phạm Thị Lan Hương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định nguyên nhân, tác nhân gây NKH, tình trạng kháng kháng sinh và đánh giá kết quả điều trị ở BN lọc máu.

Đối tượng và phương pháp: BN TNT chu kỳ và có chẩn đoán NKH cấy máu dương tính tại Khoa Thận-Lọc máu, Bệnh Viện Thống Nhất TP.HCM từ 9/2019 đến 4/2021. Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1). BN đang lọc máu chu kì và ≥18 tuổi, (2). Chẩn đoán lâm sàng xác định NKH; (3). Cấy máu dương tính ≥ 2 mẫu, 2 vị trí. Tiêu chuẩn loại ra: (1). BN bỏ điều trị, (2). Hồ sơ không đủ dữ liệu. Phương pháp nghiên cứu: mô tả, tiến cứu

Kết quả: nam chiếm 53,3%, tuổi trung bình là 67,63±15,96; Ngõ vào gây NKH từ catheter lọc máu, da, hô hấp, tiết niệu lần lượt là 56,7%, 13,3%, 13,3%, 3,3%. Tỷ lệ BN có sốt nhẹ, tăng bạch cầu, và tăng procalcitonin lần lượt là 90%, 56,7%, và 96,7%. Vi khuẩn gram dương chiếm 60% và thường gặp nhất là Staphylococcus aureus (50%). Tụ cầu kháng methiciline chiếm 56,25%. Có 60% BN đáp ứng và tiếp tục dùng kháng sinh kinh nghiệm. Tỷ lệ tử vong 10%

Kết luận: Đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết có cấy máu dương tính là sốt nhẹ, ngõ vào từ catheter lọc máu và da. Tăng bạch cầu đa nhân trung tính và tăng procalcitonin rất thường gặp. Vi khuẩn gram dương, tụ cầu vàng là tác nhân hay gặp nhất với tỷ lệ cao kháng kháng sinh. Tỷ lệ đáp ứng tốt với điều trị cao đạt 90%. Các

[1]*Bệnh viện Thống Nhất, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: TS.BS. Nguyễn Bách
Email: nguyenbach69@gmail.com
Ngày nhận bài: 23/4/2021
Ngày phản biện: 1/7/2021
Ngày duyệt bài: 30/7/2021

trường hợp tử vong do vi khuẩn đa kháng và bệnh nhân mắc nhiều bệnh kèm theo.

Từ khoá: Nhiễm khuẩn huyết, cấy máu dương tính, thận nhân tạo, tụ cầu vàng.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND OUTCOME OF BLOODSTREAM INFECTION IN PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS IN THONG NHAT HOSPITAL

Background: Bloodstream infection in patients undergoing hemodialysis (HD) is severe. Its treatment is still difficult and costly. We have performed blood culture for every hemodialysis patients with signs or symptoms of infection and found 30 patients with bloodstream infection. This study is to identify causes, microorganisms, antibiotic resistant, and evaluate outcome of treatment.

Subjects and method: descriptivestatistics, prospective study. Inclusion criteria: (1).HD patients ≥18 years old diagnosed bloodstream infection, (2). Blood culture was positive in ≥ 2 samples, 2 sites. Exclusion criteria: (1). patients that drop out of treatment, (2). patient's data not completed.

Results: men were 53.3%, the mean age was 67,63±15,96. Locations of blood stream intection from HD catheters, skin, respiratory, and urinatory tracts were 56.7%, 13.3%, 13.3%, and 3.3%, respectively. Percentage of HD patients with fever, leukocytosis, and procalcitonin increased was 90%, 56.7%, and 96.7%. Gram positive was 60% and Staphylococcus aureus was 50%. Staphylococcus resistant methiciline was 56.25%. There was 60% patients responded well with empiric antibiotic therapy. Mortality rate was 10%.

Conclusion: Characteristics of HD patients with bloodstream infection with positive blood culture were mild fever, locations of infection from HD catheters, skin. Leukocytosis and procalcitonin increased were common. Gram positive bacteria and Staphylococcus aureus were most common, and resistant with antibiotics. High rate of patients responded well with empiric antibiotic therapy. Mortality rate was 10%, caused by multiresistant bacteria and severe comorbidity.

Keywords: bloodstream infection, positive blood culture, hemodialysis, staphylococcus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết (NKH) cấy máu dương tính ở bệnh nhân (BN) thận nhân tạo (TNT) vẫn còn là bệnh lý thường gặp, nặng, điều trị khó khăn, tốn kém, kéo dài thời gian nằm viện và kể cả tử vong. Tác nhân gây vi khuẩn gây NKH có xu hướng kháng thuốc, thay đổi theo thời gian và tùy vào điều kiện chăm sóc y tế.

Tác nhân vi khuẩn thường rất khác nhau giữa các trung tâm lọc máu nhưng tụ cầu vẫn là vi khuẩn thường gặp nhất ở BN TNT chu kỳ với đường vào thường từ catheter lọc máu [7], [8]. Trong 1 nghiên cứu trước đây vào năm 2012 tại Bệnh Viện Thống Nhất TP HCM chúng tôi ghi nhận NKH thường gặp ở BN lọc máu chu kì, có bệnh nền, lớn tuổi và sử dụng catheter lọc máu [1]. Sau gần 10 năm, chúng tôi ghi nhận NKH ở BN lọc máu tại có xu hướng giảm nhưng nặng hơn và vi khuẩn kháng nhiều loại kháng sinh hơn. Do vậy, rất cần một nghiên cứu để đánh giá tình trạng NKH hiện tại, so sánh với dữ liệu trước đây.

Phác đồ xử trí tại khoa Thận- Lọc máu, BV Thống Nhất TP HCM là cấy máu 02 mẫu, 02 vị trí, cho tất cả các BN lọc máu có

sốt, dấu hiệu nhiễm khuẩn. Ngoài ra, tất cả các BN này đều được cấy đầu catheter lọc máu, cấy đàm, nước tiểu khi có nghi ngờ ổ nhiễm. Chúng tôi phát hiện 30 BN có NKH được xác định chắc chắn bằng cấy máu. Nghiên cứu này nhằm xác định nguyên nhân, tác nhân gây NKH, tình trạng kháng kháng sinh và đánh giá kết quả điều trị để từ đó có hướng dự phòng NKH và rút kinh nghiệm trong việc sử dụng kháng sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN TNT chu kỳ và có chẩn đoán NKH cấy máu dương tính tại Khoa Thận-Lọc máu, Bệnh Viện Thống Nhất TP.HCM từ 9/2019 đến 4/2021.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1). BN đang lọc máu chu kì và ≥18 tuổi chẩn đoán lâm sàng xác định NKH; (2). Cấy máu dương tính ≥ 2 mẫu, 2 vị trí; (3). Tuân thủ điều trị đầy đủ đến lúc ra viện.

Tiêu chuẩn loại ra: (1). BN bỏ điều trị, (2). Hồ sơ không đủ dữ liệu, (3). Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán NK: sốt hoặc hạ thân nhiệt, có ổ nhiễm khuẩn, bạch cầu > 12.000/mm^3, đa số là bạch cầu trung tính hoặc bạch cầu <4000 /mm^3. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKH: có ≥ 2 tiêu chuẩn sau nhiệt độ > 38^0C hoặc < 36^0C, nhịp tim > 90 lần / phút, nhịp thở > 20 lần /phút hoặc PCO_2 < 32 mmHg, bạch cầu > 12.000/mm^3 hoặc <4000 mm^3, cấy máu có vi trùng gây bệnh. Tiêu chuẩn chẩn đoán choáng NK: bệnh cảnh lâm sàng NKH, huyết áp (HA) tâm thu < 90 mmHg cho dù đã bù dịch đầy đủ theo CVP [7].

Xác dịnh ngõ vào gây NKH: Từ catheter lọc máu khi chân catheter của BN có dấu hiệu của NK như dịch mủ, ấn đau, cấu đầu catheter dương tính cùng loại vi khuẩn cấy máu. Từ da, hô hấp, tiết niệu khi có các biểu hiện tại chỗ và phân lập được vi khuẩn từ da, đàm, nước tiểu cùng loại vi khuẩn cấy máu.

Tụ cầu kháng methicilline khi có men MRSA dương tính. Vi khuẩn đa kháng kháng sinh khi kháng hầu hết các kháng sinh.

Phác đồ xử trí kháng sinh ban đầu tại Khoa Thận-Lọc máu, bệnh viện Thống Nhất: tùy theo tình trạng lâm sàng và ổ nhiễm khuẩn gợi ý. Nếu lâm sàng gợi ý từ da, catheter lọc máu sử dụng Vancomycine. Nếu lâm sàng gợi ý từ đường niệu, tiêu hóa dùng kháng sinh gram âm như Imipenem, Quinolone. Nếu chưa rõ ngõ vào sử dụng Cephalosporin kết hợp Aminoglycoside hoặc Quinolon. Nếu tình trạng nặng, có biểu hiện sốc sử dụng Imipenem kết hợp Vancomycine/Teicoplanin. Liều lượng được chỉnh theo chức năng thận ở BN lọc máu, dùng sau lọc máu. Liệu trình sử dụng kháng sinh 14 ngày. Khi có kết quả cấy máu, bác sĩ hội chẩn Dược lâm sàng để có sự điều chỉnh kháng sinh nếu cần.

Đánh giá đáp ứng lâm sàng với kháng sinh khi BN bớt sốt, giảm bạch cầu giảm và procalcitonin.

Xử lý số liệu thống kê: Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 với các thuật toán phù hợp với các biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu (n=30)

Đặc điểm	Trị số
Tuổi ($\overline{X}$ ± SD) ≥60 tuổi, n (%)	67,63 ± 15,96 8 (26,7)
Giới, n (%)	16 (53,3)
Đường mạch máu dùng để chạy thận, n (%) Catheter (tạm thời, hầm) AVF	 20 (66,7) 10 (33,3)
Bệnh kèm theo, n(%) Đái tháo đường Tim mạch (THA, BMV, Suy tim) Khác	 15 (50) 7 (23,3) 8 (26,6)
Các bệnh viện khác chuyển đến, n(%)	10 (33,3)

BMV: bệnh mạch vành; THA: tăng huyết áp.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết cấy máu dương tính (n=30)

Đặc điểm	Trị số
Ngõ vào gây NKH, n (%) Catheter lọc máu Da Hô hấp Tiết niệu Không rõ	 17 (56,7) 4 (13,3) 4 (13,3) 1 (3,3) 2 (6,7)
Rối loạn tri giác, n(%)	2 (6,7)
Sốt, n(%)	27 (90)
Mạch nhanh (> 100 lần/phút)	13 (43,3)
Hạ huyết áp (< HA TT 100 mmHg), n(%)	2 (6,7)

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết cấy máu dương tính (n=30)

Đặc điểm	Trị số
Bạch cầu ($\overline{X}$ ± SD), (thấp nhất-cao nhất) Tăng bạch cầu, n (%) Giảm bạch cầu, n (%) Bình thường, n (%)	14,19 ± 7,32 (3,4- 29,5) 17 (56,7) 2 (6,7) 11 (36,7)
(%) neutrophile ($\overline{X}$ ± SD)	82,56 ± 11,62
Giảm tiểu cầu, n(%)	16 (53,3)
Hemoglobin ($\overline{X}$ ± SD)	8,95 ± 1,99
Ure ($\overline{X}$ ± SD)	23,07 ± 8,11

Creatinin (X±SD)	655,08 ± 295,98
AST ($\overline{X}$ ± SD)	28,43 ± 30,69
ALT ($\overline{X}$ ± SD)	23,20 ± 23,94
Procalcitonin ($\overline{X}$ ± SD) Tăng procalcitonin, n(%)	25,43 ± 34,15 (0,36-100) 29 (96,7)
Protid ($\overline{X}$ ± SD)	77,93 ± 64,33
Albumin ($\overline{X}$ ± SD)	31,04 ± 5,09

Bảng 4. Đặc điểm vi khuẩn học ở bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết (n=30)

Vi khuẩn	**n(%)**
Vi khuẩn gram	
Gram dương	18(60)
Gram âm	12(40)
Các loại vi khuẩn phân lập được	
Staphylococcus aureus	15(50)
Burkholderia cepacia	4(13,3)
Escherichia coli	2(6,7)
Pseudomonas spp	2(6,7)
Staphylococcus spp	2(6,7)
Enterobacter spp	1(3,3)
Streptococcus agalactiae	1(3,3)
Enterococcus spp	1(3,3)
Klebsiela pneumonia	1(3,3)
Cupriavidus pauculus	1(3,3)

Bảng 5. Kết quả điều trị kháng sinh ở bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết cấy máu dương tính (n=30)

Kết quả điều trị	**N (%)**
Đáp ứng và tiếp tục dùng kháng sinh kinh nghiệm, n (%)	16 (60)
Bệnh nhân sống, ra viện được	27 (90)

Bảng 6. Tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh

Kháng kháng sinh	**N (%)**
Còn nhạy với hầu hết các kháng sinh (n=30)	4 (13,30)
Kháng một vài loại kháng sinh (n=30)	25 (83,3)
Kháng với tất cả các kháng sinh (n=30)	1 (3)
Tụ cầu kháng methiciline (MRS) (n=16)	9 (56,25)
Klebsiella Pneumonia và E.Coli tiết men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) (n=2)	1 (50)

IV. BÀN LUẬN

Tần suất NKH có cấy máu dương tính ở BN lọc máu tại bệnh viện Thống Nhất là 1,5 BN /tháng (30 BN/20 tháng theo dõi). Độ tuổi trung bình BN khá cao (67,63±15,96). Tất cả BN đều có nhiều bệnh kèm theo như đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim, xơ gan. Ngõ vào vi khuẩn thường gặp là từ catheter lọc máu (56,7%), kế đến là từ da (13,3%). Biểu hiện lâm sàng thường gặp là sốt, tăng bạch cầu chủ yếu bạch cầu trung tính, và tăng procalcitonin. Vi khuẩn thường gặp nhất là tụ cầu vàng (50%).

Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi trung bình BN khá cao do đối tượng BN tại Bệnh Viện Thống Nhất 70% là người cao tuổi và đây là yếu tố thuận lợi gây NKH. Độ tuổi trong nghiên cứu này cũng tương đồng trong các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài ở Châu Âu như Dayana Fram (62±17,8) [4], và Husham Mohamed (65 ± 15) [5]. Chúng tôi cũng ghi nhận tất cả các BN đều có các bệnh kèm theo như ĐTĐ, suy tim. Hầu hết các nghiên cứu của các tác giả khác đều ghi nhận tình trạng nhiều bệnh lý kèm theo ở BN lọc máu có NKH. Các bệnh lý kèm theo này ảnh hưởng đáp ứng điều trị kháng sinh và làm tăng tỷ lệ tử vong. Tác giả Husham Mohamed cũng ghi nhận tỷ lệ bệnh kèm THA 69,8%; ĐTĐ 36,7%; suy tim 15,8% trong số bệnh nhân NKH [4]. Trong nghiến cứu của Dayana Fram tỷ lệ bệnh kèm nhóm BN NKH cấy máu dương tính THA 93,8%, ĐTĐ chiếm tỷ lệ 47%, bệnh tim mạch 25% [3].

Đường vào gây NKH ở BN chúng tôi chủ yếu từ catheter lọc máu (56,7%), kế đến là da (13,3%) và hô hấp (13,3%) (bảng 2). Hầu hết các catheter ở các BN này sử dụng là catheter tạm thời. Nguyên nhân do là BN vào chương trình lọc máu định kỳ trễ không có sẵn cầu nối nên phải đặt catheter tạm thời để lọc máu cấp cứu. Đặt catheter trong tình trạng cấp cứu và môi trường bệnh viện trên cơ địa người bệnh suy giảm miễn dịch do suy thận là các yếu tố thuận lợi gây NKH. Vì vậy, chúng tôi khuyến cáo cần phải chuẩn bị cầu nối (AVF) sẵn cho các BN BTM giai đoạn cuối, hạn chế tối đa việc đặt catheter. Ngoài ra, cũng cần chú trọng đến cải thiện điều kiện vệ sinh phòng bệnh, phòng lọc máu, nâng cao dinh dưỡng. Một ngõ vào thứ 2 cũng thường gặp ở BN chúng tôi là từ đường hô hấp (viêm phổi). Quá tải dịch, tình trạng ure huyết cao, suy giảm miễn dịch, suy dinh dưỡng và môi trường bệnh viện là các yếu tố thúc đẩy viêm phổi ở bệnh nhân lọc máu. Tác giả Maria Fysaraki báo cáo NKH từ đường hô hấp ở BN lọc máu chiếm đến 26% [6].

Các đặc điểm lâm sàng của NKH thường gặp nhất là sốt (90%). Nghiên cứu của chúng tôi năm 2012 sốt chiếm tỷ lệ thấp hơn 71,9% ở BN nhiễm khuẩn từ catheter, không phải là NKH cấy máu dương tính [1]. Tuy nhiên chúng tôi ghi nhận sốt cao chỉ ở những BN nhiễm khuẩn từ catheter và sốt nhẹ ở BN có ổ nhiễm khuẩn khác. Do vậy, triệu chứng sốt mặc dù sốt nhẹ ở BN lọc máu cần được chú ý đặc biệt, không chỉ đơn giản là do cảm sốt thông thường mà có thể là một dấu hiệu của NKH. Các dấu hiệu nặng của NKH như rối loạn tri giác, tăng nhịp thở (6,7%), hạ huyết áp (6,7%), tổn thương gan ít gặp hơn (bảng 2). Nguyên nhân do BN lọc máu 3 lần tuần ở bệnh viện nên NKH thường được các bác sĩ thận nhân tạo phát hiện sớm hơn và cho nhập viện điều trị kịp thời. Các đặc điểm cận lâm sàng khác trong NKH như tăng bạch cầu, tăng procalcitonin ở BN lọc máu cũng

thường gặp. Bảng 3 cho thấy có 56,7% BN có tăng bạch cầu, chủ yếu là neutrophile, có 02 trường hợp nặng (6,7%) với giảm bạch cầu. Nghiên cứu của chúng tôi năm 2012 BN nhiễm khuẩn từ catheter lọc máu có tăng bạch cầu trung tính chiếm 81,3% [1]. Tăng procalcitonin là một dấu hiệu khá nhạy chiếm 96,7%. Vì vậy tăng bạch cầu đa nhân trung tính và tăng procalcitonin là 2 xét nghiệm cận lâm sàng nên được làm ngay vì rất cần thiết cho chẩn đoán NKH.

Về tác nhân vi khuẩn gây NKH ở BN thận nhân tạo chu kỳ, kết quả bảng 4 cho thấy vi khuẩn garm dương thường gặp nhất chiếm 60%, trong đó thường gặp nhất là tụ cầu vàng (50%). Chủng vi khuẩn này tường gặp trong NKH với ngõ vào từ catheter và từ da ở BN lọc máu. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu về tác nhân gây NKH ở BN TNT có lẽ do sự biệt về điều kiện vệ sinh, đường vào mạch máu và điều kiện lọc máu. Mặc dù vậy có một đặc điểm chung giữa các nghiên cứu của các tác giả về nhiễm khuẩn ở BN thận nhân tạo là vi khuẩn gram dương, tụ cầu là tác nhân thường gặp nhất. Thật vậy, nghiên cứu của Husham Mohamed ghi nhận tụ cầu coagulase âm tính chiếm 61,7%, tụ cầu vàng 23,4% [5]. Theo Dayana Fram ở nhóm bệnh nhân NKH cấy máu dương tính vi khuẩn gram dương 72,8%, trong đó tụ cầu vàng 32,1% [3]. Theo nghiên cứu của tác giả Maria Fysaraki, vi khuẩn gram dương chiếm 65% trong đó tụ cầu vàng 55% là vi khuẩn thường gặp nhất, kế đến là tụ cầu da 26%. Vi khuẩn gram âm 24%. Trong đó E. Coli 39% [6]

Đánh giá đáp ứng với kháng sinh kinh nghiệm, bảng 5 cho thấy tỷ lệ đáp ứng với kháng sinh kinh nghiệm đạt 60% với kháng sinh thường được chọn lựa ban đầu là Vancomycine. Về tình trạng kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn phân lập được kết quả bảng 6 ghi nhận chỉ có 13,30% vi khuẩn còn nhạy với hầu hết kháng sinh, trên 80% vi khuẩn kháng với một hoặc nhiều loại kháng sinh.Tụ cầu kháng methiciline chiếm đến 56,25%. Klebsiella pneumonia và E.Coli tiết men beta-lactamase phổ rộng (ESBL) chiếm đến 50%. Nguyên nhân đề kháng kháng sinh ở BN NKH lọc máu chu kỳ có lẽ do đây là các chủng vi khuẩn ở bệnh viện. Dữ liệu này cũng phản ảnh phần nào tình trạng kháng kháng sinh ở các bệnh viện Việt Nam. Số liệu tại Việt nam tụ cầu vàng kháng methicilline (MRSA) chiếm 41,7%, Klebsiella có men ESBL dao động 39,3% đến 61% tùy bệnh viện và E Coli có men ESBL dao động 34,2% đến 52,6 % tùy bệnh viện [2].

Đánh giá kết quả điều trị NKH ở BN lọc máu chu kỳ có cấy máu dương tính, chúng tôi ghi nhận có 03 BN tử vong, chiếm tỷ lệ 10% (bảng 6). Kết quả này tương tự với nghiên cứu tại Brazil, kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân NKH cấy máu dương tỷ lệ tử vong 18,5%. Dayana Fram và cộng sự ghi nhận nguyên nhân tử vong do chính bệnh NKH 46,7%, bệnh tim mạch 13,3% [3]. Trong nghiên cứu này, có 03 BN tử vong (10%), trong đó có 01 BN NKH do Klebiella pneumonia có ESBL dương tính kháng với tất cả các kháng sinh, BN đã được chuyển từ bệnh viện khác đến do viêm phổi và đã được điều trị bằng thở máy tại hồi sức. BN này đã được điều trị kháng sinh theo phác đồ đa kháng thuốc nhưng thất bại, tử vong do sốc nhiễm khuẩn. Hai BN còn lại NKH do Staphylococcus hominis và aureus, vẫn còn nhạy và đáp ứng với kháng sinh nhưng tử vong do bệnh nền nặng xơ gan, suy tim, suy

kiệt cơ thể. Nghiên cứu của Dayana Fram về NKH ở BN TNT năm 2014 ở 93 BN lọc máu có nhiễm trùng máu được chia 2 nhóm, nhóm 1 (n=32) là nhóm nặng tử vong, nhóm 2 (n=61) là nhóm sống, kết quả cho thấy BN NKH do tụ cầu vàng có tỷ lệ tử vong hoặc nhập viện cao gấp 8,67 lần. Vi khuẩn đa kháng tăng tỷ lệ tử vong và bệnh tật gấp 2,57 lần [4].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 30 bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết có cấy máu dương tính tại Bệnh viện Thống Nhất từ 9/2019 đến 4/2021 chúng tôi rút ra kết luận sau

Đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất ở bệnh nhân lọc máu nhiễm khuẩn huyết có cấy máu dương tính là sốt, ngõ vào từ catheter lọc máu và da. Tăng bạch cầu đa nhân trung tính và tăng procalcitonin rất thường gặp.Vi khuẩn gram dương, tụ cầu vàng là tác nhân hay gặp nhất với tỷ lệ cao kháng kháng sinh.

Tỷ lệ BN đáp ứng tốt với điều trị cao đạt 90%. Các trường hợp tử vong do vi khuẩn đa kháng và bệnh nhân mắc nhiều bệnh kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bách, Bùi Văn Thủy, Lê Ngọc Trân, Nguyễn Văn Tỉnh, Bùi Trọng Hưng, Trần Huỳnh Ngọc Diễm (2012)** Đặc điểm lâm sàng và vi khuẩn học có nhiễm khuẩn sau đặt catheter lọc máu (2012). Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16 (3), tr. 66-71.
2. **Bộ Y tế (2015).** Sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học. Tr 55-60
3. **Dayana Fram, Meiry Fernanda Pinto Okuno, Mônica Taminato (2014).** Risk factors for bloodstream infection in patients at a Brazilian hemodialysis center: a case–control study. BMC Infectious Diseases (2015) 15:158. DOI 10.1186/s12879-015-0907-y
4. **Dayana Fram, Mônica Taminato, Vinicius Ponzio et al (2014).** Risk factors for morbidity and mortality of bloodstream infection in patients undergoing hemodialysis: a nested case–control study. BMC Research Notes 2014, 7:882. http://www.biomedcentral.com/1756-0500/7/882
5. **Husham Mohamed, Alaa Ali, Leonard D. Browne et al (2019).** Determinants and outcomes of accessrelated blood-stream infections among Irish haemodialysis patients; a cohort study. BMC Nephrology (2019) 20:68.
6. **Maria Fysaraki, George Samonis, Antonis Valachis et al (2013).** Incidence, Clinical, Microbiological Features and Outcome of Bloodstream Infections in Patients Undergoing Hemodialysis. International Journal of Medical Sciences 2013; 10(12):1632-1638. doi: 10.7150/ijms.6710 https://doi.org/10.1186/s12882-019-1253-x
7. **Raymond Vanholder, Bernard Canaud, Richard Fluck et al (2010).** Catheter-related blood stream infections (CRBSI): a European view. Nephrol Dial Transplant 25:1753-1756
8. **Stefaan J, Vandecasteele, Johan R, Boelaert and An S. De Vriese (2009).** Staphylococcus aureus infections in hemodialysis: What a nephrologist should know. Clin J Am Soc Neprol 4: 1388-1400.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG TIM CỦA LUPUS ĐỎ HỆ THỐNG Ở TRẺ EM: BÁO CÁO LOẠT CA TẠI KHOA THẬN - NỘI TIẾT BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1

Lê Thị Mỹ Duyên[1], Nguyễn Đức Quang[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) là một bệnh tự miễn mạn tính ảnh hưởng nhiều cơ quan, trong đó các tổn thương thận, huyết học và thần kinh thường được báo cáo. Mặc dù tổn thương tim trong SLE ít gặp, tất cả các cấu trúc của tim đều có thể tổn thương với biểu hiện lâm sàng đa dạng từ không triệu chứng đến các biểu hiện tối cấp có thể gây tử vong.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

Kết quả: Có 13 bệnh nhi mới được chẩn đoán SLE dựa trên tiêu chuẩn SLICC 2012 và có các biểu hiện tổn thương tim dựa trên triệu chứng lâm sàng, siêu âm tim, điện tâm đồ, Xquang ngực được điều trị tại khoa Thận Nội tiết bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021. Tuổi trung vị lúc khởi phát bệnh là 13 tuổi (từ 8 đến 15 tuổi), tỉ số nữ/nam là 12/1. Các biểu hiện tổn thương cơ quan ngoài tim đi kèm gồm: tổn thương da cấp (n=6); rụng tóc không sẹo (n=4); viêm khớp (n=3); tổn thương thần kinh trung ương (n=1); tổn thương huyết học (n=13) với thiếu máu tán huyết (n= 13), giảm bạch cầu (n=4), giảm tiểu cầu (n=6); tổn thương thận (n=13) với viêm thận Lupus nhóm II (n=3), nhóm III (n=3), nhóm IV (n=5), nhóm IV + V (n=1) và 1 trường hợp tử vong trước sinh thiết thận. Viêm màng ngoài tim là biểu hiện gặp nhiều nhất trong lupus tổn thương tim với 9/13 bệnh nhi, chiếm tỉ lệ 69,2%. Bất thường van tim phát hiện trên siêu tim chiếm tỉ lệ 61,5%, trong đó hở van 2 lá thường gặp nhất với tỉ lệ 53,8%, có 2 bệnh nhân (15,4%) cao áp phổi. Có 5/13 bệnh nhi có rối loạn nhịp tim biểu hiện với nhịp nhanh xoang (n=3), nhịp chậm xoang (n=1), block AV độ II Mobitz I (n=1). Có 4/13 bệnh nhi biểu hiện viêm cơ tim, chiếm tỉ lệ 30,8%. Viêm cơ tim có biểu hiện suy tim cấp (n=3) hoặc sốc tim (n=1). Tổn thương tim được phát hiện trong giai đoạn hoạt tính của bệnh với chỉ số SLEDAI trung bình là 16,6. Có 1 bệnh nhân viêm cơ tim, sốc tim tử vong trong bệnh cảnh viêm phổi liên quan đến thở máy, 12 bệnh nhân còn lại đáp ứng điều trị thuốc ức chế miễn dịch có kèm hoặc không các thuốc hỗ trợ tim mạch.

Kết luận: Tổn thương tim ở bệnh nhân lupus có biểu hiện lâm sàng đa dạng, có thể gặp trong giai đoạn bệnh hoạt tính. Siêu âm doppler tim và điện tâm đồ là phương tiện không xâm lấn và chi phí thấp, hiệu quả trong đánh giá tổn thương tim trên bệnh nhi lupus.

Từ khóa: lupus ban đỏ hệ thống, tổn thương tim, siêu âm doppler tim, trẻ em.

SUMMARY

CARDIAC INVOLVEMENTS IN PEDIATRIC SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS PATIENTS: A CASE SERIES AT NEPHROLOGY - ENDOCRINOLOGY DEPARTMENT IN CHILDREN HOSPITAL 1

Objective: Systemic lupus erythematosus (SLE) is a chronic autoimmune disease affecting

[1]*Bệnh viện Nhi Đồng 1*
Tác giả liên hệ: ThS.BS. Lê Thị Mỹ Duyên.
Email: lethimyduyen411992@gmail.com
Ngày nhận bài: 21/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

multitorgan systems with renal, hematologic and neuropsychiatric involvements more common in pediatric SLE. Cardiac abnormalities may develop in all layers of the heart including the endocardium, myocardium, pericardium, coronary arteries and the conduction systems. Cardiac involvements in SLE are not so common, however the spectrum of SLE's cardiac manifestations may present with a wide range from asymptomatic to fulminant forms leading to death.

Methods: Retrospective case series

Results: 13 pediatric patients at Nephrology and Endocrinology Department of Children Hospital 1, who were newly diagnosed SLE on the basis of SLICC 2012 criteria and evidence of cardiac involvements based on clinical signs and symptoms, echocardiography, electrocardiogram, and chest Xray, were enrolled in the study from May 2020 to April 2021. The median age was 13 years old (from 8 to 15 years old), and girls to boys ratio was 12/1. Organ involvements other than cardiac abnormalities included: acute cutaneous lupus (n=3), nonscarring alopecia (n=4), arthritis (n=3), central nervous system involvement (n=1), hematologic involvements (n=13) with hemolytic anemia (n=13), leukopenia (n=4) and thrombocytopenia (n=6) and renal involvements (n=13) with lupus nephritis class II (n=3), class III (n=3), class IV (n=5), class IV+V (n=1) and one patient died before biopsy. Pericarditis was the most common manifestation in SLE's cardiac involvements with 9 out of 13 patients, accounting for 69.2%. Overall valvular abnormalities were 61.5%, commonest being mitral valve regurgitation (60%) and 15.4% pediatric patients had pulmonary hypertension. Out of 13 patients, there were 5 patients had cardiac conduction defects with sinus tachycardia (n=3), sinus bradycardia (n=1), second degree atrial ventricular block (Mobitz type I) (n=1). Lupus myocarditis was present in 4 out of 13 patients, with manifestations of heart failure (n=3) or cardiogenic shock (n=1). Cardiac involvements were detected in the active phase of SLE with a mean SLEDAI of 16.6. One myocarditis patient with cardiogenic shock died of ventilator-associated pneumonia and the remaining 12 patients recovered after treatment with immunosuppressive therapies with or without cardiovascular support drugs.

Conclusion: Cardiac abnormalities in SLE had diverse clinical presentations which could be occurred in the active phase of the disease. Echocardiography and electrocardiogram are excellent non-invasive and effective tools for cardiac evaluation in pediatric SLE patients.

Keywords: systemic lupus erythematosus, cardiac involvement, Doppler ultrasound, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (SLE) khởi phát ở trẻ em có biểu hiện lâm sàng cấp tính và tiến triển nhanh hơn người lớn. Bệnh có thể gây tổn thương nhiều cơ quan, trong đó tổn thương thận và thần kinh thường gặp ở trẻ em nhiều hơn [(1) (2)]. Tổn thương tim trong SLE có sự tương đồng giữa trẻ em và người lớn, với tần suất viêm màng ngoài tim chiếm 20-30% trong giai đoạn cấp tính của bệnh [(3)]. Tất cả các cấu trúc giải phẫu của tim bao gồm nội tâm mạc, cơ tim, màng ngoài tim, động mạch vành và hệ thống dẫn truyền đều có thể bị tổn thương nhưng thường ít có biểu hiện lâm sàng. Tần suất biểu hiện các tổn thương tim thay đổi từ 4 -78% trong các báo cáo tùy thuộc dân số nghiên cứu và phương tiện chẩn đoán tổn thương tim [(3)]. Gần đây, MRI tim là kĩ thuật không xâm lấn, không tia

xạ và có khả năng phát hiện bất thường ở mô cơ tim, được ứng dụng nhiều trong đánh giá tổn thương tim trong SLE, đặc biệt là các tổn thương cơ tim. Đối với bệnh nhân SLE có tổn thương tim có hoặc không có triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ không điển hình và siêu âm tim bình thường, MRI tim có khả năng phát hiện các bất thường ở tim mà các phương pháp khác không thể phát hiện [4]. Tuy nhiên, MRI tim là kĩ thuật chuyên sâu và không sẵn có tại phần lớn các cơ sở y tế. Vì vậy, siêu âm tim vẫn là phương tiện hữu ích và phổ biến hơn để đánh giá bất thường cấu trúc và chức năng tim, đặc biệt đối với trẻ em và trẻ vị thành niên. Tổn thương tim do SLE thường biểu hiện trong 6 tháng từ lúc khởi phát bệnh [5]. Tần suất xuất hiện và diễn tiến tự nhiên của tổn thương tim do lupus ở trẻ em vẫn chưa được nghiên cứu, do không có đồng thuận thời điểm tầm soát tổn thương tim ở những đối tượng này [6]. Tại Việt Nam, chúng tôi cũng chưa ghi nhận nghiên cứu nào về tổn thương tim trong SLE ở trẻ em. Vì vậy, nghiên cứu này góp phần mô tả đặc điểm các tổn thương tim do SLE, nhằm giúp các bác sĩ tránh bỏ sót chẩn đoán và chọn lựa điều trị thích hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp SLE mới được chẩn đoán và có biểu hiện tổn thương tim tại Khoa Thận- Nội tiết Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 05/2020 đến tháng 04/2021 được chọn vào nghiên cứu. Chúng tôi loại trừ các trường hợp đã có tiền sử bệnh tim mạch (tim bẩm sinh, bệnh màng ngoài tim, bệnh cơ tim, bệnh van tim, rối loạn nhịp tim) trước khi khởi phát các biểu hiện của SLE.

SLE được chẩn đoán xác định dựa trên tiêu chuẩn SLICC 2012 [7]. Tổn thương tim do lupus được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng, siêu âm tim, điện tâm đồ và Xquang ngực khi có bằng chứng một hoặc nhiều biểu hiện như: suy tim, viêm màng ngoài tim, tràn dịch màng ngoài tim, viêm cơ tim, viêm nội tâm mạc vô khuẩn, bất thường van tim, bệnh cơ tim phì đại hoặc dãn nở, bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc rối loạn nhịp tim không lý giải được do các nguyên nhân khác.

Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương tim do SLE [8]:

Viêm màng ngoài tim được chẩn đoán dựa trên ít nhất 2 tiêu chuẩn sau: đau ngực, tiếng cọ màng ngoài tim, ST chênh lên lan tỏa trên điện tâm đồ, và tràn dịch màng ngoài tim phát hiện trên siêu âm tim.

Viêm cơ tim được chẩn đoán dựa trên triệu chứng lâm sàng của suy tim sung huyết, rối loạn nhịp tim, tăng tốc độ máu lắng, men tim như CK, troponin I tăng, siêu âm tim có hình ảnh rối loạn vận động thành tâm thất lan tỏa, dãn thất trái, dày vách liên thất, rối loạn chức năng tâm trương, tràn dịch màng ngoài tim, Xquang ngực thẳng có bóng tim to, điện tâm đồ có rối loạn nhịp tim (nhịp nhanh thất hoặc nhịp nhanh trên thất, ngoại tâm thu).

Viêm nội tâm mạc vô khuẩn được chẩn đoán dựa trên triêu chứng lâm sàng có âm thổi mới xuất hiện, suy tim sung huyết, triệu chứng huyết khối hệ thống (nhồi máu não, nhồi máu cơ tim), xét nghiệm có bạch cầu giảm, CRP tăng, siêu âm tim có hình ảnh sùi

van tim hoặc dày các lá van tim và loại trừ viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.

Các số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu thu thập số liệu soạn trước để bảo đảm tính thống nhất của các biến số. Biến định tính được biểu hiện bằng tỷ lệ %, biến định lượng được biểu hiệu bằng trung vị. Số liệu thu thập được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS version 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 13 trẻ được chẩn đoán SLE có tổn thương tim. Tuổi trung vị lúc khởi phát bệnh là 13 tuổi (từ 8 đến 15 tuổi), tỷ số nữ/nam là 12/1. Thời gian trung vị từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc được chẩn đoán SLE là 14 ngày (14- 140 ngày). Các biểu hiện tổn thương cơ quan ngoài tim đi kèm gồm: tổn thương da cấp (n=6); rụng tóc không sẹo (n=4); viêm khớp (n=3); tổn thương thần kinh trung ương (n=1); tổn thương huyết học (n=13) với thiếu máu tán huyết (n= 13), giảm bạch cầu (n=4), giảm tiểu cầu (n=6); tổn thương thận (n=13) với viêm thận Lupus nhóm II (n=3), nhóm III (n=3), nhóm IV (n=5), nhóm IV + V (n=1) và 1 trường hợp tử vong trước sinh thiết thận. Trong 13 trường hợp tổn thương tim, chỉ có 5 trường hợp có triệu chứng lâm sàng gợi ý và 8 trường hợp được chẩn đoán dựa vào siêu âm tim tầm soát. 100% các trường hợp đều có bằng chứng sinh hóa của lupus hoạt tính như giảm C3, C4 và/hoặc anti DsDNA tăng cao. 100% trường hợp tổn thương tim trong SLE xảy ra trong giai đoạn hoạt tính của bệnh với chỉ số SLEDAI trung bình là 16,6. Các triệu chứng cơ năng và dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân SLE có tổn thương tim được biểu hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng và dấu hiệu lâm sàng của bệnh nhân SLE có tổn thương tim.

Triệu chứng	Số lượng bệnh nhân (n=13)	Tỉ lệ (%)
Không triệu chứng lâm sàng	8	61,5
Có triệu chứng lâm sàng	5	38,5
Đau ngực	1	7,7
Khó thở	3	23,1
Nhịp tim nhanh	3	23,1
Nhịp tim chậm	1	7,7
Loạn nhịp tim	1	7,7
Shock tim	3	23,1
Tiếng cọ màng ngoài tim	1	7,7

Điện tâm đồ được thực hiện 8/13 trường hợp. Các bất thường ghi nhận trên điện tâm đồ gồm: thay đổi ST-T (n=1), phì đại thất trái (n=2), nhịp nhanh xoang (n=3), nhịp chậm xoang (n=1), block AV độ II Mobitz I (n=1) .

Xquang ngực thẳng được thực hiện 100% trường hợp, với hình ảnh bình thường (n=5),

bóng tim to (n=5), tràn dịch màng phổi (n=4), sung huyết tuần hoàn phổi (n=5) và thâm nhiễm nhu mô phổi (n=2).

Trên siêu âm tim Doppler, các bất thường ghi nhận gồm tràn dịch màng tim, bất thường van tim, giảm chức năng tâm thu thất trái, dãn buồng thất trái và cao áp phổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 76,9%, 61,5%, 15,4%, 30,8% và 15,4%. Trong 10 trường hợp tràn dịch màng ngoài tim, không có trường hợp nào có dấu chẹn tim cấp. Các bất thường trên siêu âm tim Doppler của bệnh nhân SLE có tổn thương tim được biểu hiện trong bảng 2.

Bảng 2. Các bất thường trên siêu âm tim Doppler của bệnh nhân SLE có tổn thương tim

Chẩn đoán	Số lượng bệnh nhân (n=13)	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng ngoài tim	10	76,9
Dãn thất trái	4	30,8
Giảm chức năng tâm thu thất trái	2	15,4
Giảm vận động thất trái	1	7,7
Bất thường van tim	8	61,5
Hở van 3 lá	1	12,5
Hở van 2 lá	5	62,5
Hở van 3 lá + hở van 2 lá	2	25
Cao áp phổi	2	15,4

Trong các trường hợp SLE tổn thương tim, viêm màng ngoài tim thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 76,9% (10/13 trường hợp), bất thường van tim là 61,5% (8/13 trường hợp), viêm cơ tim là 30,8% (4/13 trường hợp) với 1 trường hợp có biểu hiện sốc tim và 3 trường hợp suy tim cấp, và 5/13 trường hợp có rối loạn nhịp tim: nhịp nhanh xoang (n=3), nhịp chậm xoang (n=1), block AV độ II Mobitz I (n=1).

Tất cả các trường hợp bệnh đều được điều trị corticosteroid, gồm: Methylprednisolone tấn công với liều 1g/1,73m^2 da/ngày trong 3 – 6 ngày trong 12/13 trường hợp (92,3%) sau đó chuyển prednisone uống giảm liều dần và 1 trường hợp (7,7%) chỉ sử dụng prednisone uống giảm liều dần. Cyclophosphamide truyền tĩnh mạch 0,5 – 1g/m^2/tháng trong 3/13 trường hợp (23,1%), mycophenolate mofetil (MMF) trong 8/13 trường hợp (61,5%), Rituximab được sử dụng trong 1/13 trường hợp, không có trường hợp nào sử dụng IVIG. Có 1 trường hợp dùng rituximab do SLE tổn thương thận cấp, viêm thận lupus nhóm IV, thất bại trong điều trị tấn công Methylprednisone và Cyclophosphomide. Bên cạnh các thuốc ức chế miễn dịch, có 3 trường hợp phải điều trị thêm các thuốc hỗ trợ tim mạch, bao gồm thuốc vận mạch (n=3), lợi tiểu (n= 2), ức chế men chuyển (n=4). Ở lần tái khám sau cùng, trung vị là 3 tháng (từ 1 tháng đến 12 tháng), có 1 trường

hợp tử vong và 12 trường hợp vẫn còn đang điều trị thuốc ức chế miễn dịch, bao gồm Prednisone (n=12), Cyclophosphamide (n=1), MMF (n=10), Cyclosporin (n= 3) và không có trường hợp nào phải tiếp tục sử dụng thuốc tăng sức co bóp cơ tim. Trong 12 trường hợp đang điều trị, có 11/12 bệnh nhân cải thiện các triệu chứng lâm sàng của lupus và tim mạch (bao gồm hết các biểu hiện suy tim và loạn nhịp tim). 10/12 trường hợp được kiểm tra siêu âm tim sau điều trị trung vị 1,5 tháng (từ 1 đến 3 tháng): trong đó 5 trường hợp không ghi nhận bất thường trên SA tim, 1 trường hợp dày thất trái, 3 trường hợp còn tràn dịch màng ngoài tim lượng ít (có cải thiện so với lần siêu âm đầu tiên), 1 trường hợp bất thường van tim (hở van 2 lá + hở van 3 lá). Tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng bệnh viện được ghi nhận ở 1 trường hợp sốc tim do viêm cơ tim kèm tổn thương thận cấp trong đợt đầu của lupus mặc dù đã được điều trị tích cực bằng Methylprednisolon truyền tĩnh mạch 6 liều, kháng sinh tĩnh mạch với imipenem, vancomycin, các thuốc vận mạch như adrenalin, noradrenalin, dopamin, lọc máu liên tục và thở máy.

IV. BÀN LUẬN

Tổn thương tim trong SLE ở trẻ em được báo cáo với tỉ lệ từ 12-48% [6] [9]. Sự khác biệt về tỉ lệ hiện mắc được báo cáo trong các nghiên cứu có thể được giải thích do thiết kế đơn trung tâm, số lượng mẫu nhỏ, khác biệt trong các định nghĩa và phương tiện chẩn đoán. 100% biểu hiện tổn thương tim trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện lúc khởi phát bệnh, tương đồng với các nghiên cứu khác [6] [10]. Ngoài tổn thương tim, chúng tôi cũng ghi nhận tổn thương các cơ quan khác đi kèm như tổn thương huyết học 100%, viêm thận 100%, tổn thương thần kinh trung ương 7,7% và các bằng chứng sinh hóa của lupus hoạt tính như giảm C3, C4 trong 84,6%, anti DsDNA tăng 84,6% trường hợp và chỉ số SLEDAI trung bình là 16,6. Tổn thương tim biểu hiện gồm viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn chức năng van tim, rối loạn nhịp tim [9] [11]. Ở trẻ em, tổn thương tim thường biểu hiện bằng viêm màng ngoài tim và viêm cơ tim, trong khi ở người lớn tổn thương tim thường biểu hiện với bất thường van tim hoặc bệnh mạch vành [12].

Tràn dịch màng ngoài tim thường gặp ở bệnh nhân SLE trong giai đoạn hoạt tính của bệnh. Sự lắng đọng của immunoglobulin và C3 được phát hiện trong mô màng ngoài tim của bệnh nhân SLE gợi ý rằng viêm màng ngoài tim có thể do cơ chế phức hợp miễn dịch trung gian [13]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tràn dịch màng ngoài tim phát hiện trên siêu âm tim xuất hiện ở 10/13 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 76,9%, phù hợp với các nghiên cứu cho thấy tổn thương tim trong lupus ở trẻ em thường gặp nhất là viêm màng ngoài tim. Tuy nhiên, mức độ tràn dịch màng ngoài tim trong nghiên cứu của chúng tôi không nhiều, không gây chèn ép tim cấp, không cần chọc dò giải áp màng ngoài tim và đáp ứng tốt sau điều trị tấn công Methylprednisolone.

Phù hợp với các báo cáo trước đây ở bệnh nhân SLE, chúng tôi cũng phát hiện ra rằng các bất thường ở van tim thường thấy ở bệnh nhân bị SLE mà không có tiền sử bệnh tim [13]. Về mặt lâm sàng, hầu hết bệnh nhân SLE tổn thương van tim không có triệu chứng và chỉ một số ít có tiếng thổi ở tim. Do đó, việc sử dụng siêu âm tim có thể có giá trị để phát

hiện sớm các bất thường ở van tim ở bệnh nhân SLE. Bệnh van tim trong SLE thường được biểu hiện bằng dày van tim, sùi van tim hoặc bất thường chức năng van tim. Dày van tim phản ánh quá trình viêm và phù nề các lá van tim do tổn thương lắng đọng của các phức hợp miễn dịch, quá trình này không chỉ do hoạt tính của SLE mà còn thông qua trung gian kháng thể kháng phospholipid gắn vào tế bào nội mô mạch máu. Bất thường chức năng van tim là hậu quả cuối cùng của quá trình viêm van tim lặp đi lặp lại hoặc kéo dài [(14).] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bất thường van tim là 61,5% với hở van 2 lá chiếm tỉ lệ cao nhất. Các bất thường về van tim ở bệnh nhân SLE trong nghiên cứu của chúng tôi liên quan đến hở van 2 lá và hở van 3 lá trong khi hẹp van, sùi van hai lá, ba lá, van động mạch không được phát hiện.

Viêm cơ tim liên quan đến SLE là một tình trạng đe dọa tính mạng, đặc biệt là trong giai đoạn cấp tính, với tỉ lệ tử vong chung là 10,3% sau khi theo dõi trung bình 37 tháng. Tuy nhiên, có tỉ lệ cao phục hồi chức năng cơ tim thể hiện qua chức năng tâm thu thất trái ở những bệnh nhân còn sống sót vào cuối thời gian theo dõi. Chẩn đoán viêm cơ tim không dễ do các triệu chứng không đặc hiệu lúc khởi phát bệnh như hồi hộp, đau ngực, khó thở hoặc nhịp tim nhanh. Chẩn đoán viêm cơ tim chủ yếu dựa trên lâm sàng có biểu hiện suy tim, sốc tim và được xác định bởi siêu âm tim. Chỉ có 10% bệnh nhân bị viêm cơ tim có triệu chứng lâm sàng với 40% bệnh nhân có biểu hiện suy tim trên lâm sàng. Các triệu chứng cấp tính có thể kéo dài trong nhiều tuần. Chẩn đoán hình ảnh và các xét nghiệm hóa sinh giúp ích khi nghi ngờ bệnh nhân viêm cơ tim. Điện tâm đồ có thể phát hiện bất thường dẫn truyền (nhịp nhanh trên thất hoặc nhịp nhanh thất, ngoại tâm thu), thay đổi ST-T không đặc hiệu, Xquang phổi có thể cho thấy bóng tim to trong bệnh cảnh suy tim. Kháng thể Anti- Ro / SSA và anti-RNP cao hơn ở bệnh nhân viêm cơ tim trong SLE (tương ứng 69% và 62%) so với bệnh nhân SLE không bị viêm cơ tim (25% – 40%) [(8)]. Các xét nghiệm hóa sinh khác bao gồm tăng vận tốc máu lắng, CRP, creatinin kinase, troponin T, troponin I, proBNP. Siêu âm tim và MRI tim là 2 phương pháp không xâm lấn được sử dụng nhiều nhất để chẩn đoán viêm cơ tim. Siêu âm tim giúp phát hiện giảm vận động và cử động thành tâm thất toàn bộ, dãn thất trái, dày vách liên thất, rối loạn chức năng tâm trương và tràn dịch màng ngoài tim, tuy nhiên những hình ảnh này không đặc hiệu cho viêm cơ tim. MRI tim cho thấy tình trạng phù nề cơ tim, tăng máu tưới, thoát mao mạch, hoại tử, xơ hóa mao mạch. Chẩn đoán viêm cơ tim dựa trên tiêu chuẩn Lake Louise với 2/3 tiêu chuẩn về hình ảnh học trên MRI tim [(8)]. Mặc dù MRI tim ngày càng được sử dụng nhiều trong chẩn đoán, sinh thiết cơ tim xuyên nội tâm mạc vẫn là tiêu chuẩn vàng để phân biệt viêm cơ tim cấp tính với các nguyên nhân khác của bệnh cơ tim. Tràn dịch màng phổi và màng ngoài tim được ghi nhận tương đối số lượng lớn bệnh nhân. Điều này có thể là do viêm cơ tim xảy ra trong SLE chủ yếu trong bối cảnh của viêm màng ngoài tim đi kèm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 4 bệnh nhân viêm cơ tim, có 3 bệnh nhân biểu hiện suy tim và 1 bệnh nhân sốc tim. Các chỉ số sinh hóa của viêm cơ tim như CK, troponin I đều trong giới hạn bình thường. Chúng tôi cũng ghi nhận 1 trường hợp duy nhất tử vong trong bệnh cảnh nhiễm trùng bệnh viện ở bệnh nhân sốc tim / viêm cơ tim chiếm tỷ lệ

7,7%, bệnh nhân tử vong trước khi được sinh thiết thận.

Trong SLE tổn thương tim, rối loạn hệ thống dẫn truyền của tim là biểu hiện ít gặp. Bất thường trên điện tâm đồ có thể ghi nhận như: nhịp nhanh xoang hoặc nhịp nhanh nhĩ, ngoại tâm thu nhĩ hoặc ngoại tâm thu thất, rung nhĩ, blốc nhánh hoặc blốc nút nhĩ thất (block AV) với nhiều mức độ [17] [18] [19]. Sinh bệnh học của bất thường dẫn truyền của tim trong SLE liên quan đến viêm hoại tử động mạch do phức hợp miễn dịch và thay đổi collagen dẫn đến thoái hóa khu trú và xơ hóa mô dẫn truyền ở tim [20]. Nhiều nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa kháng thể trong thai kì anti-Ro/SSA và blốc tim toàn bộ bẩm sinh ở trẻ sơ sinh. Các kháng thể khác được tìm thấy có liên quan đến rối loạn dẫn truyền trong bệnh nhân SLE bao gồm kháng thể anti-U1 RNP đã được báo cáo ở những bệnh nhân lupus bị viêm cơ tim và blốc tim toàn bộ. Khi đánh giá bất thường dẫn truyền ở bệnh nhân SLE, cần loại trừ nguyên nhân do thuốc như chloroquine và hydroxylchloroquine gây ra đến rối loạn dẫn truyền nhĩ nhất [18]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có một bệnh nhân SLE mới được chẩn đoán, nhập viện trong bệnh cảnh suy tim cấp, ghi nhận trên điện tâm đồ blốc AV độ II Mobizt I. Sau điều trị tấn công MethylPrednisolone, điện tâm đồ ghi nhận nhịp xoang và không có rối loạn nhịp kèm theo. Có 3 bệnh nhân có nhịp nhanh xoang, 1 bệnh nhân nhịp chậm xoang, đều cải thiện triệu chứng lâm sàng và điện tâm đồ sau điều trị ức chế miễn dịch corticosteroid.

Điều trị các tổn thương tim do SLE vẫn chưa được chuẩn hóa nhưng nhìn chung, sẽ tùy thuộc vào bệnh cảnh lâm sàng, chủ yếu dựa vào corticosteroid và các thuốc ức chế miễn dịch được khuyến cáo chung cho SLE kèm các điều trị hỗ trợ cho triệu chứng tim mạch. Trong viêm cơ tim cấp do SLE, biểu hiện tổn thương tim có nguy cơ tử vong cao nhất, nhiều nghiên cứu đã chứng minh lợi ích của corticosteroids liều cao (methylprednisolone tĩnh mạch 0,5 – 1g/ngày trong 3 ngày) chuyển sang prednisone giảm liều dần (0,5-1 mg/kg/ngày trong 1 – 2 tuần), Cyclophosphamide (0,5 – 1g/m^2/liều/1 tháng truyền tỉnh mạch trong 6 tháng và điều trị suy tim (hạn chế muối nước, lợi tiểu, thuốc ức chế men chuyển Angiotensin, ức chế beta, thuốc tăng sức co bóp cơ tim). IVIG tổng liều 2g/kg trong 5 ngày cho các trường hợp chống chỉ định thuốc ức chế miễn dịch, ghi nhận cải thiện chức năng tim trong một vài báo cáo. Rituximab và belimumab có lẽ cũng có lợi[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều được điều trị thuốc ức chế miễn dịch gồm: Methylprednisolone tấn công với liều 1g/1,73m^2 da/ngày trong 3 – 6 ngày trong 12/13 trường hợp (92,3%) sau đó giảm liều với prednisone uống, 1 trường hợp (7,7%) sử dụng prednisone uống giảm liều dần, Cyclophosphamide truyền tĩnh mạch trong 3/13 trường hợp (23,1%), cả 3 bệnh nhân này đều có tổn thương thận Lupus nhóm IV, có 1 bệnh nhân có tổn thương thần kinh đi kèm. MMF được chỉ định trong 8/13 trường hợp (61,5%): 7/13 bệnh nhân có viêm thận Lupus nhóm III hoặc nhóm IV và 1 bệnh nhân có viêm thận thận lupus nhóm II. Chỉ định MMF trên những bệnh nhân này chủ yếu do tổn thương thận đi kèm. Rituximab được sử dụng trong 1/13 trường hợp do tổn thương thận cấp, viêm thận lupus nhóm IV, thất bại với phác đồ Methylprednisolone và Cyclophosphamide.

V. KẾT LUẬN

Mặc dù nghiên cứu này là hồi cứu với số ca tương đối ít, đây là báo cáo đầu tiên về SLE tổn thương tim ở trẻ em, góp phần cảnh báo nguy cơ tổn thương tim do SLE ở trẻ em Việt Nam. Tổn thương tim ghi nhận trong SLE thường gặp nhất là viêm màng ngoài tim, tiếp theo là bất thường van tim, tỉ lệ viêm cơ tim thấp hơn nhưng tiên lượng nặng nề nhất. Đa số tổn thương tim trong SLE không có triệu chứng lâm sàng, vì vậy vai trò của siêu âm tim rất quan trọng trong việc tầm soát các bất thường tim mạch trong SLE, từ đó phát hiện sớm các tổn thương ở tim, cải thiện tiên lượng và chất lượng sống của bệnh nhân SLE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Malattia, C., Martini, A. (2013).** Paediatric-onset systemic lupus erythematosus. Best practice & research. Clinical rheumatology, 27(3), 351–362.
2. **Brunner, H. I., Gladman, D. D., Ibañez, D. (2008).** Difference in disease features between childhood-onset and adult-onset systemic lupus erythematosus. Arthritis and rheumatism, 58(2), 556–562.
3. **Günal, N., Kara, N., Akkök, N. (2003).** Cardiac abnormalities in children with systemic lupus erythematosus. The Turkish journal of pediatrics, 45(4), 301–305.
4. **Mavrogeni, S., Smerla, R., Grigoriadou. (2016).** Cardiovascular magnetic resonance evaluation of paediatric patients with systemic lupus erythematosus and cardiac symptoms. Lupus, 25(3), 289–295.
5. **Chang, J. C., Knight, A. M., Xiao, R., Mercer-Rosa, L. M., & Weiss, P. F. (2018).** Use of echocardiography at diagnosis and detection of acute cardiac disease in youth with systemic lupus erythematosus. Lupus, 27(8), 1348–1357.
6. **Joyce C. Chang, Rui Xiao, Laura Mercer-Rosa (2018).** Child-onset systemic lupus erythematosus is associated with a higher incidence of myopericardial manifestations compared to adult-onset disease. Lupus, 27 (13).
7. **Petri, M., Orbai, A. M. (2012).** Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. Arthritis and rheumatism, 64(8), 2677–2686.
8. **Maryann Kimoto, Tarun S. Sharma, Susan Manzi. (2018).** Dubois' Lupus Erythematosus and Related Syndromes. Elsevier.
9. **Yeh, T. T., Yang, Y. H., Lin (2007).** Cardiopulmonary involvement in pediatric systemic lupus erythematosus: a twenty-year retrospective analysis. Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi, 40(6), 525–531.
10. **Yeh T-T, Yang Y-H, Lin Y-T. 40, s.l.** : J Microbiol Immunol Infect, 2007, Vol. 2007. 6.
11. **Klein-Gitelman M, Lane J. (2018).** Textbook of pediatric rheumatology. Elsevier
12. **Beresford MW, Cleary AG, Sills JA, Couriel J, Davidson JE. (2005).** Cardio-pulmonary involvement in juvenile systemic lupus erythematosus. Lupus. 2005;14(2):152-8.
13. **Chen, J., Tang, Y., Zhu, M. (2016).** Heart involvement in systemic lupus erythematosus: a systemic review and meta-analysis. Clinical rheumatology, 35(10), 2437–2448.
14. **Recent advances in antiphospholipid - related valvulopathies. R, Cervera. 15, s.l.** : Journal of Autoimmun, 2000.
15. **Thomas, G., Cohen Aubart, F., Chiche, L. (2017).** Lupus Myocarditis: Initial

Presentation and Longterm Outcomes in a Multicentric Series of 29 Patients. The Journal of rheumatology, 44(1), 24–32.

16. **Tanwani, J., Tselios, K., Gladman, D. D. (2018).** Lupus myocarditis: a single center experience and a comparative analysis of observational cohort studies. Lupus, 27(8), 1296–1302.
17. **Myung, G., Forbess, L. J., Ishimori, M. L. (2017).** Prevalence of resting-ECG abnormalities in systemic lupus erythematosus: a single-center experience. Clinical rheumatology, 36(6), 1311–1316.
18. **Liautaud, S., Khan, A. J., Nalamasu, S. R. (2005).** Variable atrioventricular block in systemic lupus erythematosus. Clinical rheumatology, 24(2), 162–165.
19. **Huo, A. P., Su, K. C., Liao, H. T. (2005).** Second-degree atrioventricular block as an early manifestation of adult systemic lupus erythematosus. Journal of microbiology, immunology, and infection = Wei mian yu gan ran za zhi, 38(4), 296–299.
20. **Bharati, S., de la Fuente, D. J., Kallen, R. J. (1975).** Conduction system in systemic lupus erythematosus with atrioventricular block. The American journal of cardiology, 35(2), 299–304.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐA U TỦY XƯƠNG CHẨN ĐOÁN LẦN ĐẦU

Bùi Văn Mạnh[1], Lê Quang Tường[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm tổn thương thận và mối liên quan giữa tổn thương thận với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đa u tủy xương được chẩn đoán lần đầu.

Đối tượng và phương pháp: 109 bệnh nhân được chẩn đoán lần đầu bị bệnh đa u tủy xương; phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Kết quả: nhóm tuổi bệnh nhân hay gặp nhất là từ 50 tuổi trở lên (85,3%). Thể bệnh hay gặp nhất là IgG chiếm 78,8%. Bệnh biểu hiện ở giai đoạn I chiếm 45,9%, giai đoạn II 18,3% và giai đoạn III 35,8%. Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương thận cao (86,8%) trong đó 54,9% bệnh nhân có suy thận, chủ yếu giai đoạn I và II. Tổn thương thận có liên quan với giai đoạn bệnh đa u tủy xương (p<0,05), thể bệnh (thể IgG có tỉ lệ tổn thương thận cao hơn, p<0,05). Mức lọc cầu thận có tương quan nghịch, mức độ vừa với nồng độ beta2-microglobulin máu (r =-0,45).

Kết luận: tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương thận cao (86,8%) trong đó 54,9% bệnh nhân có suy thận, chủ yếu giai đoạn I và II. Tổn thương thận có liên quan với giai đoạn bệnh đa u tủy xương (p<0,05), thể bệnh IgG (p<0,05). Mức lọc cầu thận có tương quan nghịch, mức độ vừa với nồng độ beta2-microglobulin máu (r=-0,45).

Từ khóa: bệnh đa u tủy xương, chẩn đoán lần đầu, tổn thương thận

[1]*Bệnh viện Quân y 103*
[2]*Viện Huyết học Truyền máu Trung ương*
Liên hệ tác giả: Bùi Văn Mạnh.
Email: hanhmanh103@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14/9/2021
Ngày phản biện: 15/9/2021
Ngày duyệt bài: 23/9/2021

SUMMARY

A STUDY ON CHARACTERISTICS OF KIDNEY INJURY IN THE FIRST DIAGNOSTIC MULTIPLE MYELOMA PATIENTS

Objectives: To investigate the characteristics of kidney injury and its relation to some clinical, subclinical characteristics in the first diagnostic multiple myeloma patients.

Subjects and method: A prospective, cross-sectional, descriptive study on 109 patients were the first diagnosed suffered from multiple myeloma.

Results: a age group of above 50 years old was the most common (85.3%). IgG type is the most common (78.8%). There were 45.9%, 18.3% and 35.8% manifed in the stage of I, II and III, respectively. The rate of patients with kidney injury was high (86.8%) where as 54.9% with renal failure, mailly in stage I and II. There were the ralationship between kidney injury and stage of multiple myeloma ($p<0.05$), IgG type ($p<0.05$). There was the moderate negative correlation between glomerular filtration rate and blood concentration of beta2-microglobulin ($r=-0.45$).

Conclusion: There were 86.8% patients with with kidney injury among 109 patients were the first diagnosed suffered from multiple myeloma. The rate of kidney injury was related to stage of multiple myeloma, IgG type of disease and blood concentration of beta2-microglobulin.

Key words: multiple myeloma, the first diagnosed, kidney injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa u tủy xương (ĐUTX) hay bệnh Kahler là bệnh máu ác tính, do ung thư hóa hệ thống tương bào ở các mức độ biệt hóa khác nhau. Bệnh gây ra u tế bào dòng tương bào, thường ở tủy xương cũng có khi ngoài tủy. Bệnh ĐUTX gây tổn thương nhiều cơ quan trong đó có tổn thương thận, làm giảm dần mức lọc cầu thận dẫn đến suy thận mạn tính. Nhiều cứu cho thấy ĐUTX gây tổn thương thận, là biến chứng hay gặp và là nguyên nhân gây của khoảng 1/2 các trường hợp tử vong do ĐUTX nếu không được phát hiện sớm và điều trị hiệu quả [1], [2]. Ở Việt Nam còn chưa có nhiều nghiên cứu về tổn thương thận ở bệnh nhân (BN) ĐUTX. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: khảo sát đặc điểm tổn thương thận và mối liên quan giữa tổn thương thận với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đa u tủy xương được chẩn đoán lần đầu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 109 bệnh nhân được chẩn đoán ĐUTX lần đầu tại Viện HH-TM TW
- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân chẩn đoán ĐUTX lần đầu, gồm tất cả các giai đoạn của bệnh; đáp ứng được các tiêu chuẩn chẩn đoán theo Hiệp hội đa u tủy xương thế giới (2009); đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị đa u tủy xương trước đó bằng các thuốc theo phác đồ đặc hiệu; đã có suy thận do các nguyên nhân khác được chẩn đoán rõ ràng; bệnh nhân đang trong giai đoạn nhiễm trùng nặng, có bệnh lý nhiễm khuẩn khác đi kèm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang.
- Thu thập số liệu: triệu chứng lâm sàng, huyết học, sinh hóa máu và nước tiểu (protein), chẩn đoán hình ảnh, miễn dịch (IgG, IgA, IgM)
- Mức lọc cầu thận ước lượng tính theo công thức Cockcroft - Gault (1976)

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận: Protein niệu ≥ 200mg/24 và/hoặc mức lọc cầu thận < 60ml/phút

- Chẩn đoán giai đoạn suy thận: theo Nguyễn Văn Xang

- Chẩn đoán ĐUTX theo Hiệp hội đa u tủy xương quốc tế (2009)

- Đánh giá các giá trị xét nghiệm: theo hằng số sinh lý của người Việt Nam

- Phân tích số liệu: phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi và giới

Nhóm tuổi	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	Tuổi trung bình (năm)
≤ 50 tuổi	16	14,7	60,84 ± 11,65 (18-92)
51 - 60 tuổi	35	32,1	
> 60 tuổi	58	53,2	

Nhận xét: nhóm tuổi thường gặp từ 50 trở lên (85,3%)

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo type bệnh

Thể	IgG (1)		IgA (2)		Chuỗi nhẹ (3)	
Kappa	47	43,1	11	10,1	5	4,6
Lambda	39	35,7	4	3,7	3	2,6
Tổng	**86**	**78,8**	**15**	**13,8**	**8**	**7,4**
p	p(1-2)<0,05; p(2-3)>0,05; p(1-3)<0,05					

Nhận xét: IgG chiếm tỉ lệ chủ yếu (78,8%); tăng Ig chuỗi nhẹ có tỉ lệ thấp

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số lượng (n=109)	Tỉ lệ (%)
I	50	45,9
II	20	18,3
III	39	35,8
Tổng		

Nhận xét: tỉ lệ BN ở giai đoạn I chiếm tỉ lệ cao nhất

Bảng 4. Tỉ lệ BN tổn thương thận theo các giai đoạn suy thận

Chức năng thận	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Có tổn thương thận	75	68,8
Không có suy thận	48	45,1
Suy thận giai đoạn I	28	25,7
Suy thận giai đoạn II	26	23,9
Suy thận giai đoạn IIIa-b	07	6,4
Tổng số	**109**	**100**

Nhận xét: có 68,8% BN có tổn thương thận và 56,9% BN có suy thận, chủ yếu giai đoạn I và II.

Bảng 5. Nồng độ các Ig ở các nhóm bệnh nhân

Thông số	Không tổn thương thận	Có tổn thương thận	p
Beta 2- M (mg/L)	3,71 ± 4,01	9,49 ± 12,47	<0,05
IgA	1159,88 ± 254,98	912,15 ± 218,85	<0,05
IgM	87,85 ± 65,67	72,52 ± 87,37	>0,05
IgG	2978,3 ± 2866,5	3530,6 ± 3261,9	>0,05

Nhận xét: Nồng độ beta2-microglobulin ở nhóm có tổn thương thận cao hơn (p<0,05) nhóm không tổn thương thận

Bảng 6. Liên quan mức độ tổn thương thận với giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số lượng (n=75)	Tỷ lệ %
I	31	41,3
II	11	14,7
III	33	44
Tổng	**75**	**100**
p(I-II)<0,05; p(I-III)<0,05;		

Nhận xét: Ở giai đoạn I và II của bệnh, tỷ lệ BN có tổn thương thấp hơn (p<0,05) so với giai đoạn III

Bảng 7. Liên quan tổn thương thận với thể bệnh ĐUTX

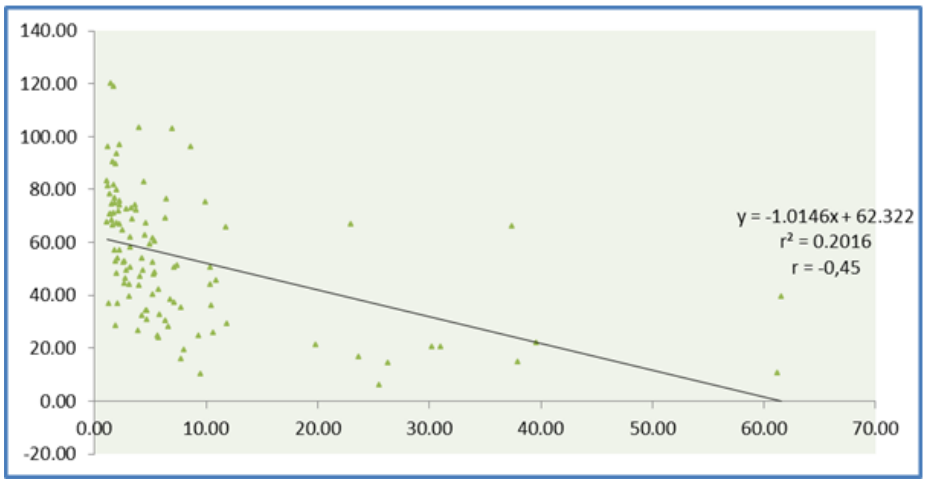
Thể bệnh	Số lượng (n=75)	Tỷ lệ %
Chuỗi nhẹ (1)	4	4,3
IgG (2)	61	81,3
IgA (3)	10	13,4
Tổng	**75**	**100**
p(1-2)<0,05; p(1-3) >0,05; p(2-3)<0,05		

Nhận xét: Nhóm BN thể bệnh IgG có tỷ lệ tổn thương thận cao hơn (p<0,05).

Bảng 8. Liên quan mức lọc cầu thận MLCT với giai đoạn bệnh ĐUTX

Giai đoạn bệnh	Mức lọc cầu thận (mL/phút) (X ± SD)
Giai đoạn I (n=31)	64,08 ± 23,3
Giai đoạn II n=11)	53,75 ± 19,99
Giai đoạn III (n=33)	49,72 ± 23,33
p	p(I-II) <0,05; p(I-III) <0,05; p(II-III) <0,05

Nhận xét: GTTB của MLCT giảm dần theo giai đoạn bệnh (p<0,05)



Biểu đồ 2. Tương quan giữa MLCT với nồng độ beta 2-microglobulin máu

Nhận xét: MLCT tương quan nghịch, mức độ vừa với nồng độ beta 2-microglobulin máu (r=-0,45).

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tuổi bệnh nhân hay bị ĐUTX nhất là từ 51-60 tuổi, chiếm tỷ lệ cao tới 85,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước [1], [2], [3]. Thể bệnh hay gặp nhất trong nghiên cứu là IgG chiếm 78,8%, trong đó IgG-K chiếm 43,1%. Chỉ có 7,4% gặp chuỗi nhẹ và 13,8% thể IgA. Các bệnh nhân được chẩn đoán ĐUTX lần đầu chủ yếu gặp ở giai đoạn I và giai đoạn III với tỷ lệ lần lượt là 45,9% và 35,8%. Có 18,3% bệnh nhân thuộc giai đoạn II của bệnh. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác trong và ngoài nước [1], [2], [4].

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận trong nghiên cứu là 68,8%, trong đó 44,9% bệnh nhân đã bị suy thận và mức độ suy thận giai đoạn I và II là chủ yếu (lần lượt là 25,7% và 23,9% tổng số bệnh nhân nghiên cứu). Kết quả của chúng tôi tương tự một số nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước [5], [2], [4]. Có nhiều cơ chế dẫn tới tổn thương thận trong bệnh đa u tủy xương, phụ thuộc nhiều yếu tố, bao gồm: giai đoạn và hoạt tính của bệnh, loại chuỗi nhẹ được tổng hợp quá mức, tải chuỗi nhẹ đến thận (lượng chuỗi nhẹ được lọc), tế bào đích tương tác với chuỗi nhẹ, pH nước tiểu, canxi niệu, lượng protein Tamm-Horsfall ở ống thận xa, và nhiều yếu tố khác…Có nhiều dạng tổn thương thận trong đa u tủy xương, tùy vào mức độ bệnh, giai đoạn bệnh, mức độ hay gặp…. Tỷ lệ tổn thương thận trong nghiên cứu này cao nhất ở giai đoạn III của bệnh; kết quả này tương tự một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới [1], [6]. Ở các giai đoạn muộn của đa u tủy xương, sự tăng cao của nồng độ protein M trong máu và/hoặc khi có nồng độ chuỗi nhẹ cao đều dẫn đến nguy cơ tổn thương thận tăng và làm tăng tỷ lệ suy thận. Có tới 70% trường hợp bệnh lắng đọng chuỗi nhẹ hình thành trong diễn tiến của đa u tủy xương; 30% còn lại có thể do nguyên nhân khác gây ra. Protein niệu có thể hiện diện ở mọi giai đoạn kèm theo là mức lọc cầu thận bị giảm dần.

Tổn thương thận ở bệnh nhân ĐUTX có liên quan với nhiều yếu tố khác nhau. Kết

quả nghiên cứu cho thấy mức lọc cầu thận có tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ beta2-microglobulin máu (r=0,45) và nồng độ calci máu toàn phần (r=0,3). Nghiên cứu của một số tác giả khác cũng cho kết qủa tương tự [2], [3]. Về mối liên quan giữa tình trạng tổn thương thận với giai đoạn bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự liên quan có ý nghĩa nhưng MLCT trung bình lại giảm có ý nghĩa (p<0,05) theo mức độ nặng của giai đoạn bệnh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ bệnh nhân có protein niệu dương tính và mức lọc cầu thận trung bình giữa các thể bệnh của đa u tủy xương. Nghiên cứu của Tạ Thị Thanh Hiền [3] và một số tác giả nước ngoài cũng cho thấy kết quả tương tự [1], [6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức lọc cầu thận trung bình có tương quan nghịch với nồng độ beta2-microglobulin máu. Một số nghiên cứu cũng cho thấy beta2-microglobulin máu không chỉ có liên quan với MLCT mà còn liên quan với đáp ứng điều trị, do đó nó có giá trị tiên lượng tốt hơn so với sự thay đổi nồng độ protein niệu đơn thuần, nhất là trong các đợt bệnh tái phát. Dựa vào nồng độ beta2-microglobulin máu và sự biến đổi của nó trong đợt tái phát các thầy thuốc chuyên khoa có thể đưa ra các phác đồ điều trị hiệu quả cho từng cá thể [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 109 BN đa u tủy xương chẩn đoán lần đầu, kết quả cho thấy:

- Nhóm tuổi bệnh nhân hay gặp nhất là từ 50 tuổi trở lên, chiếm tỷ lệ 85,3%. Thể bệnh hay gặp nhất là IgG chiếm 78,8%. Bệnh biểu hiện ở giai đoạn I chiếm 45,9%, giai đoạn II 18,3% và giai đoạn III 35,8%. Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương thận cao (86,8%) trong đó 54,9% bệnh nhân có suy thận, chủ yếu giai đoạn I và II.

- Tổn thương thận có liên quan với giai đoạn bệnh đa u tủy xương (p<0,05), thể bệnh (thể IgG có tỉ lệ tổn thương thận cao hơn, p<0,05). Mức lọc cầu thận có tương quan nghịch, mức độ vừa với nồng độ beta2-microglobulin niệu (r=-0,45).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barlogie B** (2000) "Plasmacell Myeloma". Williams Hematology, 6th edition, pp 1114-36.
2. **Trần Thị Hằng** (2008) "Nghiên cứu một số đặc điểm rối loạn đông cầm máu ở bệnh nhân đa u tủy xương tại Viện HHTM TW.". Luận văn Thạc sĩ Y học.
3. **Tạ Thị Thanh Hiền** (2000) "Nghiên cứu các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của tổn thương thận trong bệnh đa u tuỷ xương". Luận văn Thạc sĩ Y học.
4. **Trần Thị Phương Hoa** (2011) "Nghiên cứu phân loại, giai đoạn bệnh đa u tuỷ xương tại khoa Bệnh máu - BV Bạch Mai". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ đa khoa.
5. **Longo D.L** (1998) "Plasma Cell disorders". Harrison's principles of internal Medicine 14th Edition Mcgraw- Hill, pp. 713-8.
6. **Sundar Jagannath** (2008) "Pathophysiological Underpinnings of Multiple Myeloma Progression". J Manag Care Pharm;14(7)(suppl S):S7-S11.

KHẢO SÁT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG HUYẾT ÁP TRONG CA LỌC MÁU LẦN ĐẦU CỦA BỆNH NHÂN BỆNH THẬN GIAI ĐOẠN CUỐI

Khúc Thị Thúy Ngà[1], Đinh Thị Kim Dung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự thay đổi huyết áp (HA) trong ca lọc máu thận nhân tạo lần đầu ở bệnh nhân (BN) bệnh thận giai đoạn cuối và một số yếu tố liên quan.

Đối tượng, phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại trung tâm Thận Tiết niệu và Lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ 11/2019 đến 10/2020. Đối tượng nghiên cứu ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn cuối và có chỉ định lọc máu cấp cứu lần đầu tiên, ghi nhận giá trị HA tại các thời điểm bắt đầu, mỗi 30 phút trong ca lọc và kết thúc ca lọc máu và đánh giá mối liên quan giữa một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng đến sự thay đổi HA đó.

Kết quả: Có 100 BN thỏa mãn tiêu chuẩn. Tỷ lệ BN tăng HA, tụt HA và ổn định HA trong ca lọc máu lần lượt là 17%, 13% và 70%. Các BN có xu hướng tăng HA trong 120 phút đầu và tụt HA trong 90 phút đầu của ca lọc máu. Tỷ lệ tăng HA trong ca lọc máu cao hơn có ý nghĩa ở nhóm BN nam và sử dụng nhiều thuốc hạ HA hơn. Nhóm BN tụt HA trong ca lọc máu có chỉ số BMI, nồng độ hemoglobin trước lọc thấp hơn nhưng có nồng độ ure máu trước lọc cao hơn có ý nghĩa so với 2 nhóm BN còn lại. Chỉ số siêu lọc (UF) không có sự khác biệt giữa 3 nhóm BN.

Kết luận: BN nam và phải sử dụng nhiều thuốc hạ HA có khả năng bị tăng HA trong ca lọc cao hơn. BN có nguy cơ bị tụt HA trong ca lọc thường là những BN có chỉ số BMI thấp, thiếu máu nặng, nồng độ ure máu trước lọc cao. Không có mối liên quan giữa chỉ số UF với sự thay đổi HA trong ca lọc máu.

Từ khóa: bệnh thận giai đoạn cuối, lọc máu cấp cứu, huyết áp trong ca lọc máu.

SUMMARY

EVALUATION OF SOME FACTORS ASSOCIATED WITH INTRADIALYTIC BLOOD PRESSURE IN THE FIRST HEMODIALYSIS IN END STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Objective: To evaluate the changes in blood pressure tin the first hemodialysis case in end stage renal disease patients and related factors.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted at Department of Nephrology and Urology of Bach Mai Hospital from November 2019 to October 2021 among 100 patients diagnosed with end stage renal diseases and treated with the first emergency hemodialysis. We record blood pressure at the beginning of hemodialysis, every 30 minutes during hemodialysis and at the end of hemodialysis and evaluated the relationship between some clinical and subclinical factors and the changes in blood pressure.

Results: 100 patients were eligible. The rate of intradialytic hypertension, intradialytic hypotension and stable blood pressure were 17%, 13% and 70%, respectively. Patients tended to be

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Liên hệ tác giả: Khúc Thị Thuý Ngà.
Email: thuyngakhuc.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 19/7/2021
Ngày phản biện: 25/7/2021
Ngày duyệt bài: 27/7/2021

hypertensive during the first 120 minutes and hypotensive during the first 90 minutes of hemodialysis. The rate of intradialytic hypertension was significantly higher in the males using more antihypertension drugs. Patients diagnosed intradialytic hypotension had a lower BMI, lower pre-dialysis hemoglobin concentration and higher pre-dialysis urea concentration. Ultrafiltration index did not differ among three groups of patients.

Conclusion: Male patients using many antihypertension drugs had a higher chance of intradialytic hypertension. Intradialytic hypotension patients had low BMI, severe anemia, high urea concentration before hemodialysis. There is no relationship between ultrafiltration index and blood pressure changes in hemodialysis.

Keywords: end-stage renal disease, emergency hemodialysis, intradialytic blood pressure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính và bệnh thận giai đoạn cuối là một vấn đề sức khỏe cộng đồng không ngừng gia tăng tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới. Thận nhân tạo là phương pháp điều trị thay thế thận được phần lớn các BN bệnh thận giai đoạn cuối `lựa chọn. Những ưu điểm của lọc máu là không thể chối cãi, song phương pháp điều trị này cũng đi kèm rất nhiều biến chứng, đặc biệt là những biến chứng xảy ra trong khi lọc máu, đòi hỏi phải can thiệp kịp thời nếu không BN có thể sẽ tử vong nhanh chóng. Tăng HA và tụt HA trong ca lọc là biến chứng rất phổ biến, đồng thời là yếu tố nguy cơ làm tăng biến cố tim mạch và tỉ lệ tử vong ở BN bệnh thận giai đoạn cuối[4-5]. Ở nước ta, nguyên nhân suy thận mạn chủ yếu là viêm cầu thận mạn[1-3], bệnh tiến triển âm thầm, triệu trứng lâm sàng không rầm rộ, BN không đi khám bệnh và thời gian điều trị bảo tồn ngắn. Do vậy, những BN bệnh thận giai đoạn cuối nhập viện lần đầu trong tình trạng hội chứng ure máu cao, thiếu máu nặng, rối loạn điện giải, rối loạn thăng bằng toan kiềm… là phải lọc máu cấp cứu. Đây cũng là các yếu tố góp phần ảnh hưởng đến huyết động của những BN này trong ca lọc máu lần đầu. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi HA trong ca lọc máu thận nhân tạo lần đầu ở BN bệnh thận giai đoạn cuối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những BN từ 16 tuổi trở lên, được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định lọc máu cấp cứu, đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn là lọc máu lần đầu**,** có hội chứng urê máu cao (ure máu ≥ 35 mmol/l, viêm màng ngoài tim, viêm màng phổi, buồn nôn, nôn, xuất huyết, co giật, lú lẫn…), quá tải dịch không đáp ứng với lợi tiểu (phù to, tràn dịch các màng, phù phổi cấp, thiểu niệu), rối loạn điện giải (tăng kali máu ≥ 6,5 mmol/l có biến đổi rối loạn nhịp tim trên điện tâm đồ, giảm natri máu nặng < 120 mmol/l), rối loạn thăng bằng toan kiềm (toan chuyển hóa nặng, pH < 7,2). Loại trừ những BN đang lọc máu chu kỳ, BN phải truyền dịch, truyền máu, các thuốc vận mạch trong ca lọc máu và BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện. Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm Thận Tiết niệu và Lọc máu bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2019 đến tháng 10/2020. Nghiên cứu được tiến hành theo 3 thời điểm:

- Trước khi lọc máu: Hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm xét nghiệm cận lâm sàng cho BN theo một mẫu thống nhất.
- Trong ca lọc máu: Đo HA bệnh nhân

bằng huyết áp kế đồng hồ tại các thời điểm: bắt đầu, sau mỗi 30 phút lọc, kết thúc lọc máu hay bất kỳ thời điểm nào BN có triệu chứng tụt HA hay tăng HA. Ghi nhận các thông số máy thận nhân tạo: màng lọc, dịch lọc (nồng độ, nhiệt độ), lưu lượng máu, lưu lượng dịch lọc, chỉ số UF.

- Kết thúc lọc máu: Đo HA và ghi nhận biểu hiện bất thường trên lâm sàng nếu có khi kết thúc lọc máu.

Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu: Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối theo KDIGO-2012**.** Tiêu chuẩn chẩn đoán tụt HA khi HA tâm thu tại bất kì thời điểm nào trong ca lọc máu giảm từ 20 mmHg trở lên so với HA tâm thu trước lọc máu. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng HA khi HA tâm thu tại bất kỳ thời điểm nào trong ca lọc máu tăng từ 10 mmHg trở lên so với HA tâm thu trước lọc máu. Tiêu chuẩn chẩn đoán ổn định HA khi BN không đáp ứng 2 tiêu chuẩn trên.

Các số liệu trong nghiên cứu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu thu tuyển được 100 BN (67 nam, 33 nữ). Tuổi trung bình là 47,51 ± 14,74. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của nhóm là 20,46 ± 1,78. Nguyên nhân gây suy thận mạn chủ yếu là viêm cầu thận mạn chiếm 76%, ngoài ra đái tháo đường chiếm 10%, viêm thận bể thận mạn chiếm 6%, tăng HA và thận đa nang đều là 4%. Trước lọc máu, tỷ lệ BN có tăng HA là 51%, trong đó 52% BN dùng 1 loại thuốc hạ HA. Mức độ thiếu máu vừa và nặng lần lượt gặp ở 48, 44 BN. Đa số BN (70%) có nồng độ ure máu trước lọc cao ≥ 35 mmol/l.

Đặc điểm sự thay đổi huyết áp theo thời điểm trong ca lọc máu

Tỷ lệ BN tăng HA, tụt HA và ổn định HA trong ca lọc lần lượt là: 17%, 13% và 70%. Các BN có xu hướng tăng HA trong 120 phút đầu và tụt HA trong 90 phút đầu của ca lọc máu.

Bảng 1. Thời gian lọc máu

Thời gian lọc máu	n	%
90 phút*	1	1
120 phút	44	44
150 phút	55	55

Nhận xét: Số ca lọc máu kéo dài 120 phút chiếm 44%, số ca lọc kéo dài 150 phút chiếm 55%. Trường hợp *: BN có chỉ định lọc máu 120 phút nhưng trong ca lọc máu BN bị tụt HA và dừng lọc ở thời điểm 90 phút.

Liên quan giữa một số yếu tố với sự thay đổi huyết áp trong ca lọc máu

Bảng 2. Liên quan giữa sự thay đổi HA với giới tính và chỉ số BMI

	BMI (kg/m^2)	Nam n (%)	Nữ n (%)	Tổng n (%)	p
Tăng HA (1)	21,28 ± 2,0	13 (76,5)	4 (23,5)	17 (100)	p < 0,05
Tụt HA (2)	19,8 ± 1,8	7 (53,8)	6 (46,2)	13 (100)	p > 0,05
Ổn định HA (3)	20,38 ± 1,67	47 (67,1)	23 (32,9)	70 (100)	p < 0,05
p	p12 < 0,05 p13, p23 > 0,05				

Nhận xét: Tỷ lệ BN nam cao hơn tỷ lệ BN nữ trong nhóm BN tăng HA trong ca lọc máu. Trung bình BMI của nhóm tụt HA trong ca lọc thấp hơn nhóm tăng HA.

Bảng 3. Liên quan giữa sự thay đổi HA với số loại thuốc hạ HA

	Tăng HA (1)	**Tụt HA (2)**	**Ổn định HA (3)**	**p**
Số loại thuốc hạ HA	1,78 ± 1,05	1,37 ± 1,12	1,47 ± 1,14	p12, p13 < 0,05 p23 > 0,05

Nhận xét: Nhóm BN tăng HA trong ca lọc máu sử dụng nhiều loại thuốc hạ HA hơn nhóm BN tụt HA và ổn định HA (p < 0,05).

Bảng 4. Liên quan giữa sự thay đổi HA với nồng độ hemoglobin trước lọc

Nồng độ Hb (g/l)	**Tụt HA n (%)**	**Không tụt HA n (%)**	**Tổng n (%)**	**Tăng HA n (%)**	**Không tăng HA n (%)**	**Tổng n (%)**
Hb < 80	9 (20,5)	35 (79,5)	43 (100)	6 (18,2)	36 (81,8)	44 (100)
Hb ≥ 80	4 (7,1)	52 (92,9)	56 (100)	9 (16,1)	47 (83,9)	56 (100)
p	p<0,05 OR=3,343[0,955;11,707]			p>0,05		

Nhận xét: Nguy cơ tụt HA của nhóm BN thiếu máu nặng Hb < 80 g/l cao gấp 3,3 lần so với nhóm BN có Hb ≥ 80 g/l (OR = 3,343; [2,113; 11,707]) nhưng không có sự khác biệt về nguy cơ tăng HA.

Bảng 5. Liên quan giữa sự thay đổi HA với nồng độ ure máu trước lọc

Nồng độ Ure máu (mmol/l)	**Tụt HA n (%)**	**Không tụt HA n (%)**	**Tổng n (%)**	**Tăng HA n (%)**	**Không tăng HA n (%)**	**Tổng n (%)**
Ure > 45	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (100)	2 (10,5)	17 (89,5)	19 (100)
Ure ≤ 45	4 (4,9)	77 (95,1)	81 (100)	15 (18,5)	66 (81,5)	81 (100)
p	p<0,05 OR=17,325[4,493;66,798]			p>0,05		

Nhận xét: Nguy cơ tụt HA của nhóm có nồng độ ure trước lọc > 45 mmol/l cao gấp 17,3 lần (OR= 17,325; [4,493;66,798]) so với nhóm có nồng độ ure ≤ 45 mmol/l nhưng không có sự khác biệt về nguy cơ tăng HA.

Bảng 6. Liên quan giữa sự thay đổi huyết áp với chỉ số UF

Chỉ số (ml/h)	**Tăng HA (1)**	**Tụt HA (2)**	**Ổn định HA (3)**	**p**
UF	302,94±178,07	326,92±114,77	325,71±134,52	p12, p13, p23>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về giá trị UF trung bình ở 3 nhóm BN tăng HA, tụt HA và ổn định HA trong ca lọc máu.

Bảng 7. Liên quan giữa sự thay đổi huyết áp trong ca lọc máu và lưu lượng máu

Chỉ số (ml/ phút)	**Tăng HA (1)**	**Tụt HA (2)**	**Ổn định HA (3)**	**p**
Lưu lượng máu	198,82 ± 4,85	183,85 ± 11,93	194,86 ± 22,44	p12 < 0,05 p23, p13 > 0,05

Nhận xét: Lưu lượng máu của nhóm BN có tụt HA trong lọc thấp hơn nhóm BN có tăng HA (p<0,05), nhưng không khác biệt với nhóm ổn định HA.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tăng HA, tụt HA, ổn định HA trong ca lọc máu lần lượt là 17%, 13% và 70%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tụt HA trong ca lọc máu là 13%, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hải[2] là 54,5% trong khi một số tác giả khác báo cáo kết quả là: 8,8% (Cù Tuyết Anh[1]), 17,2% (Sands[6]), 77,7% (Kuipers[7]). Tỷ lệ bệnh nhân tăng HA trong ca lọc của chúng tôi là 18%, trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngọc[3] là 18,5%, và 12,2% trong nghiên cứu của Inrig[5]. Do không có sự thống nhất về định nghĩa tăng HA và tụt HA trong ca lọc máu cùng với đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là những BN suy thận giai đoạn cuối lọc máu cấp cứu, khác với BN lọc máu chu kỳ trong các nghiên cứu của các tác giả khác nên tỷ lệ của hai biến chứng này khác nhau giữa các nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nam cao hơn BN nữ ở nhóm BN tăng HA trong ca lọc, tương tự kết quả của Nguyễn Văn Ngọc[3]. Sands[6] và Kuipers[7] báo cáo rằng BN nữ thì dễ bị tụt HA trong ca lọc máu hơn do cùng với một thể tích siêu lọc, BN nữ thường có cân nặng nhẹ hơn BN nam thì tốc độ siêu lọc (ml/kg/h) ở BN nữ cao hơn BN nam và dễ bị tụt HA trong lọc hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình BMI của nhóm BN tụt HA thấp hơn nhóm tăng HA trong ca lọc, khác với kết quả của Inrig[12] là BMI của nhóm tăng HA thấp hơn nhóm không tăng HA. Sands[6] báo cáo BN có chỉ số BMI cao thì dễ bị tụt HA trong ca lọc hơn, có thể do BN của họ bị đái tháo đường nhiều hơn và tình trạng này liên quan đến nguy cơ tụt huyết áp.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm BN tăng HA trong ca lọc máu sử dụng nhiều loại thuốc hạ HA hơn nhóm BN tụt HA và ổn định HA, tương tự kết quả của Nguyễn Văn Ngọc[3] và Inrig[5]. Điều này cho thấy những BN bị tăng HA trong ca lọc kiểm soát HA khó hơn những BN không tăng HA trong lọc.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy ở nhóm BN thiếu máu nặng có Hb < 80 g/l thì có nguy cơ bị tụt HA nhiều gấp 3,3 lần so với nhóm BN có Hb ≥ 80 g/l. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Thu Hải[2] và Cù Tuyết Anh[1]**.** Theo Daugridas[8], sự thiếu oxy tổ chức ở những BN thiếu máu nặng dẫn đến giải phóng adenosin – một chất gây giãn mạch, tăng nguy cơ tụt HA trong lọc máu.

Chúng tôi nhận thấy nguy cơ tụt HA trong lọc ở nhóm BN có nồng độ ure máu trước lọc ≥ 45 mmol/l cao hơn gấp 17 lần nhóm BN có nồng độ ure máu < 45 mmol/l. Kết quả này tương tự như kết quả của Nguyễn Thị Thu Hải[2] và Cù Tuyết Anh[1] và Mc Cauland[9]. Điều này có thể giải thích do nồng độ ure máu quyết định sự chênh lệch áp lực thẩm thấu trong và ngoài tế bào. Khi ure bị lấy ra khỏi dịch ngoài tế bào nhanh trong quá trình lọc máu, áp lực thẩm thấu huyết tương giảm làm nước ngoài tế bào di chuyển vào trong tế bào gây giảm thể tích máu trong lòng mạch, hậu quả gây tụt HA.

Trong quá trình lọc máu, khi tốc độ siêu lọc cao, dẫn đến sự suy giảm thể tích huyết tương trong lòng mạch nhanh hơn khả năng phục hồi thể tích dịch từ khoảng kẽ vào lòng mạch thì sẽ gây giảm thể tích tuần hoàn hiệu dụng, nguy cơ tụt HA trong lọc. Nghiên cứu của Cù Tuyết Anh[1], Sands[6], Kupier[7] cho thấy BN tụt HA trong lọc có mức độ siêu lọc cao hơn nhóm BN không tụt HA. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về giá trị UF trung bình ở 3 nhóm BN tăng HA, tụt HA và ổn định HA trong ca lọc máu.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hải[2], mức độ siêu lọc ở nhóm BN có tụt HA thậm chí còn thấp hơn nhiều so với nhóm BN ổn định HA. Điều này có lẽ do những BN trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện trong tình trạng thiếu máu nặng, nồng độ ure máu cao, thời gian lọc máu cấp cứu ngắn đã không cho phép đặt mức độ siêu lọc cao ở những lần lọc máu đầu tiên, vì vậy ảnh hưởng của siêu lọc lên huyết áp không thể hiện ở nhóm BN của chúng tôi.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lưu lượng máu trong khi lọc của nhóm BN tụt HA thấp hơn nhóm BN tăng HA có ý nghĩa thống kê nhưng không khác biệt với nhóm BN ổn định HA. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngọc[3] ghi nhận không có mối liên quan giữa lưu lượng máu với tỷ lệ tăng HA trong ca lọc. Các nghiên cứu trên thế giới cũng chưa có báo cáo về mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ BN tăng HA, tụt HA và ổn định HA trong ca lọc máu lần lượt là 17%, 13% và 70%. BN nam và phải sử dụng nhiều thuốc hạ HA có khả năng bị tăng HA trong ca lọc cao hơn. BN có chỉ số BMI thấp, thiếu máu nặng, nồng độ ure trước lọc cao có nguy cơ tụt HA trong ca lọc máu. Không có mối liên quan giữa chỉ số UF với sự thay đổi HA trong ca lọc máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cù Tuyết Anh (2004)** "Nhận xét tỉ lệ biến chứng và các yếu tố nguy cơ của tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thu Hải (2002)** "Tìm hiểu một số biến chứng thường gặp trong 24 giờ của lọc máu lần đầu ở những bệnh nhân suy thận mạn", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Ngọc (2015)** "Khảo sát tình trạng tăng huyết áp trong ca lọc máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kì tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Flythe JE, Inrig JK, Shafi T, et al.** Intradialytic Blood Pressure Variability Is Associated With Increased All-Cause and Cardiovascular Mortality in Patients Treated With Long-term Hemodialysis. Am J Kidney Dis. 2013;61(6):966-974.
5. **Inrig JK, Patel UD, Toto RD, Szczech LA.** Association of Blood Pressure Increases During Hemodialysis With 2-Year Mortality in Incident Hemodialysis Patients: A Secondary Analysis of the Dialysis Morbidity and Mortality Wave 2 Study. Am J Kidney Dis. 2009; 54(5):881-890.
6. **Sands JJ, Usvyat LA, Sullivan T, et al**. Intradialytic hypotension: frequency, sources of variation and correlation with clinical outcome. Hemodial Int. 2014;18(2):415-422.
7. **Kuipers J, Verboom LM, Ipema KJ, Paans W, Krijnen WP, Gaillard CA, et al.** The prevalence of intradialytic hypotension in patients on conventional hemodialysis: A systematic review with meta-analysis. Am J Nephrol. 2019;49(6):497–506.
8. **Daugridas, John T (1994),** "Preventing and Managing Hypotension", Seminars in Dialysis – Volume 7, Number 4(July – August) 1994, page 277.
9. **Mc Causland F.R và Waikar S.S (2015),** Association of Predialysis Calculated Plasma Osmolarity With Intradialytic Blood Pressure Decline, Am J Kidney Dis, 66(3), 499-506.

SO SÁNH ĐỘ LỌC CẦU THẬN THEO CÔNG THỨC COCKCROFT- GAULT, MDRD VÀ XẠ HÌNH THẬN CÓ DƯỢC CHẤT PHÓNG XẠ

Nguyễn Đình Vũ[1], Trần Duy Phúc[1], Bùi Thị Minh Ngọc[1]
Hồ Thị Hồng Nhung[1], Nguyễn Thị Minh Phương[1], Đinh Thị Hoài Ngọc[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá độ lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault, MDRD và độ lọc cầu thận qua xạ hình thận có iod phóng xạ kết hợp với so sánh sự khác nhau cũng như ý nghĩa từng phương thức đối với đo mức lọc cầu thận, hiệu quả rõ rệt thể hiện trên phương pháp xạ hình thận.

Đối tượng và phương pháp: 194 người hiến thận tự nguyện tại Khoa Thận nhân tạo được tính mức lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault, MDRD và được làm xạ hình thận tiêm dược chất phóng xạ. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu.

Kết quả: Mức lọc cầu thận trung bình theo các công thức ước đoán và xạ hình thận:

- Theo công thức Cockcroft-Gault: 99,79 ± 14,72 ml/ phút/ 1,73m^2
- Theo công thức MDRD: 87,34 ± 13,10 ml/ phút/ 1,73m^2
- Theo phương pháp xạ hình thận: 128,68 ± 16,15 ml/ phút/ 1,73m^2
- Mối tương quan giữa 2 công thức Cockcroft-Gault và MDRD rất chặt chẽ (r= 0,77), p <0,001.
- Không có mối tương quan giữa hai phương pháp này với phương pháp xạ hình thận.

Kết luận: Có mối tương quan chặt chẽ về mức lọc cầu thận giữa 2 công thức Cockcroft-Gault và MDRD. Không có mối tương quan giữa hai phương pháp này với phương pháp xạ hình thận. Điều này cho thấy ưu thế rõ rệt và sự cần thiết trong việc sử dụng phương pháp xạ hình thận trong lựa chọn thận để ghép.

Từ khóa: Mức lọc cầu thận, Cockcroft-Gault, MDRD, xạ hình thận

SUMMARY

COMPARISON OF GLOMERULAR FILTRATION RATE BASED ON COCKCROFT-GAULT, MDRD FOMULA AND RENAL SCINTIGRAPHY WITH RADIOPHARMACEUTICALS

Background: Evaluation of glomerular filtration rate according to the Cockcroft-Gaultformula, MDRD and glomerular filtration rate by radioiodine renal scintigraphy. Combining with comparing the difference as well as the significance of each method for glomerular filtration rate measurement, the obvious effect is shown on the renal scintigraphy method.

Material and method: Voluntary kidney donation patients at the Department of Hemodialysis were calculated glomerular filtration rate according to the Cockcroft-Gaultformula, MDRD and radioiodine injection renal scintigraphy. About 194 patients. Cross-sectional, retrospective descriptive meth

[1]*Bệnh viện Trung ương Huế*
Liên hệ tác giả: Nguyễn Đình Vũ.
Email: dr.dinhvu@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

Results: About the glomerular filtration rate according to the estimated formulas and renal scintigraphy

- According to the formula Cockcroft-Gault: 99.79 ± 14.72 ml/min/1.73m2

- According to the MDRD formula: 87.34 ± 13.10 ml/min/1.73m2

- According to renal scintigraphy method: 128.68 ± 16.15 ml/min/1.73m2

The correlation between the two formulas Cockcroft - Gault and MDRD is very close (r = 0.77), p < 0.001. There is no correlation between these two methods with the renal function scintigraphy method.

Conclusion: There is a close correlation in glomerular filtration rate between the two formulas Cockcroft-Gault and MDRD.There is no correlation between these two methods with renal scintigraphy. This shows a clear advantage and necessity in using renal scintigraphy in kidney selection for transplantation.

Keywords: Glomerular filtration rate, Cockcroft-gault, MDRD, renal scintigraphy…

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1976, Cockcroft và Gault đã đưa ra công thức ước đoán hệ số thanh lọc creatinin dựa vào creatinin máu, cân nặng và tuổi. Từ đó đến nay có nhiều tác giả khác như Gates, Jelliffe, Mawer,…đã đưa ra các công thức tính hệ số thanh lọc creatinin khác[1], [6]. Gần đây Levey A đã phát triển công thức Modification of Diet in Renal Disease (MDRD) hiệu chỉnh theo diện tích da cơ thể, được chứng minh chính xác hơn so với công thức Cockcroft-Gault dù cả hai đều sử dụng đến nồng độ creatinin máu, tuổi và giới tính để ước lượng mức lọc cầu thận. Tuy nhiên công thức tính hệ số thanh thải creatinin Cockcroft-Gault còn dựa trên cân nặng của bệnh nhân nên không chính xác ở những bệnh nhân phù, béo phì.Vì vậy, việc ứng dụng công thức MDRD trong đánh giá mức lọc cầu thận chủ yếu dựa trên nồng độ creatinin máu bệnh nhân được đánh giá khá là hữu ích vì tính toán giản đơn, không phụ thuộc cân nặng và dễ áp dụng rộng rãi trong lâm sàng[1].

Phương pháp xạ hình thận với dược chất phóng xạ có thể đánh giá hình thái, chức năng, hoạt động của từng quả thận riêng biệt. Vì vậy, xạ hình thận được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng để chẩn đoán nhiều bệnh lý thận và tiết niệu như bệnh thận ứ nước do sỏi, tăng huyết áp do hẹp động mạch thận, đánh giá chức năng thận ở người cho thận và bệnh nhân sau ghép thận [2], [7]. Hiện nay, thận từ người hiến sống tự nguyện đóng vai trò rất quan trọng trong ghép thận. Chính những lý do trên mà chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài *So sánh độ lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault, MDRD và xạ hình thận có dược chất phóng xạ* với hai mục tiêu sau:

1. Đánh giá độ lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault, MDRD và độ lọc cầu thận qua xạ hình thận có dược chất phóng xạ.

2. So sánh sự khác nhau cũng như ý nghĩa từng phương thức đối với đo mức lọc cầu thận, hiệu quả rõ rệt thể hiện trên phương pháp xạ hình thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 194 người hiến thận tự nguyện tại Khoa Thận nhân tạo được tính mức lọc cầu thận theo công thức Cockcroft-Gault, MDRD và được

làm xạ hình thận có dược chất phóng xạ.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

194 người hiến thận tự nguyện tại khoa Thận nhân tạo từ năm 2018 đến năm 2021.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu**:** Những người khỏe mạnh về thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

2.1.2. Tính hệ số thanh thải creatinin nội sinh theo công thức ước đoán như sau: [5],[6]

- Theo công thức Cockcroft-Gault (C – G)

$C_{cr} = \frac{(140 - tuổi) \times P}{0,814 \times Scr} \times \frac{1,73}{BSA}$

Scr: Nồng độ creatinin huyết thanh (µmol/l)

BSA: diện tích da cơ thể (m^2) theo công thức Dubois như sau

$BSA = 0,20247 \times h^{0,725} \times P^{0,425}$

(với h: chiều cao, P: cân nặng, nếu là nữ thì nhân 0,85)

- Theo công thức MDRD:

$C_{cr} = 186,3 \times (\frac{Scr}{88,4})^{-1,154} \times (tuổi)^{-0,203} \times K \times k$

(với Scr: Nồng độ creatinin huyết thanh)

K: hệ số giới tính (K=1 nếu là nam; K=0,742 nếu là nữ)

k: hệ số chủng tộc (k= 1,212 nếu là da đen; k=1 nếu là chủng tộc khác)

2.1.3. Xạ hình thận để đánh giá chức năng thận như sau:[7]

(GFR: mức lọc cầu thận)

- GFR tổng (ml/ phút) = 9,8127 x độ tập trung của 2 thận – 6,82519.
- GFR thận phải = GFR tổng x (số xung của thận phải/ số xung của 2 thận)
- GFR thận trái = GFR tổng x (số xung của thận trái/ số xung của 2 thận)
- GFR hiệu chỉnh, hiệu chỉnh theo diện tích da của cơ thể (ml/phút/m^2)
- GFR hiệu chỉnh = GFR tổng x 1,73/ S

(1,73 là diện tích da trung bình của người châu Âu tính bằng m^2. S là diện tích da tính bằng m^2 theo công thức sau: $SBA = 0,20247 \times h^{0,725} \times P^{0,425}$)

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang, hồi cứu. Tất cả số liệu thu thập được ghi vào phiếu điều tra có sẵn và được đưa vào máy tính xử lý theo phương pháp thống kê y học, chương trình SPSS 20.0 và Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình đối tượng nghiên cứu là 33,86±0,33 (24-53)tuổi. Tỷ lệ nam chiếm 56,7% nhiều hơn số nữ là 26 người chiếm tỷ lệ 43,3%.

Bảng 1. *Mức lọc cầu thận theo các cách tính Cockcroft-Gaultvà MDRD*

		MLCT ước tính (ml/phút/1,73m²)
Cockcroft-Gault	X ± SD	99,79 ± 14,72
	Min - Max	63,73 - 160,37
MDRD	X ± SD	87,34 ± 13,10
	Min - Max	50,59 - 146,59

Nhận xét: Mức lọc cầu thận (MLCT) trung bình tính theo công thức Cockcroft-Gaultlà 99,79 ±14,72 ml/phút/1,73m^2 lớn hơn MLCT tính theo công thức MDRD là 87,34 ± 13,10 ml/phút/1,73m^2.

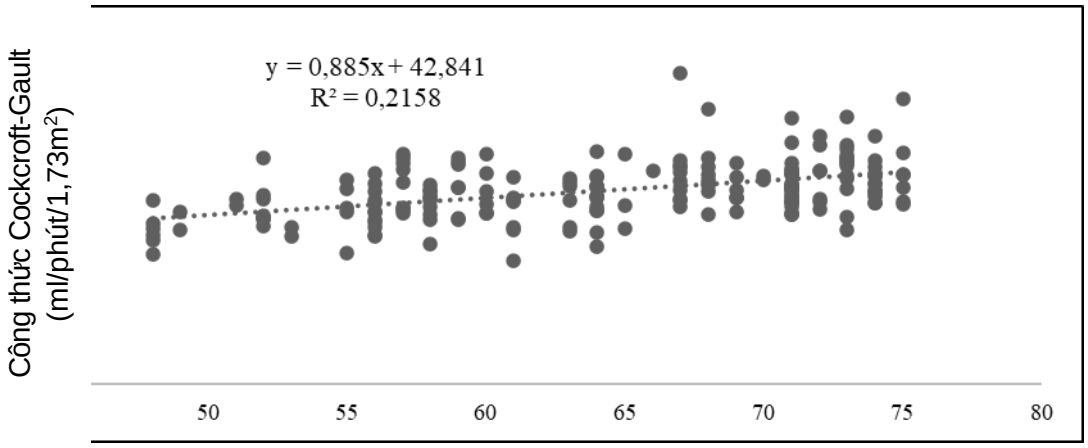
Bảng 2. *Phân bố mức lọc cầu thận theo xạ hình thận*

		MLCT ước tính (ml/phút/1,73m^2)
Thận Phải	X ± SD	56,41±7,36
	Min –Max	28,8-71,00
Thận Trái	X ± SD	59,98±6,56
	Min –Max	42,80-76,90
Tổng của cả 2 thận	X ± SD	128,68±16,15
	Min –Max	90,8-159,5

Nhận xét: MLCT theo xạ hình thận ở thận Phải là 56,41±7,36 ml/phút/1,73m^2 nhỏ hơn thận Trái là 59,98±6,56 ml/phút/1,73m^2 và tổng của cả 2 thận là 128,68±16,15ml/phút/1,73m^2.

Bảng 3*. Tương quan mức lọc cầu thận tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà cân nặng*

	Cockcroft-Gault	**Cân nặng (kg)**
Giá trị TB	99,79±14,72	64,35±7,73
r	0,47	
p	0,000	

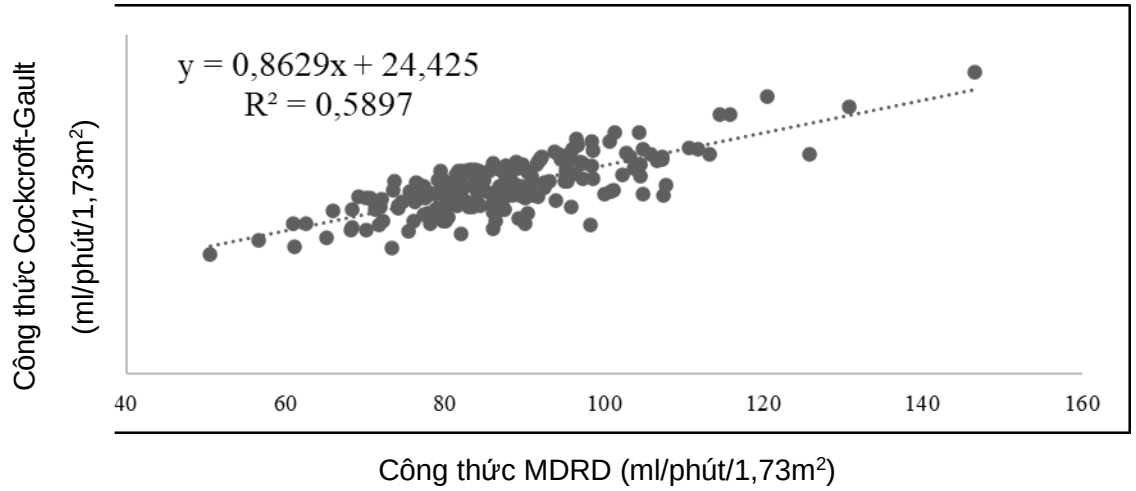


Biểu đồ 1: *Phương trình tương quan giữa mức lọc cầu thận tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà cân nặng.*

Nhận xét: MLCT tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà cân nặng tương quan trung bình theo phương trình y = 0,885x + 42,841 (r=0,47).

Bảng 4. *Tương quan mức lọc cầu thận tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà công thức MDRD.*

	Cockcroft-Gault	**MDRD**	**Hệ số tương quan r**	**p**
MLCT (ml/phút/m^2)	99,79±14,72	87,34±13,10	0,77	0,0000



Biểu đồ 2: *Phương trình tương quan giữa mức lọc cầu thận tính bằng công thức Cockcroft-Gault và công thức MDRD.*

Nhận xét: MLCT tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà công thức MDRD tương quan chặt chẽ theo phương trình y = 0,8629x + 24,425 (r=0,77).

Bảng 5. *Tương quan mức lọc cầu thận tính bằng công thức MDRD và xạ hình thận.*

	MDRD	**Xạ hình thận**	**Hệ số tương quan r**	**P**
MLCT (ml/phút/1,73m^2)	87,34±13,10	128,68±16,15	0,017	0,815

Nhận xét: MLCT tính bằng công thức MDRD và xạ hình thận không có sự tương quan với nhau (p>0,05).

Bảng 6. Tương quan mức lọc cầu thận tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà xạ hình thận.

	Cockcroft-Gault	**Xạ hình thận**	**Hệ số tương quan r**	**P**
MLCT (ml/phút/1,73m^2)	99,79±14,72	128,68±16,15	0,029	0,693

Nhận xét: MLCT tính bằng công thức Cockcroft-Gaultvà xạ hình thận không có sự tương quan với nhau (p>0,05)**.**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo các chỉ số nhân trắc

4.1.1 Sự phân bố theo giới

Giới là một trong những yếu tố có vai trò quan trọng trong đánh giá MLCT. Vì vậy các công thức tính MLCT ước đoán đều dùng đến các hệ số khác nhau khi tính toán MLCT theo giới. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 194 người, trong đó nam giới có tỷ lệ cao hơn chiếm 56,7%.

4.1.2. Sự phân bố theo tuổi

Tuổi ảnh hưởng rất lớn đến chức năng lọc cầu thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,86 ± 0,33. Độ tuổi này thấp hơn so với

các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Trần Hoàng Thái Dương, Amanda J. W. Branten [4], [8].

4.1.3. Về cân nặng và mối liên quan với MLCT

MLCT của mỗi người sẽ thay đổi tùy theo khối lượng cơ thể tương ứng với khối lượng thận. Cân nặng là yếu tố ảnh hưởng đến mức lọc cầu thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cân nặng trung bình là 64,35 ± 7,73, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cân nặng trung bình và các công thức tính MLCT ước đoán, đặc biệt công thức Cockcroft-Gault (p<0,001). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Võ Tam và cộng sự [5].

4.2. Mức lọc cầu thận dựa theo các công thức Cockcroft-Gault, MDRD, xạ hình thận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị MLCT tính theo công thức ước đoán và phương pháp xạ hình thận lần lượt là: theo công thức Cockcroft-Gault: 99,79 ± 14,72 ml/ phút/ 1,73m^2, theo công thức MDRD: 87,34 ± 13,10 ml/ phút/ 1,73m^2, theo phương pháp xạ hình thận: 128,68 ± 16,15 ml/ phút/ 1,73m^2. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả tương tự đối với nhóm bình thường trong nghiên cứu của Võ Tam và cộng sự.

4.3. Mối tương quan MLCT giữa các công thức ước đoán và xạ hình thận

4.3.1. Tương quan giữa công thức Cockcroft-Gault và MDRD

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối tương quan giữa 2 công thức này rất chặt chẽ (r= 0,77), p<0,001. Tuy nhiên, do công thức Cockcroft-Gaultngoài việc dựa vào nồng độ creatinin máu còn dựa vào trọng lượng cơ thể của bệnh nhân nên có thể giảm sự chính xác so với MDRD.Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự những nghiên cứu khác như nghiên cứu của F. Buitrago và Cs, Narinder P Singh, (r= 0,903, p<0,001) hay nghiên cứu của Võ Tam và cs [5], [9], [10].

4.3.2. Tương quan giữa các công thức ước đoán và xạ hình thận

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự tương quan khi tính MLCT giữa công thức Cockcroft-Gaultvà MDRD với xạ hình thận (r= 0,017, r = 0,029, p>0,05).

V. KẾT LUẬN

Về mức lọc cầu thận trung bình theo các công thức ước đoán và xạ hình thận

- Theo công thức Cockcroft-Gault: 99,79 ± 14,72 ml/ phút/ 1,73m^2
- Theo công thức MDRD: 87,34 ± 13,10 ml/ phút/ 1,73m^2
- Theo phương pháp xạ hình thận: 128,68 ± 16,15 ml/ phút/ 1,73m^2

Tương quan giữa các công thức ước đoán và phương pháp xạ hình thận

- Mối tương quan giữa 2 công thức Cockcroft-Gaultvà MDRD rất chặt chẽ (r= 0,77), p < 0,001.
- Không có mối tương quan giữa hai phương pháp này với phương pháp xạ hình thận. Điều này cho thấy ưu thế rõ rệt và sự cần thiết trong việc sử dụng phương pháp xạ hình thận trong lựa chọn thận để ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Hoàng kiệm (2010),** Thận học lâm sàng, Nhà xuất bản y học, tr. 155 – 160, tr. 181 – 201, tr. 336 – 342.
2. **Hà Hoàng Kiệm (2010),** các phương pháp chẩn đoán bệnh thận bằng đồng vị phóng xạ , Nhà xuất bản y học, tr. 27 - 87.
3. **Kellerman G, Đỗ Đình Hồ và Nguyễn Thy Khê (hiệu đính) (2011),** Đánh giá chức năng thận, Sổ tay những kết quả xét nghiệm bất

thường Ấn bản tiếng Việt, Nhà xuất bản Y học, tr. 65 – 77

4. **Trần Hoàng Thái Dương (2013),** " Khảo sát giá trị của công thức MDRD trong đánh giá mức lọc cầu thận ở bệnh nhân Hội chứng thận hư ở người lớn", Luận văn thạc sỹ Y học chuyên ngành y học chức năng, tr.1, tr. 46 – 61.
5. **Võ Tam, Trương Thị Phương Hà (2010),** " Đánh giá chức năng thận bằng hệ số thanh thải ước đoán MDRD ở người bình thường và bệnh nhân suy thận mạn", Tạp chí Nội khoa, tr.131 – 138.
6. **Võ Phụng, Võ Tam (2012),** Bệnh Thận – Tiết niệu, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 54 – 70, tr. 137 – 151.
7. **Vương Tuyết Mai, Nguyễn Thị Hiền (2013),** " Đánh giá chức năng thận ở bệnh nhân ứ nước, ứ mủ bể thận qua kết quả xạ hình thận và mức lọc cầu thận ước tính theo công thức Cockcroft-Gault và MDRD", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản của số 3.
8. **Branten A.J.W., Vervoot G. and Wetzels J.F.M (2005),** " Serum creatinin is a poor marker of GFR in Nephrotic syndrome", Nephrol Dial Transplant, Vol 20, pp. 707 – 711.
9. **F. Buitragol, J. I. Calvo (2008),** " Comparison and agreement of the Cockcroft-Gault and MDRD equations to estimate glomerular filtration rate in diagnosis of occult chronic kidney disease", Nephrologia, 28 (3), pp 301 -310.
10. **Narinder P Singh, Gopal K Ingle et all (2009),** " Prevalence of low GFR, proteinuria and associated risk factor in North India using Cockcroft-Gault and MDRD equation: an observeational, cross – sectional study", BMC Nephrology, 10(4).

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG GAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI CHUẨN BỊ GHÉP THẬN

Lê Thị Hồng Vũ[1], Nguyễn Thúy Quỳnh Mai[1], Tạ Phương Dung[1]
Nguyễn Hữu Nhật[1], Nguyễn Phú Quốc[1], Võ Thị Kim Thanh[1]
Ngô Đồng Dũng[1], Nguyễn Thị Bích Huyên[1], Phan Văn Báu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát tình trạng nhiễm virut viêm gan B, C và một số biểu hiện tổn thương gan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chuẩn bị ghép thận.

Đối tượng và phương pháp: mô tả cắt ngang 139 bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo chu kỳ và lọc màng bụng chuẩn bị ghép thận tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2019. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiền sử bệnh thận và truyền máu, phương pháp điều trị thay thế thận. Khảo sát tỷ lệ nhiễm HBV, HCV, sự biến đổi các enzym gan và bilirubin, đông cầm máu, fibroscan.

Kết quả: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,5 ± 12,3 tuổi, gồm 119 bệnh nhân lọc thận

[1]*Bệnh viện Nhân Dân 115, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: Lê Thị Hồng Vũ.
Email: lethihongvu@hotmail.com
Ngày nhận bài: 5/8/2021
Ngày phản biện: 15/8/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

nhân tạo chu kỳ và 20 bệnh nhân lọc màng bụng. Thời gian lọc máu trung bình 24,09 ± 2,83 tháng. Tăng huyết áp là nguyên nhân chủ yếu gây bệnh thận mạn chiếm 20,1%. Mức lọc cầu thận trước ghép từ 5-14 /ph/1,73m^2 chiếm 56,1%. Tỉ lệ nhiễm HBV là 10,8%, HCV 15,9%, đồng nhiễm HBV và HCV là 1,4%. Tăng ALT, AST, GGT tương ứng với 3,6%, 3,6% và 21,7% theo thứ tự. Tăng bilirubin toàn phần và trực tiếp 0,9% và 8,5%. Fibroscan giảm dần từ F1 đến F4 theo thứ tự 43,2%, 11,5%, 5,8% và 2,2%.

Kết luận: Đánh giá tình trạng nhiễm HBV, HCV và fibroscan trước ghép thận có vai trò quan trọng trong việc quyết định thời điểm phẫu thuật, theo dõi và điều trị sau ghép.

Từ khóa: HBV, HCV, lọc thận nhân tạo chu kỳ, ghép thận.

SUMMARY

HBV, HCV INFECTION AND LIVER ASSESSMENT IN ESRD PATIENTS PRIOR TO KIDNEY TRANSPLANTATION

Objectives: to determine the prevalence of HBV, HCV infection in ESRD patients and their liver assessment prior to kidney transplantation.

Subject and method: a cross-sectional study include 139 ESRD patients preparing for kidney transplantation at People's 115 Hospital from January, 2017 to April, 2019. Noted blood transfusion history, liver disease, history of HBV vaccinated, clinical and subclinical symtoms of patients and renal replacement therapy.Quantity HBV DNA, HCV RNA. Liver fibrosis was assessed by transient elastography.

Results: the study included 119 patients of hemodialysis and 20 patients of peritoneal dialysis. The average age was 44.5 ± 12.3 years. The average renal replacement therapy duration was 24.09 ± 2.83 months. Hypertension was the most common cause of chronic kidney disease (20.1%). 56.1% patients had estimated glomerular filtration rate from 5 to 14ml/min/1.73m^2. Prevalence of HBV, HCV and both HBV, HCV infection were 10.8%; 15.9% and 1.4%, respectively. Elevated ALT, AST and GGT level was seen in 3.6%; 3.6% and 21.7% patients respectively. Total bilirubin and direct bilirubin was elevated in 0.9% and 8.5% patients. The rate of liver fibrosis from F1 to F4 were 43.2%; 11.5%; 5.8% and 2.2% respectively.

Conclusions: Assessment HBV and HCV infection and fibroscan before kidney transplantation is very important for the decision of surgery time, post-transplantation follow-up strategy and long-term outcome of the patients.

***Key words*:** HBV, HCV, ESRD, kidney transplantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá tình trạng nhiễm HBV, HCV và fibroscan trước ghép thận có vai trò quan trọng trong việc quyết định thời điểm ghép thận, theo dõi và điều trị sau ghép. Ghép thận ở bệnh nhân nhiễm HBV và/ hoặc HCV mạn tính có tiên lượng sau ghép xấu hơn người không viêm gan do nguy cơ tái hoạt virut viêm gan B, C sau ghép, xơ gan, ung thư gan, và tỷ lệ thải ghép cao hơn [1],[2],[3]. Đề tài nhằm khảo sát tình trạng nhiễm virut viêm gan B, C và một số biểu hiện tổn thương gan ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chuẩn bị ghép thận tại BV Nhân Dân 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm 139 bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo chu kỳ và lọc màng bụng chuẩn bị ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối do mọi nguyên nhân, đã điều trị thay thế thận từ 3 tháng trở lên và chuẩn bị ghép thận, đồng ý tham gia nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có các biến chứng nặng chưa thể ghép thận được như nhiễm khuẩn đường tiết niệu, lao phổi, suy tim, đột quỵ não cấp, bệnh lý mạch máu ngoại biên…
- Không làm đủ các xét nghiệm cơ bản theo yêu cầu của nghiên cứu.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, mô tả, quan sát hàng loạt ca. Cỡ mẫu thuận tiện
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: các bệnh nhân chuẩn bị ghép thận từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2019 tại khoa Thận Nội – MDG bệnh viện Nhân Dân 115.
- Nội dung nghiên cứu:

. Khai thác bệnh sử liên quan đến điều trị bệnh thận mạn tính: nguyên nhân gây BTM, phương thức điều trị thay thế thận, thời gian lọc máu trước ghép (tháng), nước tiểu tồn lưu, tiền sử bệnh gan và điều trị, trị số huyết áp.

. Khám các triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng

. Xét nghiệm thường quy và chuyên biệt bao gồm: Ure, Creatinin, độ lọc cầu thận. Công thức máu, đông máu, chảy máu. Các enzym gan, bilirubin, albumin và protid máu, biland lipid máu.

. Xét nghiệm HBsAg, anti-HBs, anti-HBc (IgG, IgM), HBeAg, anti-HBe, anti HCV. Định lượng HBV DNA và HCV RNA bằng kỹ thuật ELISA.

. Đo Fibroscan tại Trung Tâm chẩn đoán Y Khoa Medic và BV Nhân Dân 115.

3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

- Chỉ số huyết áp: phân độ tăng huyết áp theo JNC VII (2004)
- Mức độ thiếu máu theo tiêu chuẩn thiếu máu của WHO (2011)
- Chẩn đoán bệnh thận mạn tính theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thận và tiết niệu mạn tính
- Chẩn đoán đái tháo đường theo ADA 2019
- Chẩn đoán nhiễm HBV, HCV theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virut B, C theo Bộ Y Tế năm 2014, 2016
- Tăng AST, ALT, GGT, Bilirubin TP, Bilirubin trực tiếp khi kết quả xét nghiệm cao hơn giá trị tham khảo của phòng xét nghiệm BV Nhân Dân 115 (AST > 37 UI/L, ALT > 41 UI/L, GGT > 61 UL/L, Bilirubin TT > 5,1 umol/L, Bilirubin TP > 17,1 umol/L)
- Phân độ xơ hóa gan bằng bảng đánh giá Fibroscan (kPa).

4. Xử lý số liệu:

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.
- Nghiên cứu không vi phạm đạo đức y học.

III. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 139 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chuẩn bị ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2019 ghi nhận tuổi trung bình trước ghép thận là 44,5±12,3 tuổi, trong đó nam 71,2% và nữ 28,8%. BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,6%. Có 119 BN lọc thận nhân tạo chu kỳ chiếm 85,6% và 20 BN lọc màng bụng chiếm 14,4%. Thời gian điều trị thay thế thận trung bình là 24,09 ± 2,83 tháng. Mức lọc cầu thận trước ghép từ 5-14ml/ph/1,73m^2 chiếm

51,6%, từ 15-30ml/ph/1,73m^2 chiếm 42,4% và <5ml/ph/1,73m^2 chiếm tỷ lệ 1,4%. Đa số bệnh nhân đều còn rất ít nước tiểu <500ml/ ngày chiếm tỷ lệ 76,3%. Tăng Cholesterol toàn phần 18%, tăng LDL-C 8,6% và tăng TG là 38,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 87,1%, đái tháo đường 13,7%. Tỷ lệ bệnh nhân đạt HA tâm thu < 140mmHg và/ hoặc HA tâm trương < 90mmHg chiếm tỷ lệ cao 90,6%. Hb trung bình 11,96 ± 1,81g/dL. Có 30,2% bệnh nhân có tiền căn truyền hồng cầu lắng trước ghép.

Tình trạng nhiễm virut viêm gan b, c và một số biểu hiện tổn thương gan ở bệnh nhân trước ghép thận

Tình trạng nhiễm virut viêm gan B, C ở bệnh nhân trước ghép thận

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm virut viêm gan B, C trong dân số nghiên cứu

Tình trạng nhiễm virut viêm gan B, C	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm gan virut B	15	10,8
Viêm gan virut C	22	15,9
Đồng nhiễm viêm gan virut B, C	2	1,4
Không nhiễm virut viêm gan B, C	100	71,9
Tổng cộng	**139**	**100**

Nhận xét: Số BN không bị nhiễm virut viêm gan B, C chiếm tỷ lệ cao nhất 71,9%; tỷ lệ BN nhiễm HCV cao hơn nhiễm HBV (15,9% so với 10,8%); bệnh nhân đồng nhiễm HBV và HCV chiếm tỷ lệ thấp nhất 1,4%.

Một số biểu hiện liên quan đến tổn thương gan

Bảng 2. Biểu hiện enzym gan và bilirubin

Chỉ số		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
ALT (n= 139)	Bình thường	134	96,4
	Tăng	5	3,6
AST (n= 139)	Bình thường	134	96,4
	Tăng	5	3,6
GGT (n= 139)	Bình thường	109	78,4
	Tăng	30	21,6
Bilirubin toàn phần (n=108)	Bình thường	107	99,1
	Tăng	1	0,9
Bilirubin trực tiếp (n=108)	Bình thường	99	91,6
	Tăng	9	8,4

Nhận xét: Đa số các enzym gan và bilirubin đều ở trong mức bình thường; Tăng GGT gặp với tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào kết quả fibroscan

Độ xơ hóa gan theo Fibroscan	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
F_0	52	37,4

F_1	60	43,2
F_2	16	11,5
F_3	8	5,8
F_4	3	2,2
Tổng cộng	**139**	**100**

Nhận xét: Mức độ xơ hóa gan phân bố từ F_0 đến F_4 với các tỷ lệ khác nhau; tỷ lệ bệnh nhân giảm dần từ F_1 đến F_4.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 139 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chuẩn bị ghép thận cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV là 10,8%, HCV là 15,9%, và 1,4% đồng nhiễm HBV và HCV. Có 71,9% không bị nhiễm virut viêm gan B hoặc C (bảng 3.1). Về tỷ lệ nhiễm HBV, kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Bùi Văn Mạnh là 12,1% nhưng cao hơn Phạm Hồng Ánh năm 2014 (8% so với 10,8%). Tỉ lệ nhiễm HCV và đồng nhiễm HBV và HCV thì thấp hơn hẳn so với các nghiên cứu khác. Về tỷ lệ nhiễm HCV, chúng tôi là 15,9% thấp hơn so với 52,7% của Bùi Văn Mạnh[4] và 42% của Phạm Hồng Ánh [5]. Tỷ lệ nhiễm HBV và HCV ở nhóm bệnh nhân suy thận mạn đã giảm dần theo thời gian nhờ việc hạn chế truyền máu, tăng sử dụng các thuốc sinh hồng cầu và chủng ngừa HBV. Tỷ lệ nhiễm HCV trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như tác giả Trần Xuân Trường năm 2017 trên 404 bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo tại BV Chợ Rẫy là 16,8%. Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B và C cao hơn chúng tôi 20% [6]

Tương tự với một nghiên cứu khác của David W. Johnson và cộng sự trên 173 788 bệnh nhân lọc thận nhân tạo chu kỳ và 27 802 bệnh nhân lọc màng bụng ở các nước Châu Á Thái Bình Dương năm 2009 cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm HBV ở 07 nước Châu Á thay đổi từ 1,3% đến 14,6% và khá đồng đều giữa dân số lọc thận nhân tạo chu kỳ và lọc màng bụng ở Trung Quốc, Hồng Kong, Malaysia và Thái Lan. Tỷ lệ nhiễm HBV của Việt Nam cũng nằm trong giới hạn này [6], [7].

Bảng 2 cho thấy các enzym gan và bilirubin ở các bệnh nhân trước ghép thận. Đa số các chỉ số đều nằm trong giới hạn bình thường. Tăng GGT gặp với tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cũng tương tự với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác khi bàn về GGT ở nhóm bệnh nhân lọc máu định kỳ [9]. GGT ở bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo chu kỳ có thể tăng do stress oxy hóa gây ra bởi suy thận hoặc do dùng thuốc. Tuy nhiên do có sự loãng máu trước lúc lọc máu nên nồng độ GGT có thể giảm hơn so với sau lọc máu. Ngoài ra nồng độ GGT cũng tăng hơn ở các bệnh nhân lọc máu có nhiễm virut viêm gan mạn. Theo nghiên cứu của Fabrizi và cộng sự trên 757 bệnh nhân đang lọc thận nhân tạo chu kỳ cho thấy GGT cao hơn có ý nghĩa ở nhóm nhiễm HBV và hoặc HCV so với nhóm không bị viêm gan. Có 22,2% bệnh nhân lọc thận nhân tạo định kỳ bị viêm gan có tăng GGT [8].

Đánh giá độ đàn hồi gan bằng fibroscan, bảng 4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân phân bố giảm dần từ F0 đến F4 tương ứng với độ xơ hóa gan thay đổi theo các tỷ lệ khác nhau. Tỷ lệ bệnh nhân không có xơ hóa gan theo phân loại Metavir F0 là 37,4%. Có 43,2% bệnh

nhân có fibroscan F1 chiếm tỷ lệ cao nhất, F2 chiếm tỷ lệ 11,5%, F3 và F4 chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 5,8% và 2,2%.

Nghiên cứu của Sunil Taneja và cộng sự trên 68 bệnh nhân suy thận mạn đang lọc thận nhân tạo chu kỳ cho thấy fibroscan giảm có ý nghĩa sau lọc máu. Tỷ lệ fibroscan trong nghiên cứu này ở các giai đoạn từ F0 đến F4 lần lượt là 5,5%, 56,6%, 16,7%, 16,7% và 5,5%. Tỷ lệ bệnh nhân có fibroscan F1 cao nhất 56,6%. Tương tự nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có Fibroscan F1 cũng cao nhất là 43,2%, kế đến là F0 và F2, F3 và F4 có tỷ lệ thấp hơn [9].

V. KẾT LUẬN

Khảo sát 139 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối chuẩn bị ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 01/2017 đến tháng 04/2019 nhận thấy: tỷ lệ nhiễm HBV 10,8%, nhiễm HCV là 15,9%, đồng nhiễm HCV và HBV là 1,4%. Tăng ALT, AST, GGT tương ứng với 3,6%, 3,6% và 21,7%. Tăng bilirubin toàn phần và trực tiếp 0.9% và 8,5%. Fibroscan giảm dần từ F1 đến F4 theo thứ tự là 43,2%, 11,5%, 5,8% và 2,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2006). Quy trình kỹ thuật ghép thận từ người cho sống và ghép gan từ người cho sống. Quyết định số 43 /2006/QĐ-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2006 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. **Marinaki Smaragdi, Kyriaki Kolovou, Stratigoula Sakellariou et al** (2017). "Hepatitis B in renal transplant patients". World J Hepatol, 9(25): p.1054-1063.
3. **Sise M.E** (2018). "Hepatitis C virus infection and the kidney". Nephrology Dialysis Transplantation.34(3): p.415-418.
4. **Trương Quý Kiên, Bùi Văn Mạnh, Nguyễn Trường Giang và cs** (2017). "Nghiên cứu đặc điểm nhiễm virus viêm gan B, C ở bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện quân y 103". Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh. **21**(3): p. 56-61.
5. **Phạm Hồng Ánh** (2014). "Nghiên cứu một số biểu hiện tổn thương gan ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ", Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. **Trần Xuân Trường, Nguyễn Minh Tuấn, Thái Minh Sâm và cs** (2019). "Đánh giá hiệu quả phác đồ Elbasvir/Grazoprevir trong điều trị virus viêm gan C trên bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối chạy thận nhân tạo tại bệnh viện Chợ Rẫy". Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên lần thứ XIII, Hội Tiết Niệu - Thận Học Việt Nam lần thứ V, VUNA – NORTH. p. 351-362.
7. **David W. Johnson, H.D, Qiang Yao, Anders Tranaeus, et al** (2009). "Frequencies of hepatitis B and C infections among haemodialysis and peritoneal dialysis patients in Asia-Pacific countries: analysis of registry data". Nephrol Dial Transplant. 24: p. 1598–1603
8. **Fabrizi F, D.V.A, Qureshi AR, Aucella F, Lunghi et al** (2007). "Gamma glutamyltranspeptidase activity and viral hepatitis in dialysis population". J Artif Organs. 2007. p. 6-15.
9. **Sunil Taneja, A.B, Sahaj Rathi** (2017). "Assessment of Liver Fibrosis by Transient Elastography Should Be Done After Hemodialysis in End Stage Renal Disease Patients with Liver Disease". Digestive Diseases and Sciences p.318.

PHẦN III: NAM HỌC VÀ HỖ TRỢ SINH SẢN

TỶ LỆ MẤT ĐOẠN AZF TRONG HỘI CHỨNG KLINEFELTER

Lê Đình Hiếu[1], Lê Phi Hùng[2], Trần Nhật Thăng[3], Lý Thái Lộc[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng Klinefelter và mất đoạn AZF là các bất thường di truyền thường gặp ở nam giới hiếm muộn. Chúng tôi khảo sát tỷ lệ và đặc điểm mất đoạn AZF ở BN Klinefelter và so sánh với BN vô tinh không bế tắc 46,XY để đánh giá tương quan giữa giữa 2 bất thường di truyền này.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu bệnh án 24 BN Klinefelter 47,XXY vô tinh và 131 BN vô tinh không bế tắc 46,XY tại BV Hùng Vương từ 5/2018 đến 5/2021, ghi nhận thông tin về thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ, nội tiết tố sinh dục nam (Testosterone, FSH), và mất đoạn AZF. Khảo sát mất đoạn nhờ 17 STS (sequence-tagged sites) chuyên biệt ở các vùng AZFa/b/c.

Kết quả: 6 BN (25%) Klinefelter bị mất đoạn, tất cả đều ở AZFc (5 gr/gr và 1 b2/b4), so với 45 BN (34,4%) vô tinh không bế tắc 46,XY bị mất đoạn, gồm 4 AZFbc và 41 AZFc (8 b2/b4, 29 gr/gr và 4 b2/b3). Khác biệt không có ý nghĩa thống kê cả về tỷ lệ và hình thức mất đoạn giữa 2 nhóm ($\chi 2$, p=0,370 và Fisher's Exact, p=1). BN Klinefelter có thể tích tinh dịch và nồng độ Testesterone máu thấp hơn nhưng nồng độ FSH máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY. Tỷ lệ suy sinh dục nam ở BN Klinefelter (70,8%) cao hơn có ý nghĩa thống kê ($\chi 2$, p<0,0001) so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY (32,8%).

Kết luận: Mất đoạn AZF tương đối phổ biến ở BN Klinefelter, trong đó tỷ lệ và hình thức mất đoạn không khác biệt so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY. Mất đoạn AZF không làm tăng nguy cơ bị hội chứng Klinefelter nhưng có thể làm nặng hơn tình trạng suy giảm sinh tinh vốn đã nghiêm trọng trong hội chứng Klinefelter, và do đó, cần được tầm soát ở tất cả BN Klinefelter, nhất là khi BN mong muốn có con nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ICSI).

Từ khoá: mất đoạn AZF, hội chứng Klinefelter, vô tinh không bế tắc.

SUMMARY

FREQUENCIES OF Y-CHROMOSOME MICRODELETIONS IN KLINEFELTER'S SYNDROME

Introduction: Klinefelter's syndrome (KS) and AZF microdeletions are common genetic disorders in male infertility. This study aimed to determine the frequencies and features of AZF microdeletions in KS patients and to compare with those in non-obstructive azoospermic (NOA) patients with normal karyotype in order to assess the association between KS and AZF microdeletions.

Patients and Methods: Medical records of 24 azoospermic KS patients with 47,XXY

[1]Bộ môn Thận-Niệu-Nam Khoa, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Khoa Hiếm Muộn, Bệnh viện Hùng Vương
[3]Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại Học Y Dược TP.HCM
Liên hệ tác giả: Ts. Lê Đình Hiếu.
Email: hlduro2002@yahoo.com
Ngày nhận bài: 7/8/2021
Ngày phản biện: 9/8/2021
Ngày duyệt bài: 5/9/2021

karyotype and 131 NOA patients with 46,XY karyotype were retrospectively studied, collecting data on clinal examination, semen analysis, male sexual hormones (Testosterone, FSH), and AZF microdeletions. AZF microdeletions screening was based on 17 STS (sequence-tagged sites) specific to AZFa/b/c regions.

Results: 6 (25%) KS patients had microdeletions at AZFc region (including 5 gr/gr và 1 b2/b4), in comparison with the fact 45 (34.4%) NOA patients with 46,XY kayotype suffered from microdeletion, including 4 AZFbc and 41 AZFc (8 b2/b4, 29 gr/gr và 4 b2/b3). No statistically significant difference was found in terms of both the frequencies and distribution of microdeletions between the 2 groups (χ^2 test, p=0.370 and Fisher's Exact test, p=1). KS patients had significantly lower semen volume and blood testesterone levels but higher blood FSH levels in regard to NOA patients with 46,XY kayotype. The hypogonadism rate in KS patients (70.8%) was statistically higher than that in NOA patients with 46,XY kayotype (32.8%) (χ^2 test, p<0.0001).

Conclusion: AZF microdeletions were quite common in KS patients, in which its frequencies and distribution were not statistically different from NOA patients with 46,XY kayotype. AZF microdeletions did not increase the risk of KS, however, would further exacerbate the already severely impaired spermatogenesis in KS, and therefore, should be screened in these patients considering assisted reproductive techniques (ICSI).

Keywords: AZF microdeletions, Klinefelter's syndrome, non-obstructive azoospermia (NOA).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Klinefelter là một nhóm các triệu chứng do hiện diện từ hai nhiễm sắc thể (NST) X trở lên ở nam giới. 80% bệnh nhân (BN) có NST đồ 47,XXY; số còn lại có mức độ lệch bội nặng hơn, thể khảm hoặc bất thường cấu trúc NST X. NST X thừa số là do không phân ly các NST giới tính từ bố (50% trường hợp) hoặc từ mẹ (50% trường hợp) trong quá trình tạo tinh trùng và trứng.[1] Mất đoạn NST Y được cho là có thể làm tăng nguy cơ không phân ly do ảnh hưởng đến tái tổ hợp các NST giới tính.[2]

Vùng AZF (azoospermic factor) ở vị trí Yq11.23 chứa các gen có vai trò quan trọng trong quá trình sinh tinh. Các mất đoạn AZF đã được chứng minh làm suy giảm sinh tinh, gây vô tinh hay thiểu tinh.[3] Chúng tôi khảo sát tỷ lệ và đặc điểm mất đoạn AZF ở BN Klinefelter và so sánh với BN vô tinh không bế tắc có NST đồ bình thường (46,XY) để đánh giá tương quan giữa mất đoạn AZF và hội chứng Klinefelter.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu và dữ liệu được thu thập từ bệnh án. Tất cả bệnh nhân (BN) có kết quả nhiễm sắc thể (NST) đồ và mất đoạn AZF từ 5/2018 đến 5/2021 được khảo sát hồ sơ. Các xét nghiệm di truyền này được chỉ định ở BN thiểu tinh và vô tinh và được làm thường qui từ 5/2018 so với trước đó. Các bệnh án có thông tin về thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ và nội tiết tố sinh dục nam (Testosterone và FSH máu) được đưa vào nghiên cứu. Bệnh án khảo sát là bệnh án nam khoa và hoặc bệnh án IVF/ICSI của cặp vợ chồng (hồ sơ giấy và hoặc hồ sơ điện tử). BN có thể được liên lạc qua điện thoại để bổ sung các thông tin không tìm thấy trong bệnh án.

Hầu hết tinh dịch đồ được thực hiện tại Phòng xét nghiệm, Khoa Hiếm Muộn, BV Hùng Vương. Mẫu tinh dịch được lấy tại

bệnh viện sau 2-5 ngày không xuất tinh. Hai mẫu tinh dịch cách nhau 2-4 tuần được phân tích để xác định vô tinh hoặc thiểu tinh nặng. Định lượng Testosterone và FSH (có thể bao gồm cả LH, Estradiol, và Prolactin) ở máu ngoại vi thu thập từ 7 đến 12h sáng và bụng đói. Suy sinh dục nam là khi nồng độ Testosterone máu toàn phần <3 ng/mL.

Nhiễm sắc thể đồ thực hiện bằng kỹ thuật nuôi cấy tế bào lympho máu ngoại vi và nhuộm băng G tại Khoa Di Truyền, BV Hùng Vương. Khảo sát mất đoạn AZF được tiến hành nhờ khuyếch đại các đoạn mồi STS (sequence-tagged sites) chuyên biệt ở các vùng AZFa (Sy84, Sy86, Sy82, Sy83, Sy1065, Sy88), AZFb (Sy127, Sy134, Sy105, Sy121, Sy1192, Sy153), và AZFc (Sy254, Sy255, Sy1191, Sy1291, Sy160), với chứng là các gen SRY (đoạn mồi Sy14) và ZFY. Phân loại mất đoạn dựa trên hướng dẫn của EAA/EMQN (European Academy of Andrology/European Molecular Genetics Quality Network) và Devyser AZF Extension kit (Devyser AB, Hagersten, Sweden). Các kỹ thuật PCR (polymerase chain reaction) và giải trình tự được thực hiện lần lượt trên các máy PCR-9700 và 3130/3130xl Genetic Analyzer của hãng Applied Biosystems (Hoa Kỳ), tại Công ty Cổ Phần Dịch vụ Phân tích Di truyền Gentis - TPHCM.

Dựa trên thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ, nội tiết tố sinh dục nam và NST đồ, BN được phân thành các nhóm nguyên nhân hiếm muộn khác nhau, trong đó có hội chứng Klinefelter và vô tinh không bế tắc 46,XY. Tỷ lệ mất đoạn AZF được khảo sát ở từng nhóm nêu trên.

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Biến số định lượng trình bày dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, và biên độ (giá trị tối thiểu và tối đa); phép kiểm Kolmogorov–Smirnov giúp đánh giá phân bố bình thường của dữ liệu; và phép kiểm T để so sánh số trung bình. Biến số định tính trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ %; và các phép kiểm χ^2 và Fisher's exact để so sánh tỷ lệ %. Trị số p hai đuôi, $p<0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Dữ liệu được mã hoá và không thông qua Uỷ ban Y đức bệnh viện vì là nghiên cứu hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 5/2018 đến 5/2021, 396 BN thiểu tinh và vô tinh có kết quả NST đồ và mất đoạn AZF, thoả tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu; trong đó có 24 BN Klinefelter và 160 BN vô tinh không bế tắc. 131 BN vô tinh không bế tắc có NST đồ bình thường.

Tuổi trung bình ở nhóm Klinefelter và vô tinh không bế tắc 46,XY lần lượt là 33,5 ± 4,2 năm (28 – 44) và 32 ± 5,3 (20 - 51), khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm T, p=0,204). Thời gian từ khi lập gia đình đến khi được chẩn đoán nguyên nhân hiếm muộn là 39,7 ± 38,6 tháng (11 - 152) ở nhóm Klinefelter và 36,6 ± 40,7 (2 - 234) ở vô tinh không bế tắc 46,XY, cũng khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm T, p=0,730).

Tất cả BN Klinefelter có NST đồ 47,XXY và bị vô tinh. Thể tích tinh dịch trung bình là 1,6 ± 0,9 mL (0,1 – 3,6). Sáu (25%) BN có mất đoạn AZFc vùng mở rộng, gồm 5 gr/gr và 1 b2/b4. Nồng độ FSH và LH trung bình lần lượt là 41,8 ± 20,2 IU/L (10,6 – 91,4) và 22,9 ± 8,1 IU/L (3,7 – 39,2). Nồng độ Testesterone trung bình là 2,1 ± 1,5 ng/mL (0,2 – 4,6). Tỷ lệ suy sinh dục nam là 70,8% (17 BN).

Bốn BN Klinefelter không kèm mất đoạn được sinh thiết tinh hoàn với kính vi phẫu

(mTESE: microdissection testicular sperm extraction). Tinh trùng bất động chất lượng kém và tinh tử kéo đuôi được tìm thấy ở 2 BN, có thể dùng cho 1 chu kỳ ROSI (round spermatid injection). Hai BN này là 31 và 32 tuổi. Hai BN không tìm thấy tinh trùng hay tinh tử là 33 và 38 tuổi.

Ở BN vô tinh không bế tắc 46,XY, thể tích tinh dịch trung bình là 2,8 ± 1,5 mL (0,1 – 6,6), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN Klinefelter (phép kiểm T, p<0,0001). Nồng độ trung bình của FSH và LH lần lượt là 19,5 ± 12,8 IU/L (2,5 – 64,6), và 10,1 ± 5,8 IU/L (2,4 – 31,6), đều thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với BN Klinefelter (phép kiểm T, p<0,0001 và p<0,0001). Nồng độ Testesterone trung bình là 3,7 ± 1,6 ng/mL (0,3 – 9,6), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN Klinefelter (phép kiểm T, p<0,0001). Tỷ lệ suy sinh dục nam là 32,8% (43 BN), thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với BN Klinefelter (phép kiểm χ^2, p<0,0001).

45 (34,4%) BN vô tinh không bế tắc 46, XY bị mất đoạn AZF, khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với BN Klinefelter (phép kiểm χ2, p=0,370). Các hình thức mất đoạn gồm AZFbc 4 BN (8,9%) và AZFc 41 BN (91,1%). Các mất đoạn AZFc đều ở vùng mở rộng, gồm 8 BN (19,5%) b2/b4, 29 BN (70,7%) gr/gr và 4 BN (9,8%) b2/b3; không ghi nhận b1/b3. Không khác biệt về hình thức mất đoạn so với BN Klinefelter (phép kiểm Fisher's Exact, p=1). Nồng độ FSH trung bình là 16,6 ± 13,9 và 21,1 ± 12,1 IU/L ở BN có và không có mất đoạn AZF, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm T, p=0,061).

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng Klinefelter gặp ở 0,1-0,2% nam giới và 10-15% nam giới vô tinh không bế tắc. Nguyên nhân do lệch bội NST sắc thể giới tính, dẫn tới thoái hoá các ống sinh tinh xảy ra từ trước dậy thì, và do đó, hyalin hoá gần như hoàn toàn các ống sinh tinh ở tuổi trưởng thành, mặc dù một số ít ống sinh tinh vẫn còn chức năng sinh tinh.[1] Tất cả BN Klinefelter trong nghiên cứu này bị vô tinh, mặc dù một số ít BN (<24 tuổi), đã được ghi nhận trong y văn, có thể biểu hiện thiểu tinh nặng (<1 x 10^6/mL, kể cả ẩn tinh).[4] Do đó, cơ hội tìm thấy tinh trùng trong tinh dịch càng lớn nếu mẫu tinh dịch được lấy ở BN càng trẻ trước khi biểu mô mầm sinh tinh bị phá huỷ.

BN Klinefelter trong nghiên cứu này có thể tích tinh dịch thấp hơn BN vô tinh không bế tắc 46,XY. Nồng độ Testosterone máu cũng thấp hơn đáng kể, tương ứng tỷ lệ suy sinh dục nam cao hơn 2 lần so với vô tinh không bế tắc 46,XY. Do đó, các biểu hiện suy sinh dịch nam và rối loạn tình dục rất thường gặp ở BN Klinefelter.[5] Thiếu hụt Testosterone là hậu quả của giảm sản xuất các nội tiết tố steroid ở tế bào Leydig do giảm hoạt tính men hydroxysteroid dehydrogenase liên quan đến môi trường chuyển hoá không thuận lợi trong tinh hoàn, và thường đi kèm tăng nồng độ LH máu, gợi ý tình trạng đề kháng tác dụng của LH ở tinh hoàn.[6] Trong nghiên cứu này, nồng độ LH cao hơn đáng kể ở BN Klinefleter so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY.

Nồng độ FSH cao ở BN Klinefelter trong nghiên cứu này là biểu hiện phổ biến ở hội chứng Klinefelter, và cao hơn đáng kể so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY. Không có tương quan giữa nồng độ FSH và tình trạng mất đoạn AZF ở BN vô tinh không bế tắc 46,XY trong nghiên cứu này; tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khác biệt với các nghiên cứu khác mà theo đó nồng độ FSH cao hơn ở

BN có mất đoạn so với BN không mất đoạn.[7, 8]

Kỹ thuật ly trích tinh trùng tiên tiến (mTESE) kết hợp với các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hiện đại (ICSI: intracytoplasmic sperm injection) đã cho phép một số BN Klinefelter có thể có con bằng chính tinh trùng của mình. Một phân tích gộp gần đây cho thấy tỷ lệ tìm thấy tinh trùng ở BN Klinefelter là 45% (38-52%) nhờ mTESE, tương tự như ở BN vô tinh không bế tắc do các nguyên nhân khác.[9]

Tỷ lệ mất đoạn AZF ở BN Klinefelter trong nghiên cứu này là 25%, gồm 5 trường hợp gr/gr và 1 trường hợp b2/b4. Trong 1 nghiên cứu tương tự với chúng tôi sử dụng 24 STS, Li và cs. khảo sát 111 BN Klinefelter vô tinh 47,XXY tại Tứ Xuyên, Trung Quốc, ghi nhận 12 trường hợp gr/gr, 13 trường hợp b2/b3, 2 trường hợp chỉ mất 1 đoạn mồi ở vùng AZFc mở rộng, và 1 trường hợp mất đoạn AZFc vùng cơ bản kết hợp với mất đoạn AZFb và AZFc vùng mở rộng. Tỷ lệ mất đoạn AZF trong nghiên cứu của Li và cs. là 25,2%.[10] Một nghiên cứu khác tại Đan Mạch sử dụng 12 STS ghi nhận 3 trường hợp gr/gr và 3 trường hợp b2/b3 ở 77 BN Klinefelter theo dõi tại Khoa Nhi và Khoa Nam Học, tương ứng với tỷ lệ mất đoạn là 7,8%.[2] Tuy nhiên, cũng có những nghiên cứu không ghi nhận gia tăng tần suất mất đoạn AZF ở BN Klinefelter: 0% trong nghiên cứu của Zhang và cs.[11] (80 BN, 9 STS) tại vùng Đông Bắc Trung Quốc; 0% trong nghiên cứu của Choe và cs.[12] (95 BN, 5 STS) tại Hàn Quốc; 0,48% trong nghiên cứu của Simoni và cs.[13] (208 BN, 11 STS) tại Đức; và 0,84% trong nghiên cứu của Sciarra và cs.[14] (118 BN, 9 STS) tại Ý.

Các mất đoạn NST Y có thể ảnh hưởng đến giảm phân ở giai đoạn tái tổ hợp các NST giới tính, và do đó, làm tăng nguy cơ không phân ly, là nguồn gốc của hội chứng Klinefelter.[2] Thực tế, đã có nghiên cứu cho thấy mất đoạn b2/b4 đi kèm với tăng tần suất các tinh trùng không thể nhiễm sắc (nullisomy) và hai thể nhiễm sắc (XY disomy), mà hậu quả là nguy cơ 47,XXY ở trẻ sinh ra sau ICSI.[15] Tuy nhiên, câu hỏi liệu mất đoạn AZF có làm tăng nguy cơ lệch bội NST giới tính lại không được xác nhận trong các nghiên cứu so sánh tần suất mất đoạn AZF ở BN Klinefelter và nhóm chứng là BN vô tinh không bế tắc 46,XY, mà theo đó tỷ lệ mất đoạn AZF thấp hơn nhiều ở BN Klinefelter so với nhóm chứng và không có khác biệt về hình thức mất đoạn giữa 2 nhóm.[2, 10, 14] Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ và hình thức mất đoạn AZF cũng không khác biệt giữa BN Klinefelter và nhóm chứng. Do đó, mất đoạn AZF và hội chứng Klinefelter có thể là các bất thường di truyền riêng biệt.[11] Vì nam giới với hội chứng Klinefelter là nhóm BN tương đối phổ biến ở các đơn vị nam khoa và hiếm muộn và mất đoạn AZF thường gặp ở nam giới hiếm muộn, sẽ có sự trùng hợp ngẫu nhiên cả 2 bất thường di truyền này ở 1 BN.[2] Hơn nữa, nếu mất đoạn AZF làm tăng nguy cơ hội chứng Klinefelter, sẽ có sự gia tăng tần suất hội chứng Klinefelter ở các bé trai sinh ra, là con của những BN nam bị mất đoạn có thể làm bố nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ICSI). Mặc dù các bé trai sinh ra nhờ ICSI bị di truyền mất đoạn AZF, đến hiện tại, chưa ghi nhận hội chứng Klinefelter ở các bé trai sinh ra có bố bị mất đoạn AZF.[15]

Mặt khác mất đoạn AZF có thể làm nặng hơn tình trạng suy giảm sinh tinh vốn đã nghiêm trọng trong hội chứng Klinefelter vì các mất đoạn b2/b4, gr/gr và b1/b3 được xem là yếu tố nguy cơ hiếm muộn nam. Đối với

mối liên hệ giữa mất đoạn b2/b3 và hiếm muộn nam, các nghiên cứu cho kết quả khác nhau: không tương quan ở các nghiên cứu từ Hà Lan, Úc và Hoa Kỳ, nhưng tương quan ở các nghiên cứu từ Chi Lê, Mông Cổ và Trung Quốc và ở một số sắc tộc.[3] Rajpert-De Meyts và cs.[2] cũng nhận thấy những mất đoạn lớn của NST Y có thể làm mất luôn phần còn lại của NST Y ở một tỷ lệ tế bào nhất định và tạo ra các lệch bội NST giới tính dạng khảm (45,X /46,XY, 45,X /46,XdelYq…), tương tự như ghi nhận của Patsalis và cs.[16]

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng 17 STS đặc hiệu cho vùng AZF, trong đó có 6 STS khảo sát vùng AZF cơ bản theo khuyến cáo của EAA/EMQN (European Academy of Andrology / European Molecular Genetics Quality Network).[17] Dù vậy, việc phân tích mất đoạn đã không được thực hiện đồng nhất ở mọi BN. Một số BN chỉ đuọc chỉ định khảo sát ở vùng cơ bản. Do đó, các mất đoạn ở vùng mở rộng có thể bị bỏ sót.

V. KẾT LUẬN

Mất đoạn AZF tương đối phổ biến ở BN Klinefelter, trong đó tỷ lệ và hình thức mất đoạn không khác biệt so với BN vô tinh không bế tắc 46,XY. Mất đoạn AZF không làm tăng nguy cơ bị hội chứng Klinefelter nhưng có thể làm nặng hơn tình trạng suy giảm sinh tinh vốn đã nghiêm trọng trong hội chứng Klinefelter, và do đó, cần được tầm soát ở tất cả BN Klinefelter, nhất là khi BN mong muốn có con nhờ các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản (ICSI).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lanfranco F, Kamischke A, Zitzmann M, Nieschlag E.** Klinefelter's syndrome. Lancet. 2004;364:273-283.
2. **Rajpert-De Meyts E, Ottesen AM, Garn ID, Aksglaede L, Juul A.** Deletions of the Y chromosome are associated with sex chromosome aneuploidy but not with Klinefelter syndrome. Acta Paediatr. 2011;100:900-902.
3. **Colaco S, Modi D.** Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. Reprod Biol Endocrinol. 2018;16:14.
4. **Krausz C, Forti G.** Sperm cryopreservation in male infertility due to genetic disorders. Cell Tissue Bank. 2006;7:105-112.
5. **Radicioni AF, Ferlin A, Balercia G, et al**. Consensus statement on diagnosis and clinical management of Klinefelter syndrome. J Endocrinol Invest. 2010;33:839-850.
6. **Belli S, Santi D, Leoni E, et al.** Human chorionic gonadotropin stimulation gives evidence of differences in testicular steroidogenesis in Klinefelter syndrome, as assessed by liquid chromatography-tandem mass spectrometry. Eur J Endocrinol. 2016;174:801-811.
7. **Zaimy MA, Kalantar SM, Sheikhha MH, et al.** The frequency of Yq microdeletion in azoospermic and oligospermic Iranian infertile men. Iran J Reprod Med. 2013;11:453-458.
8. **Bahmanimehr A, Zeighami S, Namavar Jahromi B, et al.** Detection of Y Chromosome Microdeletions and Hormonal Profile Analysis of Infertile Men undergoing Assisted Reproductive Technologies. Int J Fertil Steril. 2018;12:173-177.
9. **Corona G, Pizzocaro A, Lanfranco F, et al.** Sperm recovery and ICSI outcomes in Klinefelter syndrome: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod Update. 2017;23:265-275.

10. **Li LX, Dai HY, Ding XP, et al.** Investigation of AZF microdeletions in patients with Klinefelter syndrome. Genet Mol Res. 2015;14:15140-15147.
11. **Zhang HG, Zhang ZB, Wang RX, et al**. Male infertility in Northeast China: molecular detection of Y chromosome microdeletions in azoospermic patients with Klinefelter's syndrome. Genet Mol Res. 2013;12:4972-4980.
12. **Choe JH, Kim JW, Lee JS, Seo JT.** Routine screening for classical azoospermia factor deletions of the Y chromosome in azoospermic patients with Klinefelter syndrome. Asian J Androl. 2007;9:815-820.
13. **Simoni M, Tuttelmann F, Gromoll J, Nieschlag E**. Clinical consequences of microdeletions of the Y chromosome: the extended Munster experience. Reprod Biomed Online. 2008;16:289-303.
14. **Sciarra F, Pelloni M, Faja F, et al.** Incidence of Y chromosome microdeletions in patients with Klinefelter syndrome. J Endocrinol Invest. 2019;42:833-842.
15. **Ferlin A, Arredi B, Speltra E, et al.** Molecular and clinical characterization of Y chromosome microdeletions in infertile men: a 10-year experience in Italy. J Clin Endocrinol Metab. 2007;92:762-770.
16. **Patsalis PC, Skordis N, Sismani C, et al.** Identification of high frequency of Y chromosome deletions in patients with sex chromosome mosaicism and correlation with the clinical phenotype and Y-chromosome instability. Am J Med Genet A. 2005;135:145-149.
17. **Krausz C, Hoefsloot L, Simoni M, Tuttelmann F, European Academy of A, European Molecular Genetics Quality N.** EAA/EMQN best practice guidelines for molecular diagnosis of Y-chromosomal microdeletions: state-of-the-art 2013. Andrology. 2014;2:5-19.

TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM MẤT ĐOẠN AZF Ở NAM GIỚI HIẾM MUỘN

Lê Đình Hiếu[1], Đặng Thị Huyền[2], Lê Phi Hùng[2], Trần Nhật Thăng[3], Lý Thái Lộc[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mất đoạn AZF (azoospermic factor) là nguyên nhân di truyền thường gặp nhất gây hiếm muộn nam. Tầm soát AZF được khuyến cáo khi giảm số lượng tinh trùng. Nghiên cứu xác định tần suất và đặc điểm mất đoạn AZF ở nam giới hiếm muộn tại BV Hùng Vương.

Đối tượng và phương pháp: 526 BN hiếm muộn nam có kết quả mất đoạn AZF, thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ, nội tiết tố sinh dục nam, và nhiễm sắc thể (NST) đồ được hồi cứu hồ sơ từ 5/2018 đến 5/2021. Có 4 nhóm BN: vô tinh, thiểu tinh rất nặng, nặng và vừa hay nhẹ.

[1]Bộ môn Thận-Niệu-Nam Khoa, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
[2]Khoa Hiếm Muộn, Bệnh viện Hùng Vương
[3]Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại Học Y Dược TP.HCM
Liên hệ tác giả: Ts. Lê Đình Hiếu.
Email: hlduro2002@yahoo.com
Ngày nhận bài: 7/8/2021
Ngày phản biện: 9/8/2021
Ngày duyệt bài: 5/9/2021

Kết quả: Tỷ lệ mất đoạn AZF là 25,9%, gồm AZFc (92,6%) và AZFbc (7,4%). Các mất đoạn AZFc đều xảy ra ở vùng mở rộng, gồm b2/b4 (18 BN, 14,3%), b2/b3 10,2% (11 BN, 8,7%) và gr/gr (97 BN, 77%); không ghi nhận b1/b3. Tỷ lệ mất đoạn AZF tăng theo mức độ giảm số lượng tinh trùng: cao nhất ở vô tinh không bế tắc (33,5%) và thiểu tinh rất nặng (32,9%), và thấp hơn ở thiểu tinh nặng (23,9%) (phép kiểm χ^2, p<0,0001). Mất đoạn AZF cũng ghi nhận ở 11,1% thiểu tinh vừa hay nhẹ. 38/396 BN (9,6%) được làm NST đồ có bất thường NST, gồm hội chứng Klinefelter (24), thể khảm 45X/46XY (1), đảo đoạn/chuyển đoạn (9), và bất thường cấu trúc NST khác (4). Tỷ lệ mất đoạn AZF ở NST đồ bình thường và bất thường là 25,9% và 26,3%. Tỷ lệ mất đoạn AZF ở vô tinh không bế tắc 46XY, hội chứng Klinefelter, chuyển đoạn/đảo đoạn NST và bất sản ODT bẩm sinh lần lượt là 34,4%, 25%, 22,2% và 11,4%. Một thể khảm 45X/46XY cũng kèm mất đoạn AZF.

Kết luận: Mất đoạn AZF khá phổ biến ở nam giới hiếm muộn do giảm số lượng tinh trùng nặng (<5 x 10^6/mL) và có thể xảy ra đồng thời với bất thường NST. Vì mất đoạn AZF cũng gặp ở 1 trên 10 BN thiểu tinh vừa hay nhẹ, cân nhắc chỉ định tầm soát AZF theo khuyến cáo và thực tế ở Việt Nam cũng như các yếu tố khác của cặp vợ chồng hiếm muộn.

Từ khoá: mất đoạn AZF, nhiễm sắc thể đồ, thiểu tinh, vô tinh, hiếm muộn nam.

SUMMARY

FREQUENCIES AND CHARACTERISTICS OF Y CHROMOSOME MICRODELETIONS IN INFERTILE MALES

Introduction: AZF (azoospermic factor) microdeletions are the most common genetic cause of male infertility. AZF microdeletion screening is recommended in case of reduced sperm counts. This study was aimed at determining the frequencies and characteristics of AZF microdeletions at Hung Vuong hospital.

Patients and Methods: 526 infertile men whose medical records contained information about physical examination, spermatogram, male sexual hormones, AZF microdeletion and karyotype were recruited between May 2018 and May 2021. Patients were categorized in 4 groups: azoospermia and very severe / severe / moderate or mild oligozoospermia.

Results: The rate of AZF microdeletions was of 25.9%, consisting of AZFc (92.6%) and AZFbc (7.4%). All AZFc microdeletions occurred in the extended region, including b2/b4 (18 patients, 14.3%), b2/b3 (11 patients, 8.7%), and gr/gr (97 patients, 77%); b1/b3 was not found. The rate of AZF microdeletions increased with the severity of sperm count reduction: higher in nonobstructive azoospermia (33.5%) and very severe oligozoospermia (32.9%), and lower in severe oligozoospermia (23.9%) (χ^2 test, p<0.0001). AZF microdeletions were also found in 11.1% of moderate or mild oligozoospermia.

38/396 patients (9.6%) who were indicated for karyotype had chromosomal disorders, including Klinefelter's syndrome (24), 45X/46XY mosaicism (1), inversion/translocation (9), and other chromosomal structural anomalies (4). The rate of AZF microdeletions among patient with and without chromosomal anomalies were similar (25.9% and 26.3%, respectively). The rates of AZF microdeletions were 34.4%, 25%, 22.2% and 11.4%, respectively, in nonobstructive azoospermia with 46XY karyotype, Klinefelter's syndrome, inversion/translocation, and congenital absence of vas deferens. One 45X/46XY mosaicism patient had AZF microdeletion.

Conclusions: AZF microdeletions are quite common in infertile men caused by severely reduced sperm counts (<5 x 10^6/mL) and could occur simultaneously with chromosomal anomalies. Since AZF microdeletions could be found in approximately one over ten oligozoospermic patients, AZF microdeletion screening should be considered in respect of global and regional recommendations, clinical practice in Vietnam and infertile couples' related factors.

Key words: AZF microdeletions, karyotype, oligozoospermia, azoospermia, male infertility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiếm muộn nam là tình trạng bệnh lý phức tạp, đa yếu tố, ảnh hưởng khoảng 7% nam giới. Bất thường di truyền là nguyên nhân của 20-25% trường hợp hiếm muộn nam nặng, gây ra các rối loạn chức năng của trục nội tiết hạ đồi – tuyến yên, các bất thường về số lượng và chất lượng tinh trùng, cũng như bế tắc đường sinh dục nam.[1]

Vùng AZF (azoospermic factor) ở vị trí Yq11.23 chứa các gen có vai trò quan trọng trong quá trình sinh tinh. Các đột biến hay mất đoạn ở vùng này đã được chứng minh làm suy giảm sinh tinh, gây vô tinh hay thiểu tinh.[2] Chúng tôi khảo sát tỷ lệ và các đặc điểm mất đoạn AZF ở nam giới hiếm muộn do bất thường số lượng tinh trùng tại Bệnh viện Hùng Vương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu và dữ liệu được thu thập từ bệnh án. Tất cả bệnh nhân (BN) có xét nghiệm mất đoạn AZF từ 5/2018 đến 5/2021 được khảo sát hồ sơ. Xét nghiệm AZF được chỉ định ở BN bị thiểu tinh và vô tinh, và thường kèm với khảo sát nhiễm sắc thể (NST) đồ. Thời điểm 5/2018 được chọn vì các xét nghiệm di truyền này được làm thường qui so với trước đó. Các bệnh án có thông tin về thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ và nội tiết tố sinh dục nam (Testosterone và FSH máu) được đưa vào nghiên cứu. Bệnh án khảo sát là bệnh án nam khoa và hoặc bệnh án IVF/ICSI của cặp vợ chồng, có thể là hồ sơ giấy hoặc hồ sơ điện tử. BN có thể được liên lạc qua điện thoại để bổ sung các thông tin không tìm thấy trong bệnh án.

Hầu hết tinh dịch đồ được thực hiện tại Phòng xét nghiệm, Khoa Hiếm Muộn, Bệnh viện Hùng Vương. Mẫu tinh dịch được lấy tại bệnh viện sau 2-5 ngày không xuất tinh. Hai mẫu tinh dịch cách nhau 2-4 tuần được phân tích để xác định tình trạng vô tinh hoặc thiểu tinh nặng. Định lượng nồng độ Testosterone, Estradiol, FSH, LH và Prolactin ở lần thăm khám đầu tiên, trên mẫu máu ngoại vi thu thập từ 7 đến 12h sáng và bụng đói. Suy sinh dục nam được xác nhận khi nồng độ Testosterone máu toàn phần <3 ng/mL.

Khảo sát mất đoạn AZF được tiến hành nhờ khuyếch đại các đoạn mồi STS (sequence-tagged sites) chuyên biệt ở các vùng AZFa (Sy84, Sy86, Sy82, Sy83, Sy1065, Sy88), AZFb (Sy127, Sy134, Sy105, Sy121, Sy1192, Sy153), và AZFc (Sy254, Sy255, Sy1191, Sy1291, Sy160), với chứng là các gen SRY và ZFY. Phân loại mất đoạn dựa trên hướng dẫn của EAA/EMQN (European Academy of Andrology/European Molecular Genetics Quality Network) và Devyser AZF Extension kit (Devyser AB, Hagersten,

Sweden). Các kỹ thuật PCR (polymerase chain reaction) và giải trình tự được thực hiện lần lượt trên các máy PCR-9700 và 3130/3130xl Genetic Analyzer của hãng Applied Biosystems (Hoa Kỳ), tại Công ty Cổ Phần Dịch vụ Phân tích Di truyền Gentis - TPHCM. Nhiễm sắc thể đồ được thực hiện bằng kỹ thuật nuôi cấy tế bào lympho ở máu ngoại vi và nhuộm băng G tại Khoa Di Truyền, Bệnh viện Hùng Vương.

Khi phân tích số liệu, BN được phân thành 4 nhóm theo bất thường số lượng tinh trùng: vô tinh, thiểu tinh rất nặng (<1 $x10^6$/mL), nặng (1 - <5 $x10^6$/mL), và vừa hay nhẹ (5≤ và <15 $x10^6$/mL). Dựa trên thăm khám lâm sàng, tinh dịch đồ, nội tiết tố sinh dục nam và NST đồ, BN được phân thành 5 nhóm nguyên nhân hiếm muộn: vô tinh không bế tắc 46XY, hội chứng Klinefelter, thể khảm 45X/46XY, chuyển đoạn và đảo đoạn NST, và bất sản ống dẫn tinh (ODT) bẩm sinh. Tỷ lệ mất đoạn AZF được khảo sát ở từng nhóm nêu trên.

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Biến số định lượng trình bày dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, và biên độ (giá trị tối thiểu và tối đa); biến số định tính dưới dạng tần số và tỷ lệ %. Các phép kiểm định thống kê χ^2 và Fisher's exact để so sánh tỷ lệ %; T test và One-way Anova test để so sánh số trung bình với ngưỡng ý nghĩa thống kê p <0.05. Dữ liệu được mã hoá và không thông qua Uỷ ban Y đức bệnh viện vì là nghiên cứu hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 5/2018 đến 5/2021, 526/546 BN có kết quả AZF và thoả tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Hai mươi BN không đưa vào nghiên cứu có kết quả AZF âm tính, là BN ở phòng khám tư của các bác sĩ làm việc tại Bệnh viện Hùng Vương, do đó không có hồ sơ lưu. Một số BN không thể liên lạc qua điện thoại hoặc không cung cấp thông tin dù đồng ý qua điện thoại.

Mất đoạn AZF xảy ra ở 136 BN (25,9%). AZFc thường gặp nhất (126 BN, 92,6%), tiếp theo là AZFbc (10 BN, 7,4%). Không ghi nhận AZFa, AZFb hay các mất đoạn kết hợp khác. Các mất đoạn AZFc đều xảy ra ở vùng mở rộng, gồm b2/b4 (18 BN, 14,3%), b2/b3 (11 BN, 8,7%) và gr/gr (97 BN, 77%); không ghi nhận b1/b3.

Biểu hiện kiểu hình trên tinh dịch đồ của các trường hợp mất đoạn AZF rất đa dạng. AZFbc gây vô tinh ở tất cả BN. b2/b4 đa số gây vô tinh 61,1% (11 BN); thiểu tinh chiếm 38,9% (7 BN). gr/gr đa số gây thiểu tinh 56,7% (55 BN); vô tinh chiếm 43,3% (42 BN, trong đó 4 BN gr/gr kèm bất sản ODT bẩm sinh). Đặc biệt, b2/b3 gây vô tinh ở đa số trường hợp 63,6% (7 BN, trong đó 1 BN b2/b3 kèm bất sản ODT bẩm sinh); thiểu tinh chiếm 36,4% (4 BN).

Vô tinh bế tắc được chẩn đoán ở 64 BN (12,2%), gồm 44 trường hợp bất sản ODT bẩm sinh (68,8%) và 20 trường hợp bế tắc đường sinh dục nam (31,2%; liên quan nhiễm trùng, triệt sản, hoặc không rõ nguyên nhân). Vô tinh không bế tắc gặp ở 194 BN (36,9%). Số BN thiểu tinh rất nặng, nặng và vừa hay nhẹ lần lượt là 85 BN (16,2%), 138 BN (26,2%) và 45 BN (8,6%). Tỷ lệ mất đoạn AZF cao nhất ở nhóm vô tinh không bế tắc (65 BN, 33,5%) và thiểu tinh rất nặng (28 BN, 32,9%), và thấp hơn ở nhóm thiểu tinh nặng (33 BN, 23,9%) và vừa hay nhẹ (5 BN, 11,1%). Khác biệt tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê (χ^2, p<0,0001). Năm BN vô tinh bế tắc có mất đoạn AZF đều là bất sản ODT bẩm sinh.

NST đồ được thực hiện ở 396/526 BN, trong đó 38 BN (9,6%) có bất thường về số lượng hoặc cấu trúc NST, bao gồm hội chứng Klinefelter (24 BN), thể khảm 45X/46XY (1 BN), đảo đoạn (7 BN), chuyển đoạn (2 BN), và các bất thường cấu trúc NST khác (4 BN). Tỷ lệ mất đoạn AZF ở BN có NST đồ bình thường và bất thường lần lượt là 25,9% (93 BN) và 26,3% (10 BN). Mười BN có bất thường NST đồ kết hợp với mất đoạn AZF gồm hội chứng Klinefelter và gr/gr (5 BN), hội chứng Klinefelter và b2/b4 (1 BN), thể khảm 45X/46XY và AZFbc (1 BN), đảo đoạn và gr/gr (2 BN), và 46X, der(Y) và AZFbc (1 BN).

Tỷ lệ bất thường NST cũng khác biệt có ý nghĩa thống kê (Fisher's Exact, p<0,0001) giữa các nhóm BN theo số lượng tinh trùng. Các tỷ lệ này lần lượt là 18,1% (29/160 BN), 5,9% (4/68 BN), 4,7% (4/85 BN), và 0% (0/25 BN) ở vô tinh không bế tắc, thiểu tinh rất nặng, nặng, và vừa hay nhẹ, và là 1,7% (1/58) ở vô tinh bế tắc.

Tỷ lệ mất đoạn AZF cao nhất ở BN vô tinh không bế tắc với NST đồ bình thường (45/131 BN hay 34,4%), kế đến là hội chứng Klinefelter (6/24 BN hay 25%), chuyển đoạn và đảo đoạn NST (2/9 BN hay 22,2%) và bất sản ODT bẩm sinh (5/44 BN hay 11,4%). Một trường hợp thể khảm 45X/46XY cũng kèm mất đoạn AZF.

Vô tinh không bế tắc có nồng độ Testosterone thấp nhất và thấp hơn có ý nghĩa thống kê (One-way Anova và Post-hoc test, p<0,01) so với các nhóm khác khi phân tích theo số lượng tinh trùng. Không có khác biệt về nồng độ Testosterone giữa các nhóm khi loại trừ vô tinh không bế tắc (**Bảng 1**). Tỷ lệ suy sinh dục nam cao nhất ở nhóm vô tinh không bế tắc (38,7%) và gần gấp đôi các nhóm khác (18,8%, 24,6%, 22,2% và 20,3% lần lượt ở thiểu tinh rất nặng, nặng, vừa hay nhẹ và vô tinh bế tắc) (χ^2 test, p<0,001). Tỷ lệ này tính chung ở 526 BN là 28,1% (148 BN).

Nồng độ FSH ở nhóm vô tinh không bế tắc là cao nhất và cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,0001) so với các nhóm khác. Nồng độ FSH cũng tăng cao ở BN thiểu tinh rất nặng và cao hơn các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p<0,01), trừ vô tinh không bế tắc. Không có khác biệt về nồng độ FSH giữa vô tinh bế tắc, thiểu tinh nặng và vừa hay nhẹ (p>0,05) (**Bảng 1**). Nồng độ LH ở nhóm vô tinh không bế tắc cũng cao nhất và cao hơn có ý nghĩa thống kê (p<0,0001) so với các nhóm khác. Nồng độ LH ở BN thiểu tinh rất nặng không khác biệt so với thiểu tinh nặng, vừa hay nhẹ, trừ vô tinh bế tắc và vô tinh không bế tắc (p>0,05)

Bảng 1. Nồng độ nội tiết tố sinh dục nam theo số lượng tinh trùng.

Mật độ tinh trùng	**Testosterone** (ng/mL)	**FSH** (IU/L)	**LH** (IU/L)
Vô tinh bế tắc	n=64 4,91 ± 1,99 [1,99 - 11,38]	n=64 4,41 ± 1,93 [1,33 - 10,2]	n=63 4,59 ± 1,90 [1,59 - 9,82]
Vô tinh không bế tắc	n=194 3,46 ± 1,68 [0,03 - 9,57]	n=194 22,62 ± 15,96 [0.15 - 91,40]	n=193 12,09 ± 7,92 [0,10 - 39,20]

Thiểu tinh rất nặng	n=85 4,74 ± 1,96 [1,31 - 12,3]	n=85 12,15 ± 9,33 [1,70 - 40,85]	n=83 7,62 ± 3,68 [2,04 - 20,89]
Thiểu tinh nặng	n=138 4,14 ± 1,60 [0,35 - 11]	n=138 6,52 ± 4,77 [1,14 - 48,55]	n=132 6,18 ± 3,53 [2,08 - 33,47]
Thiểu tinh vừa hay nhẹ	n=45 4,50 ± 1,84 [1,73 - 10,40]	n=45 6,81 ± 4,98 [1,97 - 32,80]	n=45 6,28 ± 4,48 [2,58 - 28,90]

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mất đoạn AZF là 25,9%. Tỷ lệ này tính chung trên toàn thế giới là 1/4000 nam giới và 1/12 nam giới hiếm muộn, và khác biệt rất nhiều giữa các vùng địa lý. Ở Châu Á, tỷ lệ này là 8-9%, trong đó cao nhất ở Đông Á và Đông Nam Á, phản ánh những khác biệt về quần thể nghiên cứu, cỡ mẫu, phương pháp thực hiện, ảnh hưởng của chủng tộc hay sắc tộc và cơ sở di truyền NST Y (haplogroup) lên xu hướng bị mất đoạn AZF.[2]

Hầu hết mất đoạn AZF trong nghiên cứu này xảy ra ở vùng AZFc, tiếp theo là AZFbc, phù hợp với các nghiên cứu trong y văn. Theo đó, AZFc là hình thức mất đoạn thường gặp nhất, tiếp theo là AZFa, AZFb và các hình thức mất đoạn phối hợp (AZFbc, AZFab, AZFac hay AZFabc). Tuy nhiên, tần suất của các kiểu mất đoạn này cũng khác nhau giữa các nghiên cứu.[2]

Mất đoạn AZF gặp chủ yếu ở nam giới hiếm muộn và được xem là nguyên nhân gây vô tinh hay thiểu tinh. Tuy nhiên, mức độ bất thường số lượng tinh trùng tuỳ thuộc vào hình thức mất đoạn (vị trí và kích thước đoạn bị mất). Đối với mất đoạn AZFc, 50% BN biểu hiện vô tinh không bế tắc và 50% thiểu tinh.[3] Các mất đoạn AZFc thường chỉ làm giảm số bản sao của các họ gen liên quan đến sinh tinh, do đó, biểu hiện lâm sàng thường là thiểu tinh, mặc dù vô tinh cũng có thể gặp.[2] Trong nghiên cứu này, mất đoạn b2/b4 đa số gây vô tinh, trong khi mất đoạn gr/gr đa số gây thiểu tinh. Cá biệt, b2/b3 lại biểu hiện vô tinh ở đa số trường hợp. Các nghiên cứu về mối liên hệ giữa mất đoạn b2/b3 và hiếm muộn nam cho kết quả khác nhau: không tương quan ở các nghiên cứu từ Hà Lan, Úc và Hoa Kỳ, nhưng tương quan ở các nghiên cứu từ Chi Lê, Mông Cổ và Trung Quốc và ở một số sắc tộc.[2]

Các nghiên cứu loạt trường hợp, tiến cứu ghi nhận giảm dần số lượng và chất lượng tinh trùng theo thời gian ở một số BN bị mất đoạn AZFc. Chúng tôi cũng ghi nhận thực tế lâm sàng này. Do đó, tất cả BN mất đoạn AZFc cần được trữ đông tinh trùng nếu có tinh trùng trong tinh dịch.[2]

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mất đoạn AZF tăng theo mức độ bất thường số lượng tinh trùng: cao nhất ở BN vô tinh không bế tắc và thiểu tinh rất nặng, và thấp hơn ở BN thiểu tinh nặng. Hội Niệu Khoa Hoa Kỳ (AUA, phiên bản 2010 và 2020)[4], Hội Niệu Khoa Châu Âu (EAU, phiên bản 2012 và 2019)[5], Hội Nam Khoa Châu Âu (EAA, phiên bản 2013)[6], và Hội Y Học Sinh Sản Hoa Kỳ (ASRM, phiên bản 2015 và 2020)[7] đều khuyến cáo tầm soát AZF ở BN vô tinh không bế tắc và thiểu tinh rất nặng hay nặng (0< và <5 x 10^6/mL), dựa trên cơ sở tỷ lệ mất

đoạn AZF ở các trường hợp trên lần lượt là 8-12% và 3-7% so với chỉ 0,7% nếu >5 x 10^6/mL. Tuy nhiên, một phân tích gộp gần đây (năm 2019) cho thấy ở BN thiểu tinh, mất đoạn AZF chủ yếu tìm thấy ở BN thiểu tinh rất nặng (<1 x 10^6/mL). Phân tích gộp này gồm 18 nghiên cứu thực hiện tại Châu Âu và Bắc Mỹ, trên 10800 nam giới hiếm muộn, nhận thấy tỷ lệ mất đoạn AZF là 5% (KTC 95% = 3.6–6.8) đối với thiểu tinh rất nặng, 0,8% (KTC 95% = 0.5–1.3) thiểu tinh nặng và 0,5% (KTC 95% = 0.2–0.9%) thiểu tinh vừa hay nhẹ.[8] Như vậy, tỷ lệ mất đoạn AZF ở BN thiểu tinh nặng trong phân tích gộp này ít hơn nhiều so với các ước tính trước đây và tương tự với ngưỡng >5 x 10^6/mL mà tầm soát mất đoạn AZF không được khuyến cáo. Một nghiên cứu đơn trung tâm tại Ý, trên 372 nam giới hiếm muộn vừa công bố năm nay cho thấy mất đoạn AZF chỉ gặp ở BN với mật độ tinh trùng <2 x 10^6/mL.[9] Lưu ý các khuyến cáo và nghiên cứu nói trên tiến hành trên người da trắng ở Châu Âu và Bắc Mỹ, nơi có tỷ lệ mất đoạn AZF thấp hơn nhiều so với Châu Á. Đặc biệt, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khoảng 10% BN thiểu tinh vừa hay nhẹ cũng bị mất đoạn AZF. Dù cần thêm chứng cứ từ các nghiên cứu tương tự, nghiên cứu này gợi ý ngưỡng tầm soát AZF ở Việt Nam và Châu Á (Đông Nam Á) có thể khác với các nước phương Tây.

Tỷ lệ bất thường NST tính chung trong nghiên cứu này là 9,6%. Tỷ lệ này ở các nghiên cứu khác dao động từ 3% đến 19%, và cao hơn 10 lần so với dân số chung (0,4-0,6%).[3] Chúng tôi cũng thấy tỷ lệ này tăng theo mức độ bất thường số lượng tinh trùng: cao nhất ở BN vô tinh không bế tắc (18,1%), thấp hơn ở BN thiểu tinh rất nặng và nặng (lần lượt là 5,9% và 4,7%), và không gặp ở BN thiểu tinh vừa hay nhẹ. Hội Niệu Khoa Hoa Kỳ (AUA, phiên bản 2010 và 2020)[4] và Hội Niệu Khoa Châu Âu (EAU, phiên bản 2019)[5] khuyến cáo thực hiện NST đồ khi mật độ tinh trùng <5 x 10^6/mL và <10 x 10^6/mL. Ở bệnh viện Hùng Vương, khảo sát NST đồ được thực hiện đồng thời với phân tích mất đoạn AZF ở BN có chỉ định tầm soát AZF. Hiện tại, ngoài mật độ tinh trùng, không có bất kỳ chỉ số đáng tin cậy nào khác giúp tiên đoán bất thường NST.[3]

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mất đoạn AZF ở BN có NST đồ bình thường và bất thường là tương tự nhau (25,9% và 26,3%); và mất đoạn AZF có thể xảy đồng thời với bất thường NST (tỷ lệ cao nhất ở BN vô tinh không bế tắc với NST đồ bình thường (34,4%), kế đến là BN với hội chứng Klinefelter (25%), và đảo đoạn và chuyển đoạn NST (22,2%)).

Tỷ lệ bị hội chứng Klinefelter ở BN có bất thường NST giới tính là 10-38,5%.[10] Các nghiên cứu trước đây không ghi nhận mất đoạn AZF ở hội chứng này, có thể liên quan đến cỡ mẫu và số lượng hạn chế các đoạn mồi STS chuyên biệt cho vùng AZF. Vì thế có ý kiến cho rằng phân tích NST đồ trước khi phân tích mất đoạn AZF có thể giúp tiên đoán sự cần thiết khảo sát AZF, [11] thậm chí không cần tầm soát AZF ở BN Klinefelter.[12] Tuy nhiên, gần đây ngày càng nhiều báo cáo ghi nhận các mất đoạn AZF ở BN Klinefelter. 25% BN Klinefelter trong nghiên cứu này có mất đoạn AZF, gồm 5 mất đoạn gr/gr và 1 mất đoạn b2/b4. Li và cs. báo cáo tỷ lệ mất đoạn gr/gr và b2/b3 ở BN Klinefelter vô tinh và nhóm chứng với tinh dịch đồ bình thường không khác biệt, và do đó các mất đoạn bán phần này không phải là yếu tố bệnh sinh của hội chứng Klinefelter hay có liên quan với biểu hiện vô tinh trong

hội chứng Klinefelter.[10, 12] BN Klinefelter có thể bị mất đoạn AZF, và tầm soát các mất đoạn này có thể cần thiết cho chẩn đoán, đặc biệt ở BN mong muốn làm các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản.[10]

FSH, LH và Testosterone là các nội tiết tố sinh dục quan trọng ở nam giới hiếm muộn, cần được khảo sát để làm sáng tỏ nguyên nhân hiếm muộn. Nghiên cứu này cho thấy có sự khác biệt về nồng độ Tesosterone và FSH giữa vô tinh không bế tắc và thiểu tinh rất nặng so với các nhóm khác khi phân tích theo số lượng tinh trùng. Tuy nhiên, trị số của các hormone này không có giá trị tiên lượng khả năng sinh tinh vì có khoảng biên độ rộng và trùng lắp giữa các nhóm.[9]

Hạn chế của nghiên cứu này là chưa đánh giá thể tích tinh hoàn ở các nhóm và không so sánh giữa các hình thức mất đoạn AZF. Lý do vì thể tích tinh hoàn được đánh giá chủ quan qua thăm khám lâm sàng và không được ghi nhận đầy đủ trong bệnh án; hình thức mất đoạn hầu hết là AZFc và số trường hợp ở các phân nhóm ít, không có ý nghĩa thống kê. Ở một số trường hợp, mất đoạn chỉ được tầm soát ở mức tối thiểu (6 đoạn mồi chuyên biệt STS cho các vùng AZFa, AZFb, và AZFc), do đó có thể bị bỏ sót. Dù xét nghiệm di truyền có thể giúp chẩn đoán nguyên nhân ở 20-25% nam giới hiếm muộn,[1] 25% BN (130/526 BN) trong nghiên cứu này không được khảo sát NST đồ. Xét nghiệm nội tiết sinh dục nam, dù quan trọng trong chẩn đoán nguyên nhân hiếm muộn, chưa được thực hiện một cách nhất quán: Testosterone và FSH được định lượng ở tất cả BN trong khi LH, và đặc biệt Estradiol và Prolactin có thể không được chỉ định.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này tiến hành trên một số lượng lớn BN với nhiều dữ liệu được thu thập, gồm số lượng tinh trùng, nội tiết tố sinh dục nam, mất đoạn AZF và bất thường NST, cho thấy mất đoạn AZF khá phổ biến ở nam giới hiếm muộn do giảm số lượng tinh trùng nặng ($<5 \times 10^6$/mL) và có thể xảy ra đồng thời với các bất thường NST. Vì mất đoạn AZF cũng gặp ở 1 trên 10 BN thiểu tinh vừa hay nhẹ trong nghiên cứu này, cần cân nhắc chỉ định tầm soát AZF theo khuyến cáo và thực tế ở Việt Nam cũng như các yếu tố khác của cặp vợ chồng hiếm muộn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Krausz C, Cioppi F, Riera-Escamilla A.** Testing for genetic contributions to infertility: potential clinical impact. Expert Rev Mol Diagn. 2018;18:331-346.
2. **Colaco S, Modi D.** Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. Reprod Biol Endocrinol. 2018;16:14.
3. **Liu JL, Pena V, Fletcher SA, Kohn TP.** Genetic testing in male infertility - reassessing screening thresholds. Curr Opin Urol. 2020;30:317-323.
4. **Schlegel PN, Sigman M, Collura B, et al.** Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline Part I. J Urol. 2021;205:36-43.
5. **Jungwirth A, Diemer T, Kopa Z, et al.** EAU Guideline: Male Infertility. https://uroweb.org/guideline/male-infertility/#1. 2019.
6. **Krausz C, Hoefsloot L, Simoni M, Tuttelmann F, European Academy of A, European Molecular Genetics Quality N.** EAA/EMQN best practice guidelines for molecular diagnosis of Y-chromosomal

microdeletions: state-of-the-art 2013. Andrology. 2014;2:5-19.

7. **Diagnostic evaluation of the infertile male:** a committee opinion. Fertil Steril. 2015:e18-e25.
8. **Kohn TP, Kohn JR, Owen RC, Coward RM.** The Prevalence of Y-chromosome Microdeletions in Oligozoospermic Men: A Systematic Review and Meta-analysis of European and North American Studies. Eur Urol. 2019;76:626-636.
9. **Gumus E, Kati B, Pelit ES, Ordek E, Ciftci H**. A different look at genetic factors in individuals with non-obstructive azoospermia or oligospermia in our research study: To whom, which threshold, when, in what way? Rev Int Androl. 2021;19:41-48.
10. **Li LX, Dai HY, Ding XP, et al**. Investigation of AZF microdeletions in patients with Klinefelter syndrome. Genet Mol Res. 2015;14:15140-15147.
11. **Akinsal EC, Baydilli N, Dundar M, Ekmekcioglu O.** The frequencies of Y chromosome microdeletions in infertile males. Turk J Urol. 2018;44:389-392.
12. **Sciarra F, Pelloni M, Faja F, et al**. Incidence of Y chromosome microdeletions in patients with Klinefelter syndrome. J Endocrinol Invest. 2019;42:833-842.

MẤT ĐOẠN GR/GR TRÊN NHIỄM SẮC THỂ Y KÈM BẤT SẢN BẨM SINH ỐNG DẪN TINH HAI BÊN - BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Lê Đình Hiếu[1], Lê Phi Hùng[2], Trần Nhật Thăng[3], Lý Thái Lộc[2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Kết hợp mất đoạn b1/b3 kèm sinh tinh bình thường và bất sản bẩm sinh ống dẫn tinh (ODT) hai bên mới được báo cáo gần đây. Chúng tôi trình bày 4 trường hợp bị mất đoạn gr/gr với các biểu hiện sinh tinh khác nhau kèm bất sản bẩm sinh ODT hai bên.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo loạt trường hợp bệnh.

Kết quả: Bốn bệnh nhân (BN) đều có các chỉ số tinh dịch đồ gợi ý vô tinh bế tắc [thể tích (0.4-1 mL) và pH (6.5-7.0) tinh dịch đều thấp] và bất sản túi tinh 2 bên. Ngoài mất đoạn gr/gr, bốn BN đều có các yếu tố nguy cơ gây giảm sinh tinh: thuốc lá và rượu bia (BN 1 và 2), quai bị (BN 3) và nghề nghiệp lao động nặng nhọc, giãn tĩnh mạch tinh trái và suy giảm chức năng tinh hoàn (BN 4). Ở BN 1 và 2, sinh tinh được xem như bình thường vì có thể chọc hút mào tinh dễ dàng lấy tinh trùng. Ở BN 3 và 4, chọc hút mào tinh không tìm thấy tinh trùng, phải ly trích tinh trùng từ tinh hoàn (TESE: testicular sperm extraction) với chất lượng tinh trùng tốt hơn ở BN 2 so với BN 3.

[1]*Bộ môn Thận-Niệu-Nam Khoa, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch*
[2]*Khoa Hiếm Muộn, Bệnh viện Hùng Vương*
[3]*Bộ môn Phụ Sản, Trường Đại Học Y Dược TP.HCM*
Liên hệ tác giả: Ts. Lê Đình Hiếu
Email: hlduro2002@yahoo.com
Ngày nhận bài: 7/8/2021
Ngày phản biện: 9/8/2021
Ngày duyệt bài: 5/9/2021

Kết luận: Theo hiểu biết của chúng tôi, đây có thể là những trường hợp lâm sàng đầu tiên trong y văn mô tả kết hợp mất đoạn gr/gr với biểu hiện sinh tinh khác nhau và bất sản bẩm sinh ODT hai bên. Cần thêm nhiều báo cáo tương tự để tiếp tục nghiên cứu cơ chế bệnh sinh và tiên lượng.

Từ khoá: mất đoạn gr/gr, bất sản bẩm sinh ống dẫn tinh, sinh thiết tinh hoàn qui ước.

SUMMARY

INFERTILE PATIENTS WITH Y-CHROMOSOME GR/GR DELETION AND CONGENITAL BILATERAL ABSENCE OF VAS DEFERENS

Background and Aims: An infertile man with Y-chromosome b1/b3 deletion presenting as normal spermatogenesis and congenital bilateral absence of vas deferens (CBAVD) has just been reported in the literature. We report 4 infertile men suffering from Y-chromosome gr/gr deletion with varying levels of spermatogenesis and CBAVD.

Patients and methods: This is a case-series report.

Results: Four patients had typical seminal-fluid parameters of an obstructive azoospermia (low sperm volume and pH) due to CBAVD in association with bilateral seminal vesicle agenesis detected by transrectal ultrasound. Besides gr/gr deletion, risk factors for impaired spermatogenesis were also found, including heavy cigarette smoking and alcohol consumption in patient 1 and 2, history of mumps parotitis in patient 3, and varicoceles of the left testis and hypogonadism in patient 4. In patient 1 and 2, spermatogenesis was considered as normal as mobile spermatozoa could be easily aspirated via PESA technique. In patients 3 and 4, sperms were not found via PESA technique but could be extracted via TESE technique. Bilateral testicular biopsies showed severe hypospermatogenesis in patients 3 and 4.

Conclusion: To our knowledge, these could be the first clinical cases in the literature describing the combination of Y-chromosome gr/gr deletion with CBAVD. More cases need to be accumulated to assess the effects of theses congenital anomalies on spermatogenesis.

Keywords: gr/gr deletion, congenital absence of vas deferens, TESE: testicular sperm extraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhánh dài nhiễm sắc thể Y (Yq) chứa một số gen quan trong cho quá trình sinh tinh, tập trung ở 3 vùng AZFa, AZFb và AZFc. Mất đoạn hoàn toàn AZFa hoặc AZFb có thể gây vô tinh.[1] Mất đoạn AZFc thường gặp nhất, gồm mất đoạn hoàn toàn (b2/b4) và mất đoạn bán phần (b1/b3, b2/b3 và gr/gr).

Mất đoạn gr/gr được xem là yếu tố nguy cơ gây thiểu tinh và vô tinh (OR=1.76, KTC 95% = 1,21–2,66) hơn là nguyên nhân.[2] Chúng tôi trình bày 4 trường hợp mất đoạn gr/gr với biểu hiện sinh tinh khác nhau đi kèm bất sản bẩm sinh ống dẫn tinh (ODT) hai bên.

II. TRÌNH BÀY BỆNH ÁN

BỆNH NHÂN 1

Bệnh nhân (BN) nam, sinh năm 1988. Vợ sinh năm 1989, chưa có thai từ lúc lập gia đình (1/2015). BN hút thuốc 10 điếu/ngày từ 15 năm nay, nhậu 1 lần/tuần (khoảng 5-6 lon bia/lần, 15 năm). BN là công nhân ngành may mặc.

BN cao 160 cm, nặng 58 kg. Khám bìu: tinh hoàn phải và trái 15 và 17 mL, mào tinh 2 bên căng, ODT 2 bên không sờ thấy, không giãn tĩnh mạch tinh 2 bên.

Tinh dịch đồ: 1 mL, pH 6,5, không có tinh

trùng. Siêu âm qua trực tràng: không có túi tinh 2 bên, thể tích (38 x 31 x 26 mm) và cấu trúc tiền liệt tuyến bình thường. Khảo sát trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn: T 3,14ng/mL, E_2 21,67 pg/mL, tỷ số T/E_2 13,68, FSH 3,75 IU/L, LH 2,35 IU/L, Prolactin 15,61 ng/mL.

Nhiễm sắc thể đồ 46XY và mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr).

BN được chẩn đoán 'vô tinh do bất sản ODT hai bên kèm mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr), có yếu tố nguy cơ thuốc lá và bia'. BN được tư vấn di truyền và đồng ý phẫu thuật lấy tinh trùng để thực hiện ICSI (intracytoplasmic sperm injection).

Chọc hút mào tinh trái qua da có nhiều tinh trùng di động đủ thực hiện 3 chu kỳ ICSI.

BỆNH NHÂN 2

Bệnh nhân (BN) nam, sinh năm 1990. Vợ sinh năm 1990, chưa có thai từ lúc lập gia đình (11/2019). BN hút thuốc 10 điếu/ngày trong vòng 10 năm nay và bỏ thuốc lá từ 4 năm nay, nhậu 1-2 lần/tuần (khoảng 7-8 lon bia/lần, 10 năm). BN là tài xế xe tải.

BN cao 170 cm, nặng 62 kg. Khám bìu: tinh hoàn phải và trái 17 và 18 mL, mào tinh 2 bên căng, ODT 2 bên không sờ thấy, không giãn tĩnh mạch tinh 2 bên.

Tinh dịch đồ: 1,5 mL, pH 7, không có tinh trùng. Siêu âm qua trực tràng: không có túi tinh 2 bên, thể tích (40 x 30 x 23 mm) và cấu trúc tiền liệt tuyến bình thường. Khảo sát trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn: T 5,21ng/mL, E_2 15,1 pg/mL, tỷ số T/E_2 32,6, FSH 2,55 IU/L, LH 4,84 IU/L, Prolactin 13,4ng/mL.

Nhiễm sắc thể đồ 46XY và mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr).

BN được chẩn đoán 'vô tinh do bất sản ODT hai bên kèm mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr), có yếu tố nguy cơ thuốc lá và bia'. BN được tư vấn di truyền và đồng ý phẫu thuật lấy tinh trùng để thực hiện ICSI.

Chọc hút mào tinh trái qua da có nhiều tinh trùng di động đủ thực hiện 2 chu kỳ ICSI.

BỆNH NHÂN 3

BN nam, sinh năm 1990. Vợ sinh năm 1990, chưa có thai từ lúc lập gia đình (9/2017). Tiền căn quai bị lúc 15 tuổi. BN là nhân viên quản lý siêu thị.

BN cao 168 cm, nặng 63 kg. Khám bìu: tinh hoàn phải và trái 20 và 15 mL, mào tinh 2 bên không căng – mềm, ODT 2 bên không sờ thấy, không giãn tĩnh mạch tinh 2 bên.

Tinh dịch đồ: 0,4 mL, pH 7, không có tinh trùng. Siêu âm qua trực tràng: không có túi tinh 2 bên, thể tích (32 x 30 x 21 mm) và cấu trúc tiền liệt tuyến bình thường. Khảo sát trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn: T 3,20ng/mL, E_2 26,48 pg/mL, tỷ số T/E_2 11,4, FSH 3,83 IU/L, LH 3,62 IU/L, Prolactin 10,60 ng/mL.

Nhiễm sắc thể đồ 46XY và mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr).

BN được chẩn đoán 'vô tinh do bất sản ODT hai bên kèm mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr), có yếu tố nguy cơ quai bị. BN được tư vấn di truyền và đồng ý phẫu thuật lấy tinh trùng để thực hiện ICSI.

Chọc hút mào tinh 2 bên qua da: không có tinh trùng. Sinh thiết tinh hoàn 2 bên (nhu mô vàng óng và ráp) có tinh trùng di động đủ thực hiện 1-2 chu kỳ ICSI.

Giải phẫu bệnh lý mô tinh hoàn: teo tinh hoàn hỗn hợp (mixed testicular atrophy). Tỷ lệ có tinh trùng dài bên phải là 6/62 = 9,6% (điểm Johnsen 1), và bên trái là 16/112 = 14,3% (điểm Johnsen 1).

BỆNH NHÂN 4

BN nam, sinh năm 1983. Vợ sinh năm 1995, chưa có thai từ lúc lập gia đình (5/2017). BN là công nhân đi xà lan chở vật liệu xây dựng.

BN cao 165 cm, nặng 65 kg. Khám bìu: tinh hoàn phải và trái 15 và 13 mL, mào tinh 2 bên không căng – mềm, ODT 2 bên không sờ thấy, giãn tĩnh mạch tinh trái độ 2.

Tinh dịch đồ: 0,7 mL, pH 7, không có tinh trùng. Siêu âm qua trực tràng: không có túi tinh 2 bên, thể tích (44 x 29 x 28 mm) và cấu trúc tiền liệt tuyến bình thường. Khảo sát trục hạ đồi – tuyến yên – tinh hoàn: T 2.44 ng/mL, E_2 16,58 pg/mL, tỷ số T/E_2 13,9, FSH 9,51 IU/L, LH 6,35 IU/L, Prolactin 16,54 ng/mL.

Nhiễm sắc thể đồ 46XY và mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr).

BN được chẩn đoán vô tinh do bất sản ODT hai bên kèm mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr), có yếu tố nguy cơ giãn tĩnh mạch thừng tinh và suy giảm hormone sinh dục nam.

BN được dùng hCG 5000 IU/tuần, tiêm bắp trong 3 tháng và xét nghiệm nội tiết tố mỗi tháng. hMG 75 IU x 2 lần/tuần được sử dụng kết hợp ở tháng thứ 3 vì giảm thấp FSH (1,32 IU/L) và LH (0,73 IU/L) trong quá trình điều trị. Kết quả nội tiết tố ngay trước phẫu thuật lấy tinh trùng: T 4,11 ng/mL, E_2 22,70 pg/mL, tỷ số T/E_2 17,1, FSH 2,79IU/L, LH 1,19 IU/L, Prolactin 21,90 ng/mL. BN được tư vấn di truyền và đồng ý phẫu thuật lấy tinh trùng để thực hiện ICSI.

Chọc hút mào tinh 2 bên qua da: không có tinh trùng. Sinh thiết tinh hoàn 2 bên (nhu mô vàng nhạt và ít ráp) có nhiều tinh trùng dạng D, không đủ thực hiện ICSI.

Giải phẫu bệnh lý mô tinh hoàn: teo tinh hoàn hỗn hợp. Tỷ lệ có tinh trùng dài bên phải là 12/75 = 16% (điểm Johnsen 2), bên trái là 8/52 = 15,4% (điểm Johnsen 2).

III. BÀN LUẬN

Đây là những trường hợp lâm sàng đầu tiên ghi nhận kết hợp mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr) và bất sản bẩm sinh ODT hai bên. Chúng tôi chỉ định thường qui xét nghiệm nhiễm sắc thể đồ (karyotype) và AZF ở tất cả BN vô tinh không bế tắc và thiểu tinh nặng (<5 x 10^6/mL), kể cả bất sản bẩm sinh ODT, nhờ đó có thể phát hiện các trường hợp này.

Tuy nhiên, chỉ định xét nghiệm di truyền trong tiếp cận hiếm muộn nam hiện chưa có đồng thuận, đặc biệt đối với AZF. Trong khi Hội Y Học Sinh Sản Hoa Kỳ (American Society of Reproductive Medicine) khuyến cáo cả 2 xét nghiệm (karyotype và AZF) ở nam giới hiếm muộn chuẩn bị làm ICSI thì NICE (National Institute for Health and Care Excellence) chỉ khuyến cáo karyotype. Mặc dù xét nghiệm AZF thường không được chỉ định ở BN có bất thường nhiễm sắc thể (NST), vô tinh bế tắc và suy chức năng tinh hoàn thứ phát do suy chức năng trục hạ đồi – tuyến yên, nhiều báo cáo cho thấy mất đoạn AZF có thể xảy ra ở các trường hợp này (chẳng hạn ở hội chứng Klinefelter và giãn tĩnh mạch thừng tinh). Do đó, bất kỳ chẩn đoán nào đi kèm với vô tinh hay thiểu tinh nặng cũng nên là chỉ định xét nghiệm AZF.[3] Cơ sở lý luận cho khuyến cáo này có thể tham khảo chi tiết ở tài liệu tham khảo 3 và 4.[3, 4]

Do đó, chúng tôi tin rằng nếu xét nghiệm AZF có thể thực hiện thường qui trong bất sản bẩm sinh ODT, sẽ có nhiều báo cáo hơn trong tương lai về mất đoạn AZF đi kèm và do đó, giúp đánh giá đầy đủ hơn về các tác động lên quá trình sinh tinh của các bất thường bẩm sinh này. Gần đây, Kuroda và

cs. báo cáo trường hợp đầu tiên kết hợp mất đoạn b1/b3 kèm sinh tinh bình thường và bất sản bẩm sinh ODT hai bên.[5]

Hai nghiên cứu lớn tại 2 trung tâm nam khoa và hiếm muộn tại Thổ Nhĩ Kỳ, lần lượt trên 500 BN vô tinh hoặc thiểu tinh nặng (<5 x 10^6/mL) và 1616 BN hiếm muộn nam, được công bố gần đây không ghi nhận mất đoạn AZF hay bất thường nhiễm sắc thể ở trường hợp nào trong 35 và 114 trường hợp bất sản bẩm sinh ODT, tương ứng.[6, 7] Do đó, 4 BN của chúng tôi có thể là những trường hợp đầu tiên trong y văn mô tả kết hợp mất đoạn gr/gr và bất sản bẩm sinh ODT hai bên.

Biểu hiện sinh tinh ở 4 trường hợp mất đoạn gr/gr trong báo cáo này rất khác nhau. Ở trường hợp 1 và 2, quá trình sinh tinh có thể xem là bình thường vì chọc hút mào tinh thu được dễ dàng nhiều tinh trùng di động, tinh hoàn kích thước bình thường và mào tinh căng, dù BN có yếu tố nguy cơ về lối sống. Ở trường hợp 3, quá trình sinh tinh bị suy giảm có thể liên quan đến tiền căn quai bị của BN, thể hiện ở kích thước tinh hoàn trái nhỏ hơn phải, mào tinh không căng, và chọc hút mào tinh không tìm thấy tinh trùng. Ở trường hợp 4, quá trình sinh tinh bị suy giảm nặng hơn liên quan đến tình trạng suy giảm chức năng tinh hoàn, giãn tĩnh mạch thừng tinh và nghề nghiệp lao động nặng nhọc, thể hiện ở kích thước tinh hoàn 2 bên giảm, mào tinh không căng, nồng độ FSH và LH ở giới hạn trên của ngưỡng giá trị bình thường, và chọc hút mào tinh không tìm thấy tinh trùng.

Vì mất đoạn gr/gr cũng tìm thấy ở nam giới có số lượng tinh trùng bình thường và nam giới đã có ít nhất 1 con mà không cần hỗ trợ sinh sản, sự hiện diện của mất đoạn gr/gr không nhất thiết dẫn tới hiếm muộn nam. Các phân tích gộp cho thấy mất đoạn gr/gr tương quan có ý nghĩa với tình trạng thiểu tinh (<20 x 10^6/mL) chứ không phải vô tinh.[2,8] Do đó, ở nam giới vô tinh, phải có ít nhất một yếu tố nguy cơ khác thêm vào.

Cần lưu ý rằng các mất đoạn gr/gr, được xác định dựa trên sự biến mất của chỉ thị phân tử sY1291 và sự hiện diện của chỉ thị phân tử sY1191, là biểu hiện chung đối với các mất đoạn do tái tổ hợp giữa các đoạn lặp DNA (amplicon) g1/g2, r1/r3 hoặc r2/r4. Mất đoạn gr/gr làm mất 2 trong 4 bản sao gen DZA, 1 trong 2 bản sao gen CDY1 và 1 trong 3 bản sao gen BPY2.[9] Khác biệt ở các điểm gãy làm mất các bản sao gen khác nhau có thể ảnh hưởng đến tình trạng sinh tinh của bệnh nhân.[2]

Bốn bệnh nhân này có các chỉ số tinh trùng đồ gợi ý vô tinh bế tắc [thể tích (0.4-1mL) và pH (6.5-7.0) tinh dịch đều thấp] kèm bất sản túi tinh 2 bên phát hiện nhờ siêu âm qua trực tràng. Bất sản bẩm sinh ODT hai bên là nguyên nhân của 25-30% trường hợp vô tinh bế tắc. Bất sản bẩm sinh ODT hai bên đơn thuần được xem là bệnh lý di truyền thể lặn đi kèm với gen CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance).[10] 78% bệnh nhân bất sản bẩm sinh ODT hai bên có ít nhất 1 đột biến gen CFTR.[11] Xét nghiệm đột biến gen CFTR được khuyến cáo ở nam giới hiếm muộn bị bất sản bẩm sinh ODT một hoặc hai bên.[12]

Khảo sát đột biến gen CFTR ở 4 BN này chưa được thực hiện vì bệnh viện chúng tôi chưa có điều kiện khảo sát thường qui gen CFTR và giá thành hiện nay của xét nghiệm này tại Việt Nam chưa khả thi với đa số BN.

IV. KẾT LUẬN

Chúng tôi trình bày 4 trường hợp lâm sàng kết hợp mất đoạn bán phần AZFc (gr/gr) với biểu hiện sinh tinh khác nhau và

bất sản bẩm sinh ODT hai bên, được phát hiện nhờ tầm soát thường qui mất đoạn AZF trên nhiễm sắc thể Y ở BN vô tinh không bế tắc và thiểu tinh nặng, kể cả bất sản bẩm sinh ODT. Đây có thể là những trường hợp đầu tiên trong y văn được ghi nhận. Cần có thêm nhiều báo cáo tương tự để tiếp tục nghiên cứu cơ chế bệnh sinh và tiên lượng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Massart A, Lissens W, Tournaye H, Stouffs K.** Genetic causes of spermatogenic failure. Asian journal of andrology. 2012;14:40-48.
2. **Stouffs K, Lissens W, Tournaye H, Haentjens P.** What about gr/gr deletions and male infertility? Systematic review and meta-analysis. Human reproduction update. 2011;17:197-209.
3. **Colaco S, Modi D.** Genetics of the human Y chromosome and its association with male infertility. Reproductive biology and endocrinology : RB&E. 2018;16:14.
4. **Krausz C, Cioppi F, Riera-Escamilla A.** Testing for genetic contributions to infertility: potential clinical impact. Expert review of molecular diagnostics. 2018;18:331-346.
5. **Kuroda S, Usui K, Mori K, et al.** An infertile patient with Y chromosome b1/b3 deletion presenting with congenital bilateral absence of the vas deferens with normal spermatogenesis. Clinical and experimental reproductive medicine. 2018;45:48-51.
6. **Ocak Z, Uyetuork U, Dincer MM.** Clinical and prognostic importance of chromosomal abnormalities, Y chromosome microdeletions, and CFTR gene mutations in individuals with azoospermia or severe oligospermia. Turkish journal of medical sciences. 2014;44:347-351.
7. **Akinsal EC, Baydilli N, Dundar M, Ekmekcioglu O.** The frequencies of Y chromosome microdeletions in infertile males. Turkish journal of urology. 2018;44:389-392.
8. **Bansal SK, Jaiswal D, Gupta N, et al**. Gr/gr deletions on Y-chromosome correlate with male infertility: an original study, meta-analyses, and trial sequential analyses. Scientific reports. 2016;6:19798.
9. **Repping S, Skaletsky H, Brown L, et al**. Polymorphism for a 1.6-Mb deletion of the human Y chromosome persists through balance between recurrent mutation and haploid selection. Nature genetics. 2003;35:247-251.
10. **Bombieri C, Claustres M, De Boeck K, et al.** Recommendations for the classification of diseases as CFTR-related disorders. Journal of cystic fibrosis : official journal of the European Cystic Fibrosis Society. 2011;10 Suppl 2:S86-102.
11. **Yu J, Chen Z, Ni Y, Li Z. CFTR** mutations in men with congenital bilateral absence of the vas deferens (CBAVD): a systemic review and meta-analysis. Human reproduction. 2012;27:25-35.
12. **Ferlin A, Dipresa S, Delbarba A, et al.** Contemporary genetics-based diagnostics of male infertility. Expert review of molecular diagnostics. 2019;19:623-633.

KẾT QUẢ ĐẶT THỂ HANG NHÂN TẠO CHO 7 BỆNH NHÂN RỐI LOẠN CƯƠNG NẶNG TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trương Hoàng Minh[1], Trần Lê Duy Anh[1], Trần Thanh Phong [1]
Lê Hoàng Thịnh[1], Nguyễn Thanh Quang[1], Ngô Quang Trung[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả bước đầu 7 bệnh nhân đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) trong điều trị rối loạn cương nặng tại Bệnh viện Nhân Dân 115.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo 7 trường hợp phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) qua đường mổ dưới bìu.

Kết quả: Tuổi trung bình: 63,57 ± 2,63 tuổi (56 -77 tuổi), Có 5/7 TH có bệnh kết hợp (THA, ĐTĐ). Thời gian mổ trung bình: 67,14 phút. Thời gian đặt thông tiểu trung bình: 2,43 ngày. Thời gian đặt dẫn lưu trung bình: 2,29 ngày. Nằm viện trung bình: 4,43 ngày. Chưa ghi nhận tai biến - biến chứng. Thời gian sử dụng thể hang trung bình: 6,71 tuần với kết quả tốt.

Kết luận: Đặt thể hang nhân tạo trong điều trị rối loạn cương nặng bước đầu là một phẫu thuật, an toàn, hiệu quả, chưa ghi nhận tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoả mãn cho người bệnh và bạn tình.

Từ khóa: Đặt thể hang nhân tạo, bệnh viện Nhân Dân 115.

SUMMARY

INFLATABLE PENILE PROSTHESIS SURGERY FOR SEVERE ERECTILE DYSFUNCTION: RESULT OF 7 PATIENTS AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To report the result of 7 patients with IPP surgery (3 piece type) at 115 People's Hospital.

Materials and Methods: To report 7 cases of IPP surgery through the penoscrotal approach.

Results: The average age: 63.57 ± 2.63 years old (56 -77 years old), 5/7 cases with hypertension and diabetes. The average operative time: 67,14 minutes, the average catheterization time: 2.43 days. The drainage setting time: 2.29 days. The patiens stays in the hospital: 4.43 days. No morbidity or complications was found in this 7 cases. To use IPP after operation: 6,71 weeks with good result.

Conclusion: IPP surgery for treatment severe erectile dysfunction is safe, effective, less morbidity and complications, bringing satisfying sex life for patients and their partners.

Key words: inflatable penile prosthesis, 115 people's hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn cương (RLC) nặng chiếm tỉ lệ khoảng 9,6% trong các trường hợp rối loạn cương [1]. Việc điều trị RLC nặng tại Việt Nam trước đây một số tác giả sử dụng đầu sườn 12 cấy vào thể hang nhằm tạo cương cứng dương vật nhưng hiệu quả không cao, bất tiện và gặp nhiều biến chứng như hoại tử xương, lộ xương... Tại Bệnh viện Nhân Dân 115, chúng tôi bắt đầu thực hiện đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh từ cuối năm 2019 đến

[1]*Bệnh viện Nhân dân 115, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: Trương Hoàng Minh.
Email: hoangminhbvnd115@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

nay. Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm *mục tiêu:*

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các trường hợp RLC nặng được đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) tại BVND 115.

- Nhận xét kết quả bước đầu đặt thể hang nhân tạo (loại 3 mảnh) tại BVND 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 7 bệnh nhân được phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh tại đơn vị Nam khoa - BVND 115 từ tháng 7 năm 2019 đến nay.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca.

Tiến trình phẫu thuật:

Bệnh nhân được chuẩn bị trước mổ như các trường hợp mổ thường qui. Kháng sinh sử dụng: Vancomycin 1g / IV, Gentamycin 160 mg/IM trong 2 ngày, chuyển sang quinolon đường uống 7 ngày sau đó (khi bệnh nhân về nhà). Sử dụng Gentamycin 240 mg pha với 500 ml nước muối sinh lý để tráng rửa dụng cụ trong mổ.

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa. Sát trùng rộng vùng bìu, dương vật và vùng xung quanh 2 lần bằng alcohol 70 độ.

Rạch da ngang vị trí gốc bìu - dương vật, lệch về phía bìu 1cm, đường rạch dài 2,5cm. Bóc tách bộc lộ thể xốp và 2 thể hang hai bên. Khâu 2 mối chỉ chờ bằng vicryl 2/0 ở mỗi bên thể hang. Xẻ thể hang bằng dao lạnh dài 1cm. Qua vị trí xẻ này, ta đưa Furlow trượt nhẹ nhàng vào đầu gần và đầu xa của thể hang nhằm mục đích phá vỡ các cấu trúc xoang hang. Tiếp tục dùng que nong nong rộng lõi thể hang. Đo khoảng cách đầu gần và đầu xa thể hang nhằm chọn kích cỡ thể hang nhân tạo thích hợp. Chúng tôi chọn chiều dài thể hang ngắn hơn chiều dài đo được từ 1 - 2 cm. Đặt thể hang nhân tạo vào trong thể hang bệnh nhân, cột 2 mũi chỉ chờ. Tiếp theo chúng tôi tiến hành tạo khoang vị trí cạnh phải hoặc trái của bàng quang, dưới phúc mạc, trên cân cơ đáy chậu, sau xương mu, khoang phải đủ rộng để đặt túi chứa (reservoir). Tiếp đến là tạo khoang vùng bìu để đặt bộ phận bơm dịch. Sau khi đặt túi chứa và bơm, tiến hành nối 2 hệ thống này với nhau và kiểm tra hoạt động của toàn hệ thống thể hang nhân tạo. Đặt dẫn lưu ổ mổ qua hệ thống hút áp lực âm. Khâu cân cơ bìu bằng vicryl 3/0. Khâu da bằng Nylon 4/0. Băng ép nhẹ toàn bộ bìu - dương vật.

Theo dõi hậu phẫu: Theo dõi vết mổ, lượng dịch và tính chất dịch trong ống dẫn lưu, nước tiểu qua thông niệu đạo, màu sắc quy đầu, vết mổ.

Giảm đau sau mổ: Acetaminophen 3g/ngày trong 2 ngày.

Mở băng ép vào ngày thứ 2 sau mổ, rút dẫn lưu ổ mổ khi khô. Trường hợp bệnh nhân có phì đại TTL bổ xung thêm thuốc ức chế thụ thể alpha-1. Xả dịch trong thể hang còn 30% so với khi cương tối đa, rút thông niệu đạo. Bệnh nhân được xuất viện sau đó. Trường hợp có bất thường đường tiết niệu (bí tiểu…) sẽ lưu lại bệnh viện cho tới khi ổn định.

Sử dụng thể hang: Từ 6 đến 8 tuần tùy từng trường hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân

- Tuổi trung bình: 63,57 ± 2,63 tuổi (56 - 77 tuổi)

- Lý do đặt thể hang: 7/7 TH rối loạn cương không đáp ứng điều trị nội khoa

- Bệnh kết hợp: 5/7 TH có bệnh kết hợp gồm: 2/7 TH tăng huyết áp, 2/7 TH đái tháo đường, 1/7 TH vừa THA và ĐTĐ.

- Tiền sử phẫu thuật vùng chậu: 1/7 TH cắt đốt nội soi tiền liệt tuyến + đặt mảnh ghép thoát vị bẹn phải.

- Cả 7/7 TH đều bị rối loạn cương nặng, không còn đáp ứng với thuốc nội khoa.

- Siêu âm: 3/7 TH có phì đại nhẹ TTL.

- Niệu dòng đồ: 4/7 TH đo niệu dòng đồ (16-18 ml/s)

Kết quả phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo loại 3 mảnh

- Kích thước thể hang

***Bảng 1**. Kích thước thể hang*

Thể hang	Kích thước (cm)	Số BN
Thể hang đo dược	18	1
	19	3
	20	3
	Tổng số	**7**
Thể hang nhân tạo	16	1
	18	5
	19	1
	Tổng số	**7**

(có 1 TH dùng loại thể hang đường kính nhỏ do xơ)

- Vị trí đặt túi chứa: Bên trái : 3/7 TH và Bên phải: 4/7 TH

- Thể tích túi chứa: 60 ml (2/7 TH), 65 ml (4/7 TH), 70 ml (1/7 TH)

- Lượng máu mất: không đáng kể (7/7 TH)

- Thời gian:

***Bảng 2**. Thời gian*

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất – Dài nhất
Phẫu thuật	67,14 phút	50-90
Đặt dẫn lưu	2,29 ngày	2-3
Đặt thông tiểu	2,43 ngày	2-4
Nằm viện	4,43 ngày	2-12
Sử dụng thể hang	6,71 tuần	6-8

- Tai biến. biến chứng: 0/7 TH, có 1/7 TH bí tiểu, điều trị nội khoa ổn

- Hài lòng: 7/7 TH (cả bạn tình)

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo trong điều trị RLC có thể xem là một cứu cánh trong trường hợp RLC nặng. Tuy nhiên, đây là 7 trường hợp đầu tiên chúng tôi thực hiện tại bệnh viện Nhân Dân 115 nên còn nhiều vấn đề cần bàn luận như sau:

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Cả 7 bệnh nhân của chúng tôi đều lớn tuổi, đều mắc RLC mức độ nặng dựa trên Bảng điểm chức năng cương quốc tế (IIEF: International Index of Erectile Function) và

không còn đáp ứng với các thuốc nhóm ức chế PDE5 (Phosphodiesterase type 5 inhibitor) cũng như liệu pháp sóng xung kích tuyến tính cường độ thấp (LSWT: Linear Shock Wave Therapy).

- Có 5/7 bệnh nhân có bệnh lý đi kèm là THA, tiểu đường, 1 BN đã mổ cắt đốt nội soi phì đại lành tính tuyến tiền liệt và đặt mảnh ghép thoát vị bẹn bên phải.

- Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội niệu khoa Châu Âu (EAU) thì phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo là chọn lựa điều trị hàng thứ 3 sau điều trị bước 1 (thuốc PDE5-i, dụng cụ hút chân không, liệu pháp sóng xung) và điều trị bước 2 (tiêm alprostadil vào thể hang). Còn theo hướng dẫn EAU 2020 thì lựa chọn đặt thể hang nhân tạo không nhất thiết là lựa chọn cuối cùng mà tùy theo lựa chọn của bệnh nhân. Tuy nhiên, Hiệp hội niệu khoa Hoa Kỳ (AUA) trong hướng dẫn điều trị của mình cũng khuyến cáo cần tư vấn, giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu các lợi ích cũng như các nguy cơ của phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo (khuyến cáo mạnh, mức độ chứng cứ: grade C), ngoài ra còn cần phải thảo luận kỹ với bệnh nhân về các mong muốn của họ sau phẫu thuật [2]. Tất cả các BN của chúng tôi đều được tư vấn và điều trị các bệnh kết hợp ổn định trước khi đặt thể hang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kỹ thuật đặt thể hang nhân tạo?

Có nhiều loại thể hang nhân tạo: loại không bơm phồng được và loại có thể bơm phồng được. Loại bơm phồng có thể 2 hay 3 mảnh. Chúng tôi lựa chọn loại 3 mảnh cho cả 7 bệnh nhân vì sự tiện lợi của nó cũng như xu thế hiện nay.

Có nhiều cách để tiếp cận thể hang và đặt thể hang nhân tạo, có thể rạch da ở ngay dưới rãnh quy đầu rồi tuột " vỏ chuối" xuống để bộc lộ thể hang hoặc đi ngay mặt bụng dương vật để vào trực tiếp thể hang. Chúng tôi lựa chọn con đường thứ 2 (đi mặt bụng dương vật) vì sẽ không gây tổn thương mạch máu, thần kinh lưng dương vật, đường mổ nhỏ, ít biến chứng, thẩm mỹ hơn [4],[6].

Đặt túi chứa có thể ở bên phải hay bên trái, phía sau xướng mu, cạnh bàng quang. 4/7 BN chúng tôi đặt bên phải, trường hợp chúng tôi đặt bên trái vì bên phải đã đặt mảnh ghép thoát vị bẹn, nguy cơ dính khó phẫu tích. Chúng tôi không thấy có khó khăn gì giữa đặt túi chứa ở bên trái.

Các tai biến - biến chứng trong phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo?

Thời gian phẫu thuật ngắn, lượng máu mất trong mổ không đáng kể. Không ghi nhận tai biến trong mổ cũng như các biến chứng sớm xảy ra sau mổ.

Hai biến chứng thường gặp là nhiễm khuẩn và hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động (có thể liên quan đến bất kỳ bộ phận nào của hệ thống như xi-lanh, bơm, túi chứa, ống dẫn).

Nhiễm khuẩn ở bệnh nhân đặt thể hang nhân tạo có thể gây ra sự biến đổi lớn về hình dạng dương vật và gây tổn thương về tinh thần bệnh nhân rất nghiêm trọng, nhưng hiếm khi gây tử vong**.** Sự cải tiến chất liệu thể hang nhân tạo như bọc lớp áo kháng sinh (AMS Minnetonka MN) hay thể hang có những lớp màng ưa nước bên ngoài để có thể nhúng vào dung dịch kháng sinh (Coloplast Humlebaek Denmark) giúp làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn từ 1,61% còn 0,68% sau 6 tháng theo dõi**.** Sau 1 năm theo dõi, tỉ lệ nhiễm khuẩn ở nhóm sử dụng thể hang thường là 2,07% so với 1,06% ở nhóm sử dụng thể hang có bọc lớp áo ưa nước [10]. Nguyên nhân nhiễm khuẩn thường do vi

khuẩn từ da xâm nhập vào trong khi phẫu thuật [9]. Tác nhân gây bệnh thường gặp là Staphylococcus epidermidis, ngoài ra các tác nhân khác cũng có thể gặp như: Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Serratia marcescens, Enterococcus spices, Proteus mirabilis, và methicillin - resistant Staphylococcus aureus (MRSA) [9]. Khi tình trạng nhiễm khuẩn xảy ra, cần phải tháo bỏ thể hang nhân tạo, sử dụng kháng sinh, và đặt lại thể hang nhân tạo mới sau 6-12 tháng.

Về biến chứng hệ thống thể hang nhân tạo không hoạt động, chúng tôi chưa ghi nhận. Theo y văn, tỉ lệ thất bại về cơ học thay đổi tuỳ theo hãng sản xuất. Qua khảo sát của hãng AMS, tỉ lệ thất bại cơ học là 10,3% sau thời gian theo dõi trung bình 91,5 tháng [5]. Còn đối với nhóm bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo của hãng Coloplast thì tỉ lệ thất bại cơ học là 0,8%/năm trong 3 năm đầu, và sau đó tỉ lệ này tăng 3,1% mỗi năm tiếp theo.

Đánh giá kết quả sử dụng thể hang nhân tạo của người bệnh và đối tác sau phẫu thuật đặt thể hang nhân tạo?

Thời gian sử dụng thể hang nhân tạo trung bình là: 6,71 tuần và có kết quả là rất hài lòng. Nhiều báo cáo trên thế giới đã ghi nhận được mức độ hài lòng cao của bệnh nhân và bạn tình sau đặt thể hang nhân tạo so với thuốc ức chế PDE5 hay biện pháp tiêm alprostadil vào thể hang. Candela và Hellstrom báo cáo mức độ hài lòng đạt 85% ở 86 bệnh nhân sử dụng thể hang nhân tạo AMS 700 CX [3]. Montorsi và cộng sự đã báo cáo tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 92% và 96% [3]. Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận tỉ lệ dương vật đủ cứng để giao hợp đạt 7/7 TH (100%). Natali và cộng sự [8] ghi nhận tỉ lệ hài lòng của bệnh nhân và bạn tình lần lượt là 97% và 91% . Joon Seob Ji và cộng sự cũng ghi nhận tỉ lệ hài lòng về lâu dài của bệnh nhân đạt 86,8%, trong nghiên cứu này cũng báo cáo có 88,7% bệnh nhân sẵn sàng giới thiệu bạn bè của họ đến để thực hiện phẫu thuật này [7].

V. KẾT LUẬN

Đặt thể hang nhân tạo cho 7 BN bị rối loạn cương nặng, đã thất bại với tất cả các phương pháp hiện có tại Việt Nam, tuổi trung bình: 63,57 tuổi, có bệnh nền THA, TĐ, Phì đại TTL đã điều trị ổn định. Đây là một phẫu thuật không quá phức tạp, bước đầu có kết quả an toàn, hiệu quả, ít tai biến - biến chứng, mang lại đời sống tình dục thoả mãn cho người bệnh và bạn tình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1/ **T.Q. Anh (2002),** "Rối loạn cương dương", Bệnh học giới tính nam, 1st, Editor. tr. 379-458.

2/ **A.L. Burnett, et al (2018),** "Erectile Dysfunction": AUA Guideline. J Urol,200(3): p. 633-641.

3/ **J.V. Candela and W.J. Hellstrom (1996),** "Three-piece inflatable penile prosthesis implantation: a comparison of the penoscrotal and infrapubic surgical approaches". J La State Med Soc,148(7): p. 296-301.

4/ **Eric Chung (2017),** "Penile prosthesis implant: scientific advances and technological innovations over the last four decades", Transl Androl Urol, 6(1).

5/ **N.B. Dhar, K.W. Angermeier, and D.K. Montague (2006),** "Long-term mechanical reliability of AMS 700CX/CXM inflatable penile prosthesis". J Urol,176(6 Pt 1): p. 2599-601; discussion 2601.

6/ **Nikhil K. Gupta., Josh Ring., Landon Trost., Steven K.** Wilson and Tobias S.

Kohler (2017), " The penoscrotal surgical approach for inflatable penile prosthesis placement", Transl Androl Urol, 6(4): 628-638.

7/ **Y.S. Ji, et al (2015),** "Long-term survival and patient satisfaction with inflatable penile prosthesis for the treatment of erectile dysfunction". Korean J Urol,56(6): p. 461-5.

8/ **A. Natali, R. Olianas, and M. Fisch (2008),** "Penile implantation in Europe: successes and complications with 253 implants in Italy and Germany". J Sex Med,5(6): p. 1503-12.

9/ **J.P. Selph and C.C. Carson (2011),** "Penile prosthesis infection: approaches to prevention and treatment". Urol Clin North Am,38(2): p. 227-35.

10/ **C.E. Wolter and W.J. Hellstrom (2004),** "The hydrophilic-coated inflatable penile prosthesis: 1-year experience". J Sex Med,1(2): p. 221-4.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT BAO QUY ĐẦU BẰNG DỤNG CỤ KHÂU NỐI TỰ ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG

Võ Đình Phú[1], Dương Thế Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả, tính an toàn và thẩm mỹ cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp trên bệnh nhân được chỉ định điều trị bằng phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

Kết quả: Có 52 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, được điều trị bằng phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 5/2021 đến tháng 5/2021. Tuổi trung bình 29,7 ± 9,5 (18-60). Chỉ định: hẹp bao quy đầu 23 (44,2%), bao quy đầu dài 29 (55,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình (phút). 9,8 ± 2,7 (6-17). Biến chứng 3 (5,8%): Chảy máu trong mổ 2 (3,8%), ghim rơi muộn 1 (1,9%). Mức độ đau sau mổ: trung bình 3,13 điểm (VAS). Tất cả trường hợp hài lòng với thẩm mỹ sau mổ.

Kết luận: Phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động là có ưu điểm thực hiện dễ dàng, thời gian thực hiện ngắn, phục hồi nhanh, tính thẩm mỹ cao, ít biến chứng và có khả năng thực hiện rộng rãi trên bệnh nhân điều trị ngoại trú.

Từ khóa: Cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động, dụng cụ cắt khâu bao quy đầu dùng một lần, hẹp bao quy đầu, bao quy đầu dài

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF USING CIRCUMCISION STAPLER AT BINH DUONG PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL

Purpose: To evaluate the efficacy, the safety and the cosmetic result of using circumcision

[1]*Bệnh viện ĐK Tỉnh Bình Dương*
Liên hệ tác giả: Võ Đình Phú.
Email: phu.vdp@gmail.com
Ngày nhận bài: 27/7/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt bài: 30/8/2021

stapler in the treatment of redundant prepuce and phimosis at Binh Duong Province's general hospital.

Materials and methods: We reviewed the medical records of the patient treated with using disposable circumcision suture device between May 2020 and May 2021. A prospectively descriptive study was conducted and reported.

Results: We documented a total of 52 patients who underwent circumcision with Stapler at Binh Duong general hospital between May 2020 and May 2021, having met the inclusion criteria. The mean age of the patients was 29.7 ± 9.5 (range 18-60) years. Indication for circumcision: phimosis 23 (44.2%), long prepuce 29 (55.8%). Average procedural time needed to use the device was 9.8 ± 2.7 (6-17) minutes. The overall complication rate was 5.8%, including 2 case of intraoperative bleeding due to operator's inexperience and 1 of a delay in staples falling out. The average pain level during recovery was 3.13 (VAS). All enrolled patients were satisfied with the postoperative penile cosmesis.

Conclusion: circumcision with Stapler has the advantages of easy manipulation, short operation time, fast recovery, highly cosmetic penis appearance, few complications and could be performed widely in Outpatients department.

Key words: circumcision stapler, disposable circumcision suture device, phimosis, long prepuce

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bao quy đầu là một trong các phẫu thuật niệu khoa phổ biến, được mô tả từ thời Ai Cập cổ đại. Chỉ định cho cắt bao quy đầu nhằm ngăn ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu và các bệnh lây truyền qua đường tình dục: giảm (>32% đến 35%) HPV ở nam giới, nguyên nhân phổ biến nhất gây ung thư cổ tử cung và ung thư hậu môn, giảm (>28% đến 34%) lây truyền HSV-2 là nguyên nhân gây loét bộ phận sinh dục liên quan đến lây nhiễm HIV [1-3]. Cắt bao quy đầu giảm nguy cơ ung thư dương vật [4], nó còn cải thiện sự thỏa mãn tình dục thông qua giảm nhạy cảm dương vật [5,6], cũng như nhiều nam giới trải qua cắt bao quy đầu vì lí do văn hóa, xã hội hoặc thẩm mỹ. Tuy nhiên, cũng như các phẫu thuật khác, phẫu thuật cắt bao quy đầu mang nguy cơ biến chứng như: chảy máu, nhiễm khuẩn, cắt da quy đầu quá mức, rò niệu đạo, tổn thương quy đầu.[7]

Năm 2009, một dụng cụ cắt khâu bao quy đầu dùng một lần mới được phát minh để khắc phục, giảm nguy cơ các biến chứng này. Dụng cụ khâu nối tự động được thiết kế gồm chuông quy đầu, lưỡi dao vòng và tay cầm tích hợp ghim bấm. Chuông quy đầu có sẵn 3 kích cỡ (D26, D30 và D36) cho người lớn và 2 kích cỡ khác cho bệnh nhi. Kích cơ phân chia dựa trên kích thước đường kính lưỡi dao vòng 36mm, 30mm, 26mm. Bằng viêc bóp nhẹ tay cầm để kích hoặc lưỡi dao tròn và ghim bấm cùng lúc, phần da bao quy đầu được loại bỏ và khâu vết thương cùng lúc. Ghim bấm được thiết kế để rơi khoảng 7 đến 14 ngày. Kĩ thuật này được yêu chuộng vì ít tai biến, biến chứng, thời gian thực hiện nhanh, ít đau sau mổ và thời gian hậu phẫu ngắn hơn.

Mục tiêu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương" nhằm các mục tiêu: *Đánh giá kết quả của phương pháp cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động tại bệnh viện*

Đa khoa tỉnh Bình Dương. Qua đó xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng nếu có và xác định tính an toàn, hiệu quả cũng như tính thẩm mỹ đối với phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 52 người được thực hiện cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 5/2020 đến 5/2021. Không có trường hợp nào bắt buộc phải thực hiện cắt bao quy đầu lần lặp lại. Ứng cử viên đủ điều kiện cho nghiên cứu từ 18 đến 60 tuổi. Phương pháp này được chỉ định cho các trường hợp bao quy đầu dài, hẹp bao quy đầu bẩm sinh hoặc mắc phải. Các bệnh nhân được loại khỏi nghiên cứu nếu có tiền sử rối loạn đông cầm máu, dị ứng nặng, đái tháo đường không được kiểm soát hoặc các dị tật bẩm sinh như dương vật nhỏ, lỗ tiểu lệch thấp, dương vật cong đáng kể. Các trường hợp đều đồng ý tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi.

Các xét nghiệm máu, nước tiểu, X-quang ngực thẳng, ecg được làm thường quy trước phẫu thuật để đánh giá cơ bản sức khỏe bệnh nhân. Không dùng an thần, chống đông, kháng sinh trước phẫu thuật. Quy trình được thực hiện bởi 2 bác sĩ tiết niệu. Các bệnh nhân được đặt nằm ngửa, vệ sinh dương vật và vùng xung quanh bằng betadine, trải săng vô khuẩn. Gây tê thần kinh lưng dương vật bằng Lidocaine hydrocloride 1% ở gốc dương vật. Nong rộng và kéo căng vùng da quy đầu bằng 3 Kelly để chuẩn bị cho việc đặt chuông quy đầu vào. Chuông quy đầu là phần được nối liền với một thanh trụ, gắn vào tay cầm bằng một ốc vặn và phần chuông quy đầu thích hợp phải được đặt vào phủ hết vành quy đầu. Các mặt da quy đầu được kéo qua chuông bằng 3 kelly được cố định phần da vào rãnh chuông quy đầu bằng dây rút. Tiếp đó, tay cầm được đặt theo thanh trụ của chuông quy đầu và cố định chặt bằng ốc vặn. Tháo khóa an toàn trên tay cầm, sau đó phẫu thuật viên bóp và giữ tay cầm trong khoảng 20 giây để đẩy lưỡi dao vòng bên trong và ghim bấm để cắt và khâu bao quy đầu. Có 18 ghim thép không gỉ được được khâu dọc theo mép cắt. Phẫu thuật viên sau đó tháo ốc vặn ra một khoảng 5 - 10 mm đẩy thẳng, tháo nhẹ phần chuông quy đầu. Kiểm tra vòng da được cắt, nếu chưa cắt hết cần dùng dao hoặc kéo để cắt rời hoàn toàn. Bọc dường cắt bởi mảnh gạc khô và sạch, phẫu thuật viên dùng 5 ngón tay ép trực tiếp trong khoảng 5 phút để đạt cầm máu. Sau khi bỏ tay, nếu thấy các khoảng da dư hoặc nơi chảy máu không được ghim thì sẽ được khâu bằng chỉ polygactine 5-0. Thời gian phẫu thuật được tính từ khi kẹp bao quy đầu đến trước khi băng vết mổ.

Bệnh nhân sẽ được theo dõi sau phẫu thuật trong 2 giờ và sau đó có thể trở về nhà và được hẹn tái khám sau 3 ngày và 1, 2, 4 và 12 tuần. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh uống (0,5 g Cephalosporin, 3 lần/ngày) và giảm đau (Acetaminophen 500mg, 2 lần/ngày) trong 2 ngày sau đó. Hướng dẫn tháo băng sau 2 – 3 ngày, rửa vết thương bằng povidine ngày 2 lần và băng lại bằng gạc mềm. Sau 3 ngày bệnh nhân có thể tắm, dùng bao cao su để che phủ vết mổ trong lúc tắm, sát trùng lại sau đó bằng povidine và giữ vết mổ khô. Không hoạt động mạnh, quan hệ trong vòng 1 tháng. Thông thường, ghim sẽ tự rơi ra sau 1 tuần, nhiều nhất vào

tuần thứ 3 hay tuần thứ 4 và rơi hoàn toàn trong vòng 1 tháng.

III. KẾT QUẢ

Tổng cộng 44 (84,6%) bệnh nhân được phẫu thuật máy kích cỡ D26 và 8 (15,4%) bệnh nhân sử dụng kích cỡ D30.

Độ tuổi trung bình 29,7 ± 9,5 (18-60) tuổi

Chỉ định phẫu thuật do hẹp bao quy đầu 23 (44,2%), bao quy đầu dài 29 (55,8%).

Thời gian phẫu thuật trung bình 9,8 ± 2,7 (6-17) phút.

Tỉ lệ có biến chứng chung là 3 (5,8%) trường hợp. Trong đó, có 2 (3,8%) trường hợp chảy máu trong mổ, cả 2 trường hợp này chảy máu từ vị trí dây thắng dương vật được khâu cầm máu bằng chỉ Polygactin 5-0 và máu được cầm ngay sau đó. Có 1 (1,9%) trường hợp còn 1 ghim chưa rơi ra sau 30 ngày, bệnh nhân tái khám và được loại bỏ bằng kẹp mosquito. Không có trường hợp bị nhiễm trùng hay cắt da quy đầu quá mức. Không có trường hợp nào còn sưng nề quá 7 ngày. Không có trường hợp nào đau hay gặp vấn đề về cương cứng sau 4 tuần.

Không có trường hợp nào đau trong khi phẫu thuật và mức độ đau trung bình khi hậu phẫu là 3,13 (đánh giá đau dựa trên thang VAS).

Tất cả bệnh nhân (100%) đều hài lòng với tính thẩm mỹ dương vật sau phẫu thuật 1 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy sự vượt trội về thời gian phẫu thuật, trung bình là 9,8 phút so với trung bình 20 – 40 phút theo yêu cầu WHO cho các phương pháp trước đó [8]. Như xẻ lưng là một phương pháp cắt bao quy đầu truyền thống nhưng thấy nhược điểm như thời gian phẫu thuật kéo dài, vết khâu đau, dễ nhiễm khuẩn vết mổ, thêm đó các phẫu thuật viên mới làm quen kỹ thuật này dễ gây ra vết mổ không đều và tụ máu sau phẫu thuật [9-11]. Phương pháp này cho kết quả thẩm mỹ tốt, nhờ cắt bởi lưỡi dao vòng và khâu bằng ghim nên đường mổ nhẵn mịn, tính liên tục cao thay vì các nốt thường xuất hiện khi dùng các phương pháp cắt khâu trước đây. Kết quả nghiên cứu thấy tất cả các trường hợp thực hiện đều hài lòng với kết quả thẩm mỹ của cuộc phẫu thuật.

Tất cả các trường hợp trong phẫu thuật không thấy đau, còn sau phẫu thuật với mức độ đau trung bình là 3,13 (thang VAS) cho hiệu quả giảm đau của phương pháp này, kết quả này có được có thể do việc cắt, khâu bằng máy mang lại một số lợi ích: (1) thao tác đơn giản, nhanh chóng; (2) giảm ảnh hưởng của kinh nghiệm phẫu thuật viên và các yếu tố con người lên việc khâu vết mổ bằng cách chuẩn hóa thao tác hơn; (3) Các ghim bấm được sắp xếp với khoảng cách đều nhau tránh được vấn đề mật độ và thắt chặt múi khâu không đồng đều. Vết mổ được đóng bằng các ghim bằng thép không gỉ tạo ra vết mổ mềm mại, ít chèn ép nên đỡ đau so với các với các phương pháp dùng vòng cứng để kẹp gây chèn ép, phù nề nhiều. Bộ dụng cụ này có cho thời gian hồi phục khoảng 3 ngày, so với một số dụng cụ khác như Shang ring và Alisklamp thường mất 7 ngày để tháo vòng và 1 đến 2 tuần nữa để lành vết thương.

Tỉ lệ biến chứng thấp (5,8%) phần lớn là do chảy máu cho thấy đây là nhược điểm chủ yếu của máy cắt bao quy đầu này là kiểm

soát chảy máu vì chủ yếu nhờ lực ép trực tiếp bằng tay của phẫu thuật viên. Ngoài ra, dụng cụ này không thực hiện được với những trường hợp bệnh nhân có bao quy đầu dày vì ghim không đủ đóng mép đường cắt. Dụng cụ này cũng chưa được áp dụng trên các bệnh nhân có dị dạng dương vật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bao quy đầu bằng dụng cụ khâu nối tự động là một phương pháp điều trị hiệu quả, bao gồm thực hiện dễ dàng, thời gian thực hiện ngắn, hồi phục nhanh, tính thẩm mỹ cao, ít biến chứng. Việc thiết kế chỉ dùng 1 lần, có thể thực hiện dễ dàng khi chỉ cần gây tê tại chỗ nên phương pháp này có thể áp dụng với bệnh nhân ngoại trú. Trong nghiên cứu này chưa xảy ra biến chứng nào lớn, cũng có một số hạn chế đối với phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tobian AAR, Serwadda and Quinn TC**: Male Circumcision for the Prevention of HSV-2 and HPV Infections and Syphilis. N Engl J Med 2009; 360:1298-1309.
2. **Tobian AAR, Gray RH and Quinn TC:** Male circumcision for the prevention of acquisition and transmission of sexually transmitted infections: the case for neonatal circumcision. Arch Pediatr Adolesc Med 2010; 164: 78.
3. **Morris J and Wamai RG:** Biological basis for the protective effect conferred by male circumcision against HIV infection. Int J STD AIDS 2012; 23: 153.
4. **Larke NL, Thomas SL, dos Santos Silva I et al:** Male circumcision and penile cancer: a systematic review and meta-analysis. Cancer Causes Control 2011; 22: 1097.
5. **Bronselaer GA, Schober JM, Meyer-Bahlburg HF**: Male circumcision decreases penile sensitivity as measured in a large cohort. BJU Int. 2013 May; 111(5):820-7.
6. **Senel FM, Demirelli M, Misirlioglu F, Sezgin T:** Adult male circumcision performed with plastic clamp technique in Turkey: results and long-term effects on sexual function. Urol J. 2012 Fall; 9(4):700-5.
7. **Krill AJ, Palmer LS and Palmer JS**: Complications of circumcision. Sci World J 2011; 11: 2458.
8. **Musau P, Demirelli M, Muraguri N et al:** The safety profile and acceptability of a disposable male circumcision device in Kenyan men undergoing voluntary medical male circumcision. Urol J 2012; 9: 700.
9. **Kaplan GW.** Complications of circumcision. Urol Clin North Am. 1983;10:543–9.
10. **Williams N, Kapila** L. Complications of circumcision. Br J Surg. 1993;80:1231–6.
11. **Ahmed A, Mbibi NH, Dawam D, Kalayi GD.** Complications of traditional male circumcision. Ann Trop Paediatr: int Child Health. 1999;19:113–7.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT CONG DƯƠNG VẬT KHÔNG KÈM LỖ TIỂU THẤP Ở TRẺ EM

Phạm Ngọc Thạch[1], Lê Tấn Sơn[1]

TÓM TẮT

Mục đích: chúng tôi giới thiệu bệnh lý, xử trí và kết quả điều trị của dị tật cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp ở trẻ em.

Số liệu & phương pháp: 92 trường hợp cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp được điều trị từ tháng 8/2008 đến tháng 12/2018, tuổi từ 3 đến 14. Phân loại dựa vào thương tổn giải phẫu học của cong dương vật, điều trị theo tiêu chuẩn phân loại và xác nhận dương vật thẳng sau mổ.

Kết quả: các trường hợp được điều trị thành công không biến chứng cong tái phát hay dò niệu đạo.

Kết luận: chúng tôi phân nhóm dựa vào cân Buck và cân sợi dartos hay bất thường thể hang thể xốp. Điều trị phẫu thuật thành công cao.

SUMMARY

THE TREATMENT OF CHORDEE WITHOUT HYPOSPADIAS

Purpose: We presented the etiology, management and surgical result of chordee without hypospadias.

Materials & methods: we reviewed the records of 92 patients who underwent chordee correction between August 2008 and December 2018. The age ranged from 3 to 14. We grouped cases according to the etiology of chordee and we treated in the standard and a straight phallus was conifmed in all postoperatively.

Results: The patients were treated successfully without recurrent chordee.

Conclusions: In out series the etiology of the chordee without hypospadias was evenly divided among fibrotic and Buck's fasciae, and corporeal disproportion. Surgical corrections is highly successful.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp là một bất thường bẩm sinh hiếm gặp [1,2,3], biểu hiện với dư da vùng lưng, dương vật cong về phía bụng, lỗ niệu đạo ở vị trí quy đầu bình thường và có hay không kèm theo xoay dương vật.

Cong dương vật không kèm theo lỗ tiểu thấp chiếm tỉ lệ từ 4% đến 10% các trường hợp cong dương vật bẩm sinh [2]. Tùy thuộc vào thương tổn mà dương vật biến dạng theo các dạng khác nhau. Phẫu thuật nhằm làm cho dương vật thẳng, đem lại hình dáng bình thường cũng như sửa tật xoay dương vật kèm theo nếu có.

Chúng tôi giới thiệu 92 trường hợp cong dương vật được điều trị tại khoa Ngoại Niệu Bệnh viện Nhi Đồng 2 từ tháng 8 năm 2008 đến tháng 12 năm 2018 và qua đó nêu tổng quan y văn về bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2008 đến tháng 12/2018 có 92 trường hợp cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp được điều trị tại khoa Ngoại Niệu

[1]*Bệnh viện Nhi đồng 2, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: TS. Phạm Ngọc Thạch.
Email: dr.thachpham@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/3/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 15/8/202

Bệnh viện Nhi Đồng 2. Tuổi bệnh nhân từ 3 đến 14, trong đó có 24 trường hợp kèm theo dị tật xoay dương vật, 16 trường hợp kèm với tật chuyển vị dương vật bìu.

Kỹ Thuật

Sau khi sát trùng da dương vật tiến hành đặt thông tiểu thích hợp vào niệu đạo. Dùng viết vô trùng vẽ vòng tròn quanh da quy đầu cách khấc quy đầu cỡ 0.5cm, chích thuốc tê Lidocaine (0.1% adremaline) vòng theo đường vẽ vòng tròn. Phân tích tách da dương vật ra khỏi thân dương vật (deglove) cho tới tận bờ xương mu. Sau đó chúng tôi làm test cương dương vật (artificial erection) bằng cách buộc garrot gốc dương vật và bơm nước muối sinh lý vào thể hang qua kim bướm để đánh giá mức độ cong của dương vật và tuy theo mức độ cong mà đưa ra các cách xử trí khác nhau để làm thẳng dương vật nhằm đưa dương vật trở về hình dáng bình thường. Làm thẳng dương vật tùy theo tổn thương bằng cách cắt bỏ mô xơ, khâu gấp mặt lưng thể hang (thủ thuật Nesbit) tạo miếng ghép cho niệu đạo (onlay island flap) hay cuốn ống niêm mạc tạo niệu đạo mới (tubed onlay island flap). Nếu có dị tật xoay phối hợp thì dương vật được đính lại để chống xoay. Thông niệu đạo được rút sau 3 đến 14 ngày.

III. KẾT QUẢ

92 trường hợp cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp được phân loại thương tổn và xử trí theo phân loại của Donnahoo và P.Cain.

Nhóm	Nguyên nhân	Số ca	Xử trí
I	Dính da ở bụng dương vật	36	Phẫu thuật da dương vật
II	Mô xơ sợi cân Buck và cân dartos	28	Cắt bỏ, mô xơ
III	Bất thường thể hang và thể xốp	20	Nesbit 4, miếng ghép 1 (onlay flay)
IV	Ngắn niệu đạo bẩm sinh	8	Cắt mô xơ, tạo sàn niệu đạo

Thời gian nằm viện trung bình từ 3 đến 14 ngày, tất cả các trường hợp sau xuất viện người nhà đều hài lòng. Hình dáng bên ngoài của dương vật chấp nhận được, dương vật thẳng trục không cong hay xoay, không cong dương vật tái phát, một trường hợp chảy máu sau mổ được đốt điện cầm máu, một trường hợp dò niệu đạo, không có trường hợp nào tử vong.

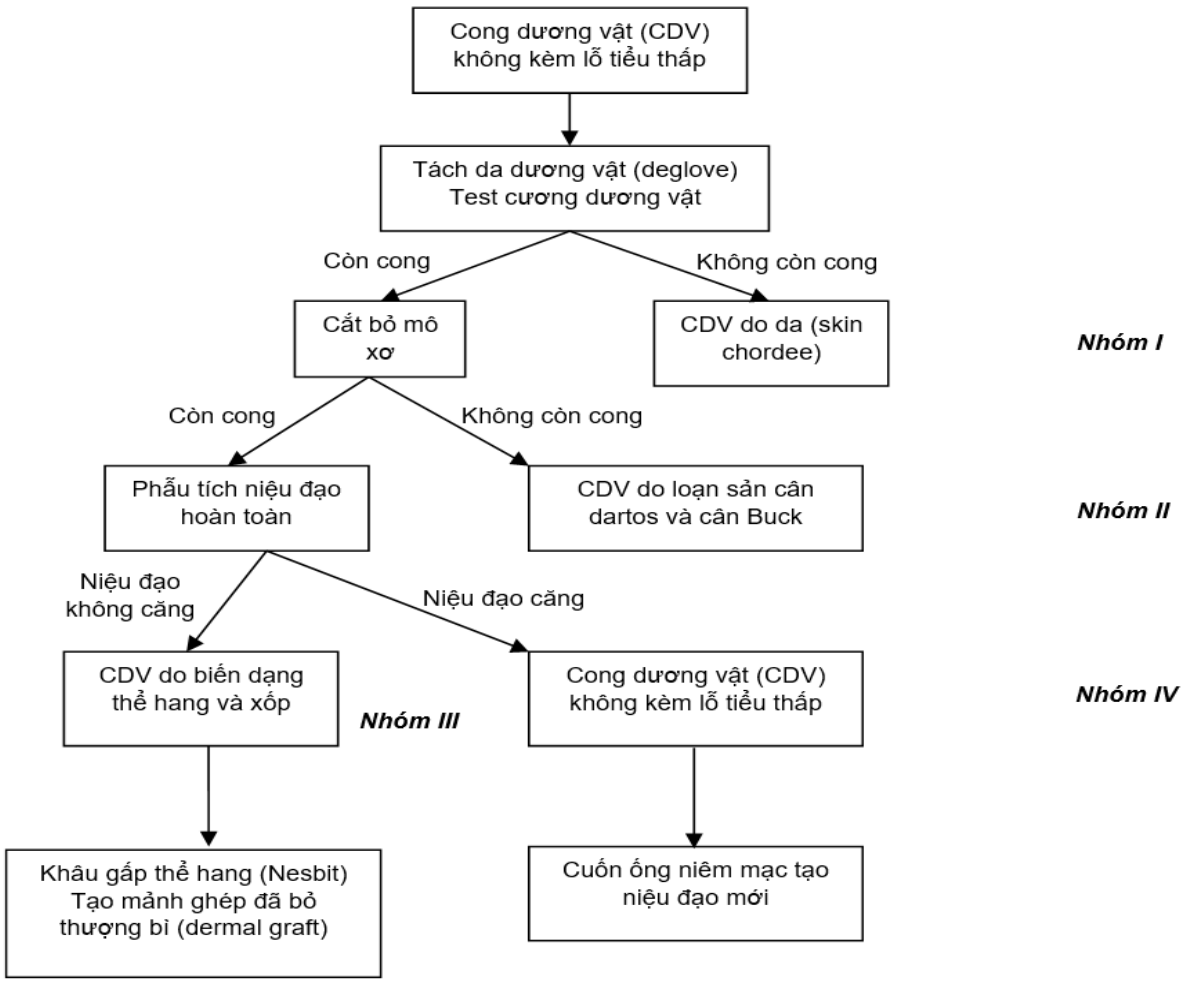
IV. BÀN LUẬN

Trước đây người ta không có cùng quan điểm về bệnh nguyên cũng như việc điều trị dị tật này [1]. Năm 1937 Young cho rằng cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp gây ra do ngắn niệu đạo bẩm sinh.

Năm 1973 Devine và Horton đưa ra phân loại cong dương vật thành 3 type và nêu ra nguyên nhân cong dương vật là do bất thường về sự phát triển của các lớp cân bao quanh niệu đạo. Type I bao gồm hầu hết khiếm khuyết trầm trọng do bất thường về thể xốp cân Buck cân Dartos ở phần niệu đạo. Vì thế thành niệu đạo mỏng và nằm ngay dưới da và cong dương vật gây ra do mô sợi bất thường ở vùng này. Trong type II thể xốp bình thường trong khi cân Dartos và cân Buck loạn sản. Trong type III khiếm khuyết cân Dartos gây ra cong dương vật [1,2,3,4]. Kramer và công sự năm 1982 ghi nhận cong dương vật là do sự bất thường về thể hang và thể xốp, ngắn niệu đạo bẩm sinh cũng ghi nhận là nguyên nhân hiếm gây ra tật cong dương vật và đề nghị khâu gấp thể

hang ở vùng lưng dương vật theo nguyên tắc của Nesbit (khâu gấp thể hang ở vùng lưng) để sửa tật cong này [1].

Năm 1985 Dannaho và P.Cain phân loại cong dương vật ra làm 4 nhóm dựa vào thương tổn giải phẫu và đưa ra cách điều trị cho từng nhóm (có sơ đồ kèm theo) [2]. Sau khi thực hiện phẫu tích tách da dương vật ra khỏi dương vật, chúng tôi làm test cong dương vật nếu dương vật thẳng thì xếp vào nhóm I – do bất thường cân dartos. Nếu sau khi cắt bỏ mô xơ dọc hai bên niệu đạo, dương vật thẳng thì xếp vào nhóm II – do bất thường cân sơi Buck và cân dartos. Nếu sau khi cắt bỏ mô xơ dọc hai bên niệu đạo dương vật vẫn còn cong thì xếp vào nhóm III – do bất thường về thể hang và thể xốp, để làm thẳng dương vật trong trương hợp này cần tiến hành thủ thuật Nesbit (khâu gấp thể hang ở vùng lưng) để làm thẳng dương vật hoặc là tạo mảnh ghép da đã bỏ lớp thượng bì (dermal graft) cho thể hang để làm thẳng dương vật. trong trường hợp dương vật cong quá nhiều cần thiết phải cắt ngang sàn niệu đạo và tạo hình lại niệu đạo mới bằng ống niêm mạc lấy từ vạt da lưng dương vật, dạng này được xếp vào nhóm IV, trong nhóm này niệu đạo luôn ngắn bẩm sinh [2].



Phác đồ phân loại và xử trí tật cong dương vật không kèm lỗ tiểu thấp theo Donnahoo

Chúng tôi dựa vào phân loại của Donnahoo và P.Cain, phân loại này để hiểu và đưa ra phương thức điều trị cho từng loại tổn thương. Chúng tôi gặp một trường hợp bé trai 14 tuổi cong dương vật nhiều và có niệu đạo ngắn bẩm sinh (được xếp vào nhóm IV) do có vạt da ở bụng dương vật quá mỏng dính với sàn niệu đạo và da ngang của da quy đầu ngắn không đủ chiều dài để cuối ống niên mạc, do đó chúng tôi phẫu thuật thì 1 làm thẳng dương vật và tạo sàn niệu đạo sau đó sẽ tạo hình niệu thì 2.

Hầu hết các phẫu thuật viên dùng test cong dương vật (artidicial erection) để đánh giá mức độ cong và thủ thuật Nesbit được ưa chuộng trong trường hợp dương vật cong vừa phải [2], khi dương vật cong nhiều cần thiết phải tạo mãnh ghép có cuống (onlay island flap), mãnh ghép da loại bỏ lớp thượng bì (dermal graft) hay cuốn ống niêm mạc có cuống (tubed onlay flap) tạo đoạng niệu đạo mới [1,2].

V. KẾT LUẬN

Cong dương vật đơn thuần không kèm lỗ tiểu thấp là dị tật bẩm sinh hiếm gặp do bất thường cân dartos, cân Buck, bất thưởng của thể hang và thể xốp hay do niễu đạo ngắn bẩm sinh. Hình dáng bên ngoài tùy thuộc vào thương tổn, tuy theo thương tổn giải phẫu mà có cách xử trí khác nhau. Điều trị phẫu thuật sớm thường đem lại tỷ lệ thành công cao với hình dáng dương vật bình thường cũng như chức năng tốt về sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kirtan K., Mark P. (2018) Etiology**, Management and surgical comlications of congential chordee without hypospadias. Journal Urology Vol 160, P 1120 – 1122
2. **Hardy H and Richard E. Caesar. (2012)** Chordee without hypospadias: Experience with 33 cases. Journal Urology Vol 147, P 107 – 109
3. **Sava V. Perovic, J. Djordjevic(2018).** A new approach to the treatment of penis curvature. Journal Urology Vol 160 P 1123 – 1127
4. **Richard S. Hurwitz, Davis Ozesky and J. Kaplan. (1997)** Chordee without Hypospadias: Complications and management of the hypoplastic urethra Journal Urolory Vol 138 – 375.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT BẨM SINH ÂM ĐẠO TRẺ EM

Phạm Ngọc Thạch[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các hình thái lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị các dị tật gây tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh ở trẻ em.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.

Kết quả: Từ 1/2008 đến 12/2020 có 94 bệnh nhi được điều trị tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 2. Trong đó có 52 ca màng trinh không thủng, 8 ca vách ngăn âm đạo, 18 ca bất sản âm đạo, và 16 ca tử cung đôi. Đau bụng không có kinh là lí do chính yếu đưa bệnh nhân nhập viện chiếm 51%. Khi thăm khám triệu chứng nổi bật nhất là khối u vùng âm hộ chiếm tỉ lệ 68%. Siêu âm thấy bất sản thận ở trẻ nữ cần nghĩ tới dị tật tử cung đôi. Điều trị càng sớm càng tốt, phẫu thuật mở màng trinh và tạo hình âm đạo cho kết quả tốt, 4 trường hợp chảy máu hậu phẫu và 4 trường hợp hẹp âm đạo tái phát phải phẫu thuật lại.

Kết luận: Các dị tật bẩm sinh ở vùng âm đạo tương đối hiếm gặp, kết quả điều trị tốt.

SUMMARY

CONGENITAL VAGINAL OBSTRUCTIONS: DIAGNOSIS AND SURGICAL MANAGEMENT

Objectives: Study the clinical diagnosis, paraclinical diagnosis and treatment of malformation causing congenital vaginal obstructions in children.

Methods: Retrospective study

Results: From January 2008 to December 2020, 94 children have been under treatment of congenital vaginal obstruction at Children's Hospital 2. There are 52 cases of imperforate hymen, 8 cases of transverse vaginal septum, 18 cases of vaginal agenesis, and 16 cases of duplication of uterus. 51% of cases were admitted to hospital due to abdominal pain with amenorrhea. Swollen vulva was the most obvious symptom and present in 68% of cases. Hymenotomy and vaginal plasty delivered good result. There were 4 bleeding cases after surgery and 4 cases of recidivism of vaginal atresia requiring surgery again. If ultrasound indicated renal aplasia in female children, the presence of duplication of uterus would be possible. Surgical management is required as early as possible.

Conclusion: Malformation is rare. The results of surgical management at Children's Hospital 2 have been good.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh là dị tật bộ phận sinh dục của bé gái, tần suất bệnh khoảng 1/4500 [4] và thay đổi theo từng nguyên nhân, bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, tuy nhiên kiến thức về bệnh chưa được phổ biến rộng rãi, tất cả những điều này có thể dẫn đến những chẩn đoán không chính xác, việc điều trị có thể sai lầm hoặc vào những thời điểm không thích hợp.

Mục đích của nghiên cứu này nhằm thống kê lại một cách hệ thống những hình thái lâm sàng, cận lâm sàng, những khó khăn của quá trình chẩn đoán và điều trị các nguyên nhân gây tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh ở trẻ em, từ

[1]*Bệnh viện Nhi đồng 2, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: TS. Phạm Ngọc Thạch.
Email: dr.thachpham@gmail.com
Ngày nhận bài: 31/3/2021
Ngày phản biện: 10/7/2021
Ngày duyệt bài: 15/8/2021

đó rút ra những kinh nghiệm thực tế góp phần nâng cao hiệu quả trong việc điều trị dị dạng này.

Mục tiêu: Khảo sát kết quả điều trị các dị dạng gây tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ tháng 1/2008 đến tháng 12/2020, tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi đồng 2 được đưa vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Tháng 1/2008 đến tháng 12/2020 có 94 bệnh nhi được điều trị tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh tại bệnh viện Nhi đồng 2, đủ tiêu chuẩn đưa vào diện nghiên cứu.

Bảng 1. Phân bố theo bệnh nguyên

Nguyên nhân	Số ca	Tỉ lệ
Màng trinh không thủng	52	55%
Vách ngăn âm đạo	8	8,50%
Bất sản âm đạo	18	19%
Tử cung đôi	16	17,50%
Tổng cộng	**94**	**100%**

Phân bố theo tuổi: Tuổi phát hiện bất thường trong lô nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 9,5 ± 5,4 tuổi, sớm nhất là 2 ngày tuổi và trễ nhất là 15 tuổi, đại đa số bệnh biểu hiện ở lứa tuổi sơ sinh (30%) và giai đoạn dậy thì (70%).

Bảng 2. Chẩn đoán tuyến trước

Chẩn đoán tuyến trước	Tần số	Tỉ lệ
U nang buồng trứng	4	22%
Bí tiểu không rõ nguyên nhân	2	11%
Dị vật âm đạo	2	11%
Khối u vùng bụng dưới to gây bí tiểu	2	11%
Theo dõi viêm ruột thừa tiểu khung	2	11%
Màng trinh không thủng	6	34%
Tổng cộng	**18**	**100%**

Chẩn đoán tại bệnh viện: Trong 94 trường hợp chẩn đoán tại bệnh viện, chỉ có 4 trường hợp tử cung âm đạo đôi được mổ với chẩn đoán ban đầu là áp xe ruột thừa và u nang buồng trứng xoắn. Tỉ lệ chẩn đoán đúng chiếm 95,7% (90/94).

Triệu chứng lâm sàng: Tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh biểu hiện bằng hai bệnh cảnh: đau bụng và các triệu chứng của sự tắc nghẽn như bí tiểu, u hạ vị hay khối phồng vùng âm hộ. Theo nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng là lí do nhập viện thường gặp nhất, 42/94 trường hợp chiếm tỉ lệ 51%. Bí tiểu là triệu chứng thường gặp xếp thứ hai khiến bệnh nhân nhập viện chiếm tỉ lệ 30%. Các lí do nhập viện ít gặp hơn là u nề vùng hạ vị

chiếm 13% và u vùng âm hộ chiếm 6%.

Triệu chứng cận lâm sàng: Với ưu điểm rẻ tiền và không xâm nhập siêu âm được thực hiện ở cả 94 ca chiếm tỉ lệ 100%. UIV được thực hiện ở 16 ca tử cung đôi nhằm xác định chức năng thận duy nhất. MRI chỉ được thực hiện ở 6 ca tử cung đôi có chẩn đoán khó khăn chiếm tỉ lệ 6%.

Phương pháp phẫu thuật:

Tất cả các trường hợp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều được phẫu thuật trong vòng 24 giờ sau nhập viện. Khi phẫu thuật tiến hành sớm thời gian nằm viện ngắn, giảm chi phí điều trị cho bệnh nhi.

Đối với màng trinh không thủng phẫu thuật đơn giản mở màng trinh thoát máu tụ hiện vẫn là điều trị chuẩn mực nhất. Theo nghiên cứu của chúng tôi 52 ca màng trinh không thủng gồm có 28 ca ứ dịch và 24 ca ứ kinh. Không có trường hợp nào đặt thông âm đạo và phải mổ lại.

Đối với vách ngăn âm đạo, cách điều trị phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí và độ dày mỏng của vách ngăn, nhưng thường là cắt vách ngăn và khâu với niêm mạc âm đạo bằng đường tầng sinh môn, trong trường hợp vách ngăn nằm cao 1/3 trên cần kết hợp ngã bụng. Trong nghiên cứu này, có 8 ca vách ngăn âm đạo trong đó có 6 ca nằm trên và 2 ca nằm 1/3 dưới. Cả 6 ca nằm trên được phẫu thuật 1 thì đường tầng sinh môn kết hợp đường bụng, 2 ca vách ngăn nằm thấp được phẫu thuật 1 thì đường dưới cho kết quả tốt, không có trường hợp nào phải mổ lại. Thông âm đạo được rút HPN2.

Điều trị bất sản âm đạo là việc tạo hình âm đạo. Trong trường hợp đoạn bất sản quá dài không đủ mô âm đạo để khâu nối, có thể sử dụng đoạn đại tràng sigma hoặc dung vạt da làm âm đạo mới. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 18 ca bất sản âm đạo được tạo hình âm đạo đường tầng sinh môn kết hợp đường bụng. Không có trường hợp nào phải mổ lại, thông âm đạo rút HPN2.

Theo nghiên cứu của chúng tôi có 16 ca tử cung đôi, 6 ca túi cùng nằm thấp được xẻ qua đường tầng sinh môn, 2 trường hợp nhiễm trùng sau mổ nhiễm trùng dai dẳng có chỉ định cắt phần tử cung bít. 10 trường hợp túi cùng nằm cao được cắt bỏ phần tử cung bít và vòi trứng ứ máu cùng bên. Thông âm đạo rút HPN4.

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ phân bố các nguyên nhân gây tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh phù hợp trong các y văn. Theo nghên cứu của tác giả Zafar Narir thì các tỉ lệ là màng trinh không thủng (65%), vách ngăn âm đạo (4,5%), bất sản âm đạo (16%) và tử cung âm đạo đôi (14,5%) [7].

Tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh cần phải được phát hiện và chẩn đoán càng sớm càng tốt để điều trị sớm và phù hợp. Sự chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị có thể dẫn đến các biến chứng như bí tiểu, ứ máu tai vòi, chảy máu vào phúc mạc, viêm nội mạc tử cung, về lâu dài gây biến chứng vô sinh [2].

Trong 18 trường hợp được tuyến trước chuyển viện đến đa số là chẩn đoán sai. Chỉ có 4/18 trường hợp là chẩn đoán đúng tỉ lệ 22,2%. Tỉ lệ chẩn đoán sai khá cao ở tuyến trước cho thấy rằng dị dạng này chưa được quan tâm đúng mức, các kiến thức về các dị tật gây tắc nghẽn âm đạo chưa được phổ biến rộng rãi.

Trong khi đó trong 94 trường hợp chẩn đoán tại bệnh viện nhi đồng 2 chỉ có 4

trường hợp âm đạo đôi được mổ với chẩn đoán là ápxe ruột thừa và u nang buồng trứng xoắn. Tỉ lệ chẩn đoán đúng chiếm 95,7% (90/94). Điều này có thể giải thích là do bệnh viện nhi đồng 2 là tuyến cao nhất, hai trung tâm nhi khoa lớn nhất khu vực phía Nam. Trong các nguyên nhân, tử cung đôi luôn là dị dạng gây khó khăn trong chẩn đoán nhất. Bệnh nhân vẫn có kinh bình thường như các trẻ gái dậy thì khác, u hạ vị lệch bên dễ nhầm lẫn với áp xe ruột thừa và u nang buồng trứng xoắn [6].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng là lí do nhập viện thường gặp nhất, 42/94 trường hợp chiếm tỉ lệ 51%. Tác giả Strickland (2006) báo cáo 56 trường hợp thì có tới 33 trường hợp đau bụng, Zafar cũng ghi nhận trong 26 trường hợp ông gặp thì triệu chứng đau bụng là lí do nhập viện hàng đầu. Bí tiểu là triệu chứng thường gặp xếp thứ hai khiến bệnh nhân nhập viện chiếm tỉ lệ 30% [5]. Ở trẻ gái lớn thì triệu chứng bí tiểu biểu hiện rõ với cầu bàng quang kèm theo bí tiểu và đau bụng, trong khi đó ở trẻ nhỏ, bé quấy khóc, đỏ mặt mỗi khi rặn tiểu. Các lí do nhập viện ít gặp hơn là u nề vùng hạ vị chiếm 13% và u vùng âm hộ chiếm 6%. Ở trẻ gái tiền dậy thì chưa có kinh, tâm lí ngại ngùng, không dám thổ lộ khiến triệu chứng u vùng âm hộ ít được phát hiện mặc dù đây là một triệu chứng cực kì quan trọng và đặc hiệu [2].

Với ưu điểm rẻ tiền và không xâm nhập siêu âm được thực hiện ở cả 94 ca chiếm tỉ lệ 100%. UIV được thự hiện ở 16 ca tử cung đôi nhằm xác định chức năng thận duy nhất. MRI chỉ được thực hiện ở 6 ca tử cung đôi có chẩn đoán khó khăn chiếm tỉ lệ 6%. Theo tác giả Olivier (1999) vai trò của siêu âm là không thay thế, rẻ tiền, dễ dàng và không xâm nhập, MRI được chỉ định rộng rãi ở hầu hết các trường hợp nghi ngờ tắc nghẽn âm đạo bẩm sinh không do nguyên nhân màng trinh không thủng hoặc trong những trường hợp chẩn đoán khó khan [3].

Đối với màng trinh không thủng phẫu thuật đơn giản mở màng trinh thoát máu tụ hiện vẫn là điều trị chuẩn mực nhất. Điều này được thực hiện một cách cẩn thận phân biệt các ranh giới giải phẫu, giữa niệu đạo và các bờ rìa cạnh bên của màng trinh. Bệnh nhi được đặt sonde tiểu, chọc thăm dò trước khi rạch hình chữ thập ngay dưới miệng sáo, sau khi thoát máu kinh các bờ rìa được xén bỏ để tránh tình trạng chít hẹp sau này, tùy theo tác giả khâu mép màng trinh cầm máu hay chỉ đốt điện [1]. Theo nghiên cứu của chúng tôi 52 ca gồm có 28 ca ứ dịch và 24 ca ứ máu âm đạo tử cung đều được xẻ màng trinh thoát máu tụ. Không có trường hợp nào đặt thông âm đạo. Không có trường hợp nào phải mổ lại.

Đối với vách ngăn âm đạo, cách điều trị phẫu thuật phụ thuộc vào vị trí và độ dày mỏng của vách ngăn, nhưng thường là cắt vách ngăn và khâu với niêm mạc âm đạo bằng đường tầng sinh môn, trong trường hợp vách ngăn nằm cao 1/3 trên cần kết hợp ngã bụng. Trong nghiên cứu này, có 8 ca vách ngăn âm đạo trong đó có 6 ca nằm trên và 2 ca nằm 1/3 dưới. Cả 6 ca nằm trên được phẫu thuật 1 thì đường tầng sinh môn kết hợp đường bụng, 2 ca vách ngăn nằm thấp được phẫu thuật 1 thì đường dưới cho kết quả tốt, không có trường hợp nào phải mổ lại. Thông âm đạo được rút HPN2. Theo

nghiên cứu của Zafar thì chỉ có 2 ca vách ngăn âm đạo, 1 ca vách ngăn nằm 1/3 trên được phẫu thuật tạo hình âm đạo đường tầng sinh môn và đường bụng, 1 ca vách ngăn nằm 1/3 dưới được phẫu thuật đường tầng sinh môn, không có trường hợp nào phải mổ lại [7].

Điều trị bất sản âm đạo là việc tạo hình âm đạo. Trong trường hợp đoạn bất sản quá dài không đủ mô âm đạo để khâu nối, có thể sử dụng đoạn đại tràng sigma hoặc dung vạt da làm âm đạo mới. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 18 ca bất sản âm đạo được tạo hình âm đạo đường tầng sinh môn kết hợp đường bụng. Không có trường hợp nào phải mổ lại, thông âm đạo rút HPN2.

Trong dị dạng tử cung đôi với âm đạo bít một bên thì chẩn đoán sớm và giải quyết tắc nghẽn vách âm đạo là cần thiết để bảo tồn chức năng sinh sản và tránh làm tổn thương vòi trứng bên đó. Đối với trường hợp túi cùng bất thường xuống thấp có thể tiếp cập từ ngã dưới, chỉ cần rạch chữ X. thường có chỉ định cắt phần tử cung bít nếu nhiễm trùng tái đi tái lại. nếu túi cùng nằm cao phải sử dụng đường bụng và cắt bỏ tử cung này là biện pháp duy nhất.

V. KẾT LUẬN

Các dị tật bẩm sinh ở vùng âm đạo tương đối hiếm gặp, kết quả điều trị tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Trọng Việt (1997).** Một số nhận xét về bệnh màng trinh không thủng. Sinh hoạt khoa học, trang 19-23. Hội ngoại nhi thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Lê Tấn Sơn và cộng sự (2000).** Bế kinh một bên. Số đặc biệt hội nghị khoa học. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, trang 90-94.
3. **Oliver G D (1999).** Imaging of Pediatric Uterovaginal Anomalies. Pediatric Radiol. 29: 163 -170.
4. **Schmitt.m, Merdassik (1990).** Hematohydrocolpos in Gynecologie de l'enfant et de l'adolescente. IX è Séminaire d'Enseignement, pp. 280 – 215.
5. **Strickland J.Pediatric and adolescent Gynecology (2016).** Pediatric Surgery 74: 1066-1079.
6. **Trần Lý Trung, Lê tấn Sơn, Lê Công Thắng, Lê Thanh Hùng (2003).** Bế kinh một bên: biểu hiện lâm sàng muộn. Chuyên đề nhi khoa- Tập 7, phụ bản số 1, trang 274-277.
7. **Zafar Nazir, et al (2016).** Congenital vaginal obstructions: Varied presentation and Outcome. Pediatric Surgery international22, pp.749-753.

PHẦN IV: GHÉP THẬN

VIÊM PHỔI DO PNEUMOCYSTIS JIROVECII Ở BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Hoàng Khắc Chuẩn[1], Nguyễn Trọng Hiền[1], Nguyễn Duy Điền[1], Quách Đô La[1], Thái Kinh Luân[2], Vũ Đức Huy[1], Nguyễn Thành Tuân[2], Lý Hoài Tâm[1], Trần Anh Vũ[1] Đinh Lê Quý Văn[1], Nguyễn Minh Đỉnh[1], Phạm Đình Thi Phong[1], Bùi Đức Cẩm Hồng[1], Nguyễn Thị Băng Châu[1], Trương Thiên Phú[3], Thái Minh Sâm[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PJP) là nguyên nhân gây bệnh và tử vong thường gặp ở những bệnh nhân sau ghép thận. Điều trị dự phòng bằng trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) đã làm giảm PJP. Tuy nhiên, đôi khi PJP có thể xảy ra sau thời gian điều trị dự phòng. Mục tiêu nghiên cứu này là: xác định tỉ lệ nhiễm PJP; mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị PJP trên bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca được tiến hành trên các bệnh nhân (BN) là người trưởng thành, chẩn đoán mắc bệnh PJP sau ghép thận được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 3/2016 đến 9/2019.

Kết quả: Có 33 BN mắc PJP sau ghép thận, chiếm tỉ lệ 4,6% trong tổng số 710 BN ghép thận theo dõi sau ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy. Tuổi trung bình của BN 38±13,3. Trung vị thời điểm khởi phát bệnh 10 (2-183) tháng sau ghép thận. Trung vị thời gian nằm viện của là 15 (2-45) ngày. Các yếu tố nguy cơ liên quan PJP gồm: nhiễm CMV trước khi mắc bệnh PJP (5BN, 15,2%), có tiền sử đái tháo đường (6BN, 18,2%), thải ghép trước khi PJP (5BN, 15,2%), có bệnh cầu thận (3BN, 9%). 15 BN (45,5%) PJP nặng thiếu đáp ứng với TMP-SMX liều cao, chúng tôi sử dụng thêm caspofungin. Có 1 BN (3%) mất thận ghép và 3 BN (9,1%) tử vong.

Kết luận: Bệnh nhân ghép thận có nguy cơ viêm phổi PJP khởi phát trễ. Phát hiện sớm và điều trị thích hợp để tránh kết quả bất lợi của PJP.

Từ khoá: viêm phổi, pneumocystis jirovecii, ghép thận, bệnh nhân ghép thận.

[1]*Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Chợ Rẫy*
[2]*Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh*
[3]*Khoa Vi sinh, Bệnh viện Chợ Rẫy*
Liên hệ tác giả: Hoàng Khắc Chuẩn
Email: hoangkhacchuan@gmail.com
Ngày nhận bài: 18/9/2021
Ngày phản biện: 20/9/2021
Ngày duyệt bài: 24/9/2021

SUMMARY

PNEUMOCYSTIS JIROVECII PNEUMONIA IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Pneumocystis jiroveci pneumonia (PJP) is an important cause of morbidity and mortality in kidney transplant

recipients (KTRs). Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) prophylaxis reduces the prevalence of PJP after kidney transplantation (KTx). However, PJP occasionally occurs after the recommended prophylaxis periods. The aim of this study was to investigate the prevalence; describe the clinical and subclinical characteristics and evaluate the results of treatment of PJP in KTRs at Cho Ray hospital

Materials and Methods: This is retrospectively case series study on KTRs who confirmed with PJP after KTx from March 2016 to September 2019 at Cho Ray hospital.

Results: There were 33 (4.6%) patients diagnosed PJP among 710 KTRs at Cho Ray hospital. At diagnosis, the patient's mean age was 38±13.3 years. Median time to disease onset was 10 (2-183) months post-transplant. The median hospitalization time was 15 (2 – 45) days. The risk factors associated to PJP were: CMV infection 5 (15.2%) pts, history of diabetes mellitus 6 (18.2%) pts, graft rejection 5 (15.2%) pts and De novo glomerular diseases 3 (9%) pts. 15 (45.5%) pts who were associated with lack of response to high-dose TMP-SMX, we combined of caspofungin for the treatment of severe PJP. 1 (3%) pts progressed to reinitiate dialysis after graft loss and 3 (9%) pts died.

Conclusion: Renal transplant recipients are at risk of late onset of PJP. Early identification along with proper management are essential for successful outcomes of PJP treatment.

Keywords: Pneumonia; pneumocystis jirovecii, kidney transplantation, kidney transplant recipients

I. MỞ ĐẦU

Viêm phổi do Pneumocystis jiroveci (PJP, trước đây gọi là Pneumocystis carinii Pneumonia: PCP), do nhiễm bào tử Pneumocystis jiroveci, là một tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội thường gặp lây truyền qua đường không khí, gây bệnh cảnh viêm phổi, suy hô hấp ở những người có cơ địa suy giảm miễn dịch như trẻ sơ sinh thiếu tháng, suy dinh dưỡng, những người mắc hội chứng suy giảm miễn dịch mắc phải, và ở người được điều trị ức chế miễn dịch sau ghép tạng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn do PJP sau ghép tạng đặc được báo cáo là 5-15%, thay đổi tùy theo tạng ghép và số lượng tạng được ghép, địa lý, phác đồ ức chế miễn dịch và việc điều trị dự phòng [1]. PJP thường xảy ra 6 tháng đầu sau ghép thận. Điều trị dự phòng bằng kháng sinh đã làm giảm tỷ lệ nhiễm PJP tuy nhiên nhiễm PJP vẫn có thể khởi phát muộn sau khi đã điều trị dự phòng [2].

Trên thế giới có rất nhiều nghiên cứu PJP trên bệnh nhân ghép tạng, tuy nhiên tại Việt Nam có nhiều nghiên cứu PJP nhưng thường trên đối tượng là bệnh nhân suy giảm miễn dịch mắc phải, chưa có nhiều báo cáo về viêm phổi do PJP trên bệnh nhân ghép tạng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Viêm phổi do pneumocystis jirovecii ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy với mục tiêu: xác định tỉ lệ nhiễm PJP; mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị PJP trên bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân sau ghép thận tại BVCR, đã và đang được theo dõi, điều trị ngoại trú tại phòng khám ghép thận hoặc khoa Ngoại Tiết niệu, BVCR từ 3/2016 đến 9/2019.

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân là người trưởng thành, sau ghép thận từ người hiến thận tại BVCR, chẩn đoán mắc bệnh PJP, được theo dõi, điều trị ngoại trú tại phòng khám ghép thận, khoa Ngoại Tiết niệu, BVCR.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ghép thận từ các trung tâm khác. Bệnh nhân < 18 tuổi, không theo dõi định kỳ tại phòng khám ghép thận BVCR, thiếu thông tin.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.2.2 Các bước tiến hành

Bệnh nhân sau ghép thận được điều trị thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập basiliximab/ATG; thuốc ức chế miễn dịch duy trì gồm: thuốc ức chế calcineurin (ciclosporin/ tacrolimus); thuốc ức chế chống tăng sinh (mofetil/ mycophenolate sodium/ azathioprine) và corticosteroid. Tất cả bệnh nhân đều được dự phòng PJP bằng trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) từ 3-6 tháng sau ghép thận. Khi được chẩn đoán PJP, bệnh nhân thường được giảm hoặc ngưng thuốc ức chế miễn dịch chống tăng sinh (mofetil/mycophenolate sodium/azathioprine), điều trị viêm phổi bằng TMP-SMX liều 15-20 mg TMP/kg/ngày mỗi 6-8 giờ, chỉnh liều TMP-SMX theo độ lọc cầu thận. Khi xuất hiện trong tình trạng thiếu oxy (PaO_2<70 mmHg hoặc SpO_2 <92%), bệnh nhân được sử dụng methylprednisolone (40-80 mg/ngày). Trong trường hợp đã sử dụng TMP-SMX và corticosteroid nhưng diễn tiến lâm sàng không cải thiện, bệnh nhân được sử dụng thêm liều caspofungin ngày đầu tiên là 70mg truyền tĩnh mạch và liều duy trì 50mg truyền tĩnh mạch 1 lần/ngày kết hợp với TMP-SMX

Các biến số được thu thập:

- Tuổi, giới tính, nguồn thận được ghép; thời điểm ghép thận, thời điểm khởi phát bệnh, và thời gian theo dõi bệnh.
- Tiền sử sử dụng thuốc UCMD dẫn nhập và duy trì.
- Tiền sử thải ghép, bệnh thận tái phát, nhiễm CMV và các bệnh kèm theo.
- Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học trên Xquang, tình trạng suy hô hấp, thời gian nằm viện
- Xét nghiệm chẩn đoán PJP, phác đồ điều trị PJP.
- Creatinin huyết thanh (HT), eGFR tại các thời điểm bình thường sau ghép thận, khi bắt đầu nhiễm PJP, sau điều trị PJP.
- Kết quả điều trị PJP: Theo dõi sống còn của thận ghép và của bệnh nhân.

2.3 Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 710 bệnh nhân theo dõi và điều trị sau ghép thận tại BVCR từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2019, chúng tôi ghi nhận được 33 trường hợp PJP, chiếm tỉ lệ 4,6% với tỉ suất mắc mới là 0,15/100 bệnh nhân/tháng. Giới nam chiếm 20/33 (60,6%) trường hợp (TH). Tuổi trung bình của bệnh nhân 38±13,3. Trung vị thời gian để phát hiện PJP là 10 (2-183) tháng sau ghép thận.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Nguồn thận ghép		
Từ người hiến sống	30	90,9
Từ người hiến chết	3	9,1
Thuốc UCMD dẫn nhập		
Basiliximab	28	84,8
ATG	5	15,2
Thuốc UCMD duy trì		
Ciclosporin+ MMF/MPA+ steroid	7	21,2
Ciclosporin+ AZA + steroid	2	6,1
Tacrolimus+ MMF/MPA+ steroid	24	72,7
Bệnh kèm theo		
Thải ghép	5	15,2
Bệnh thận IgA	1	3
Bệnh cầu thận	2	6,1
Đái tháo đường	6	18,2
Candida albicans	2	6,1
Viêm phổi do E . coli	1	3
Viêm phổi Klebsiela	1	3
Viêm phổi CMV	5	15,2
Lao phổi	2	6,1

ATG: Anti-thymocyte globulin; MMF: Mycophenolate mofetil; MPA: Mycophenolic acid AZA Azathioprine; CMV: Cytomegalovirus

Có 5 TH (15.2%) đồng nhiễm CMV và 2 TH (6,1%) đồng nhiễm lao.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân và kết quả điều trị PJP

Bảng 2. Thời gian khởi phát PJP sau ghép thận

Thời gian khởi phát bệnh	Số trường hợp (%)	Tỷ lệ cộng dồn
6 tháng đầu	11 (33,3%)	
6-9 tháng	3 (9,1%)	14(42,4%)
9-12 tháng	8 (24,3)	22(66,7%)
>12 tháng	11 (33,3%)	33 (100%)

Thời điểm khởi phát PJP sau ghép thận chủ yếu xảy ra trong năm đầu tiên sau ghép chiếm 22 TH (66,7%); tuy nhiên có tới 11 TH (33,3%) bệnh khởi phát sau 1 ghép thận 1 năm

Bảng 3. Triệu chứng lâm sàng khởi phát bệnh

Triệu chứng	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Sốt	21	63,6
Ho	9	27,3
Nặng ngực	1	3
Giảm cân	1	3
Phát hiện bệnh tình cờ	2	6,1

Bệnh nhân thường nhập viện trong cảnh suy hô hấp cấp tính, với đặc trưng sốt, không ho khan.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh học

Dạng tổn thương	XQ Ngực thẳng (n,%)	CT Scan (n)
Tổn thương mô kẽ lan toả 2 bên	14 (42,4%)	6
Thâm nhiễm thuỳ phổi	9 (27,3%)	1
Tổn thương phế nang	4 (12,1%)	1
Không tổn thương	6 (18,2%)	0

6 TH (18,6%) khi có triệu chứng lâm sàng như: sốt, ho khan…chưa có biểu hiện thương tổn trên phim xquang ngực thẳng nhưng kết quả xét nghiệm PCR-PJP (+)

Bảng 5. Xét nghiệm chẩn đoán PJP

Xét nghiệm PCR	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Đàm	27	81,8
Dịch dạ dày	3	9.1
Nội soi phế quản	2	6,1
Giải phẫu bệnh	1	3

Bảng 6. Thuốc điều trị PJP

Điều trị	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
TMP-SMX	18	54,5
TMP-SMX + Caspofungin	15	45,5

15 TH (45,5%) không đáp ứng với điều trị TMP-SMX phải thêm caspofungin

Bảng 7. Diễn tiến của bệnh nhân ghép thận bị PJP

Bệnh nhân	Diễn tiến bệnh				
	Đặt NQ	Số ngày thở máy	Số ngày nằm viện	Lọc máu	Tử vong
Nhóm không suy hô hấp (n=29)	0	0	15,7 ± 6,9	0	0
Nhóm suy hô hấp (n=4)	4	9 (1-23)	21 (12-45)	1	3
TH1	1	14	45	1	1
TH2	1	1	12	0	1
TH3	1	4	20	0	0
TH4	1	23	30	0	1

4 TH (12,1%) suy hô hấp phải đặt nội khí quản, thở máy. Số ngày thở máy trung bình 9 (1-23) ngày; thời gian nằm viện trung bình 21 (12-45) ngày so với nhóm không suy hô hấp thời gian nằm viện trung bình 15,7 ± 6,9 ngày.

Bảng 8. Kết quả điều trị

Kết quả	Số trường hợp (n=33)	Tỷ lệ (%)
Hồi phục	29	87,9
Mất chức năng thận ghép	1	3
Tử vong	3	9,1

Đa số cho kết quả tốt với 87% bệnh nhân hồi phục; 9,1% bệnh nhân tử vong và 3% bệnh nhân mất chức năng thận ghép phải quay lại lọc máu

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm khởi phát, tỷ lệ nhiễm và các yếu tố nguy cơ phát triển PJP trên bệnh nhân sau ghép thận:

Khoảng 5- 15% bệnh nhân được ghép tạng phát triển PJP nếu không được điều trị dự phòng [3]. Thời gian có nguy cơ cao nhất đối với PJP sau khi cấy ghép tạng là từ một đến sáu tháng đầu sau phẫu thuật ghép, thời gian còn sử dụng thuốc ức chế miễn dịch dẫn nhập như ATG, corticosteroid liều cao điều trị thải ghép hay điều trị corticosteroid (tương đương 15-20 mg prednisone trong 3-6 tháng. Nguy cơ cao nhất ở những bệnh nhân được điều trị theo phác đồ ức chế miễn dịch liều cao [4**].** Dù có hiệu quả dự phòng trong 6-12 tháng sau ghép, PJP vẫn có thể xuất hiện 12 tháng sau ghép [4]; các yếu tố nguy cơ bao gồm: giảm số lượng tế bào TCD4 <200/mL hoặc số lượng lympho tuyệt đối <500/mL, giảm bạch cầu hạt kéo dài, nhiễm cytomegalovirus, thải ghép và bệnh nhân lớn tuổi. [6**]**. Tỷ lệ nhiễm PJP của chúng tôi 4,6%, trong đó có 11 TH (33%) khởi phát PJP trong 6 tháng đầu sau ghép thận, chủ yếu xảy ra trong năm đầu tiên sau ghép chiếm 22 TH (66,7%) và có tới 11 TH (33,3%) bệnh khởi phát sau 1 ghép thận 1 năm, trong số này có 1 TH (3%) bệnh thận IgA và 2 TH bệnh cầu thận ghép sau 1 năm được sử dụng coricoid liều cao (có dự phòng TMP-SMX).

4.2. Triệu chứng lâm sàng:

Đa số các trường hợp bệnh khởi phát âm thầm, đôi khi đột ngột với triệu chứng khó thở, ho, sốt, nhịp tim nhanh, đau bụng, đau ngực... Diễn biến của bệnh sẽ có tiến triển tăng dần dẫn đến tình trạng suy hô hấp cấp tính. Cũng có những trường hợp bệnh tuy biểu hiện triệu chứng lâm sàng không rầm rộ nhưng lại gây ra biến chứng suy hô hấp nặng nề; giảm oxy máu nặng không tương xứng với hình ảnh tổn thương trên X quang ngực. Corticosteroid, thuốc ức chế calcineurin và sirolimus có thể che dấu các dấu hiệu và triệu chứng của PJP [6]. Nếu không được điều trị kịp thời, người bệnh có thể bị tử vong sau từ 2 đến 3 tuần. [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi các triệu chứng sốt, ho và nặng ngực và diễn tiến nhanh với suy hô hấp như các báo cáo khác. Có 1 TH (3%) ghép thận được 7 năm, có biểu hiện giảm 20 kg/2 tháng tầm soát phát hiện PJP dù hoàn toàn không sốt, không tổn thương phổi trên Xquang ngực thẳng và CT scan ngực. 2 TH (6,1%) hoàn toàn không triệu chứng phát hiện tình cờ khi khám sức khoẻ định kỳ, chụp xquang ngực kiểm tra phát hiện tổn thương phổi.

4.3. Xét nghiệm cận lâm sàng

4.3.1. Vai trò của chẩn đoán hình ảnh

X quang ngực: viêm phổi PJP giai đoạn sớm thường thấy hình ảnh X-quang thâm nhiễm lan tỏa 2 phổi, khởi đầu với hình ảnh tổn thương mô kẽ - phế nang với hình ảnh cánh bướm; từ rốn phổi, tổn thương sẽ lan rộng đến đỉnh phổi hoặc đáy phổi, tiến triển thành hình ảnh đông đặc sau 3-5 ngày.

20 - 30% bệnh nhân có phim x-quang bình thường. Chụp CT scan ngực thường cho thấy những bất thường không được ghi nhận trên chụp x-quang ngực thường quy. Chúng tôi có 5 TH (15,2%) khi bệnh nhân đến sớm chưa thấy hình ảnh tổn thương trên xquang ngực thẳng nhưng đã có hình kính mờ trên phim CT scan ngực.

4.3.2. Xét nghiệm chẩn đoán xác định PJP

Cận lâm sàng để chẩn đoán xác định viêm phổi do PJP dựa vào xét nghiệm vi sinh xác định hình thể của Pneumocystis jiroveci hoặc PCR với bệnh phẩm được lấy từ dịch rửa phế nang, sinh thiết xuyên phế quản, sinh thiết qua nội soi. Để chất lượng mẫu đàm tăng, sử dụng phương pháp phun khí dung dung dịch nước muối ưu trương trong 20-30 phút, sau đó ho mạnh. Độ nhạy của phương pháp này là 30-55%, trong khi dịch rửa phế nang có độ nhạy cao hơn (80-95%). Phương pháp nhuộm được tiến hành bằng toluidine blue O hoặc Gomori methenamine bạc có độ nhạy thấp 5 -10%, phương pháp nhuộm Giemsa, Wright's, Diff -Quik giúp tìm ra thể nội bào, dạng bào tử hoặc dạng trưởng thành đang hoạt động [8].

Chúng tôi sử dụng xét nghiệm PCR để chẩn đoán xác định PJP. Nếu kết quả PCR của mẫu đàm cho âm tính, có thể làm lại xét nghiệm hoặc nội soi phế quản lấy dịch rửa phế nang. Trong nghiên cứu của chúng tôi 27 TH (81,1%) có kết quả PCR-PJP bệnh phẩm đàm dương tính, 3 TH (91,1%) bệnh phẩm là dịch dạ dày cho kết quả PCR-PJP dương tính 1; TH (3%) phát hiện tình cờ nốt phổi thuỳ trên phổi trái trên phim xquang khi kiểm tra sức khoẻ, hoàn toàn không có biểu hiện lâm sàng, được chẩn đoán u phổi và mổ cắt một phần thuỳ trên phổi trái dù kết quả giải phẫu bệnh viêm hoại tử ở phổi dạng u hạt do nấm nghi ngờ Pneumocystis jiroveci.

4.4. Điều trị

Chẩn đoán PJP nên được xem xét ở những bệnh nhân có tình trạng suy giảm miễn dịch hoặc đang được điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch và chưa được điều trị dự phòng PJP, có có biểu hiện viêm phổi và các hình ảnh gợi ý trên x-quang. Bệnh nhân nên được điều trị dựa trên nguy cơ, biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân và sử dụng các xét nghiệm chẩn đoán. TMP – SMX là thuốc đầu tay được lựa chọn, trong trường hợp dị ứng TMP – SMX, chọn phác đồ điều trị thay thế. Tiến hành giải mẫn cảm TMP – SMX nếu không có chọn lựa thay thế nào khác. Bệnh nhân nên được điều trị bằng đường tĩnh mạch cho đến khi ổn định về mặt lâm sàng (PaO_2 ≥60 mmHg, nhịp thở <25lần/phút) và đường tiêu hóa hoạt động tốt [2]. Các thuốc thay thế khác kém hiệu quả hơn và bao gồm pentamidine tiêm tĩnh mạch, atovaquone, primaquine và clindamycin. Pentamidine có thể phức tạp bởi nhiều độc tính bao gồm viêm tụy, hạ và tăng đường huyết, ức chế tủy xương, suy thận và rối loạn điện giải

Thời gian điều trị kháng sinh nên ít nhất 14 ngày, tuỳ thuộc vào đáp ứng với điều trị, mức độ nghiêm trọng của bệnh. Thời gian điều trị 21 ngày được ưu tiên để tránh bệnh tiến triển và tái phát [2].

Sử dụng echinocandins trong điều trị viêm phổi do P. jirovecii ở bệnh nhân suy

giảm miễn dịch không bị nhiễm HIV còn gây tranh cãi, trong đó caspofungin được sử dụng để điều trị PJP nặng như là điều trị cứu cánh [9]. Chúng tôi có 15/33 TH (45,5%) PJP nặng thiếu đáp ứng với TMP-SMX, diễn tiến lâm sàng xấu đi, bệnh nhân được sử dụng thêm caspofungin, 12/15 TH (80%) cho kết quả tốt đáp ứng tốt với điều trị.

Đồng nhiễm với các mầm bệnh khác là một vấn đề cần cân nhắc trong bối cảnh phản ứng kém với liệu pháp hoặc các biểu hiện không điển hình. Chúng tôi có 5 TH (15,2%) đồng nhiễm CMV được điều trị ganciclovir truyền tĩnh mạch và 2 TH (6,1%) đồng nhiễm lao được điều trị thuốc kháng lao.

Sử dụng thuốc ức chế miễn dịch cho những bệnh nhân ghép thận PJP vẫn còn là một thách thức do thiếu dữ liệu. Các quyết định liên quan đến thuốc ức chế miễn dịch phải được cá thể hóa, dựa trên mức độ nghiêm trọng của bệnh, phác đồ thuốc ức chế miễn dịch được sử dụng, thời gian ghép thận, tiền sử và nguy cơ thải ghép... Vai trò chính xác của thuốc ức chế miễn dịch trong quá trình bệnh vẫn chưa được biết rõ tại thời điểm này; tuy nhiên, với kinh nghiệm các bệnh nhiễm trùng khác cho thấy thuốc ức chế miễn dịch có thể làm tăng nguy cơ nhiễm trùng của bệnh nhân và nguy cơ bệnh nặng hơn. Trên cơ sở kinh nghiệm điều trị với các bệnh nhiễm trùng khác như: BKV và CMV…, chúng tôi thường giảm 50% liều hoặc ngừng hoàn toàn thuốc ức chế miễn dịch tăng sinh của bệnh nhân ghép thận khi chẩn đoán PJP. Tuy nhiên, nếu có sự tiến triển của các triệu chứng hoặc nếu kết quả xét nghiệm cho thấy bệnh nặng hơn, nên ngừng sử dụng thuốc ức chế miễn dịch chống tăng sinh. Thời điểm thích hợp để giảm liều thuốc ức chế calcineurin (CNI) chưa được biết rõ; liều tacrolimus nên được điều chỉnh để đạt được mức đáy 4–6 ng/mL.

Điều trị dự phòng: Điều trị dự phòng ngay sau ghép tạng và điều trị duy trì sau giai đoạn tấn công. Dự phòng viêm phổi do PJP được khuyến cáo duy trì sau ghép ít nhất 6-12 tháng. Đối với bệnh nhân ghép tạng nào có tiền sử của nhiễm trùng PJP trước đó, điều trị dự phòng suốt đời thường được chỉ định. TMP-SMX là thuốc được lựa chọn để điều trị dự phòng PJP và có hiệu quả trong việc ngăn ngừa các mầm bệnh cơ hội khác sau khi ghép. Trong trường hợp không dung nạp hay dị ứng với TMP-SMX có thể giải mẫn cảm TMP-SMX hoặc sử dụng dapsone để dự phòng PJP [2]. Chúng tôi có tới 11 TH (33,3%) bệnh khởi phát sau 1 ghép thận 1 năm dù đã dự phòng với TMP-SMX, trong số này có 3 TH (9,1%) xảy ra khi chức năng thận ổn định và thuốc ức miễn dịch không thay đổi (1TH xảy ra sau 8 năm và 2 TH xảy ra 14 năm sau ghép thận).

Kết quả điều trị: Nếu không điều trị kháng sinh thích hợp, tỷ lệ tử vong do PJP ở bệnh nhân không nhiễm HIV là 90-100% [10]. Ở những bệnh nhân được điều trị, tỷ lệ tử vong do PCP ở bệnh nhân nhiễm HIV là khoảng 10-20% so với 35-50% ở những người không có HIV [11].

PCP nặng có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao hơn. Ví dụ, trong một đánh giá hồi cứu 30 bệnh nhân không nhiễm HIV nhưng bị PJP và suy hô hấp, tỷ lệ tử vong là 67% [12]. Chúng tôi có 4 TH (12,1%) suy hô hấp phải đặt nội khí quản, thở máy. Trong đó có 3 TH (9,1%) tử vong và 1 TH (3%) mất chức năng thận ghép phải quay lại lọc máu. 29 TH (87%) hồi phục tốt.

V. KẾT LUẬN

PJP là một trong những nguyên nhân ảnh hưởng đến sống còn của thận ghép và của bệnh nhân. Dù được dự phòng bằng TMP-SMX, nhưng BN ghép thận vẫn có nguy cơ PJP khởi phát trễ. Phát hiện sớm và điều trị thích hợp để tránh kết quả bất lợi của PJP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fishman JA.** Prevention of infection due to Pneumocystis carinii. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42:995-1004.
2. **Fishman JA, Gans H;** AST Infectious Diseases Community of Practice. Pneumocystis jiroveci in solid organ transplantation: Guidelines from the American Society of Transplantation Infectious Diseases Community of Practice. Clin Transplant. 2019 Sep;33(9):e13587. doi: 10.1111/ctr.13587. Epub 2019 Jul 1. PMID: 31077616.
3. **Radisic M, Lattes R, Chapman JF, et al.** Risk factors for Pneumocystis carinii pneumonia in kidney transplant recipients: a case-control study. Transpl Infect Dis 2003; 5:84.
4. **Fishman JA.** Prevention of infection due to Pneumocystis carinii. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42:995-1004.
5. **Hosseini-Moghaddam SM, Shokoohi M, Singh G, et al.** A multi-center case-control study of the effect of acute rejection and cytomegalovirus infection on Pneumocystis pneumonia (PCP) in solid organ transplant recipients. Clin Infect Dis. 2019 Apr 8;68(8):1320-1326.
6. **Sassi M, Ripamonti C, Mueller NJ, et al.** Outbreaks of Pneumocystis pneumonia in 2 renal transplant centers linked to a single strain of Pneumocystis: implications for transmission and virulence. Clin Infect Dis. 2012;54:1437-1444.
7. **Iriart X, Belval TC, Fillaux J, et al.** Risk factors of Pneumocystis pneu- monia in solid organ recipients in the era of the common use of post transplantation prophylaxis. Am J Transplant. 2015;15:190-199.
8. **Procop GW, Haddad S, Quinn J, et al.** Detection of Pneumocystis jiroveci in respiratory specimens by four staining methods. J Clin Microbiol. 2004;42:3333-3335.
9. **Yu, B., Yang, Y., Ye, L., Xie, X., & Guo, J. (2017).** Comparison of caspofungin and trimethoprim-sulfamethoxazole combination therapy with standard monotherapy in patients with Pneumocystis jiroveci pneumonia following kidney transplantation : a retrospective analysis of 22 cases. Int J Clin Exp Med 2017;10(1):1234-1242
10. **Hughes WT, Feldman S, Sanyal SK.** Treatment of Pneumocystis carinii pneumonitis with trimethoprim-sulfamethoxazole. Can Med Assoc J 1975; 112:47.
11. **Sepkowitz KA**. Opportunistic infections in patients with and patients without Acquired Immunodeficiency Syndrome. Clin Infect Dis 2002; 34:1098.
12. **Festic E, Gajic O, Limper AH, Aksamit TR.** Acute respiratory failure due to pneumocystis pneumonia in patients without human immunodeficiency virus infection: outcome and associated features. Chest 2005; 128:573.

MÔ TẢ THỰC TRẠNG VIÊM GAN VI RÚT B,C TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Thị Thu Hằng[1,2], Đặng Thị Việt Hà[1,3], Đỗ Gia Tuyển[1,3], Nguyễn Văn Dũng[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm viêm gan vi rút B, C, đánh giá chức năng thận và một số yếu tố liên quan ở nhóm bệnh nhân viêm gan B, C sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả, phân tích trên tất cả các bệnh nhân được ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai, so sánh giữa nhóm không viêm gan và viêm gan B, C.

Kết quả: Trên 223 bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai có 24 bệnh nhân viêm gan B, 22 bệnh nhân viêm gan C, 1 bệnh nhân đồng nhiễm B, C và không viêm gan vi rút có 176 bệnh nhân. Số năm ghép trung bình là 3,18 ± 1,77 năm. Về viêm gan B: tỷ lệ hiện mắc 11,2%, tỷ lệ mới mắc 0,9%, tỷ lệ tái hoạt động 36%, không có trường hợp nào bùng phát. Về viêm gan C: tỷ lệ hiện mắc 10,3%, tỷ lệ mới mắc 1,3%, tỷ lệ bùng phát 4,3%, không có trường hợp nào tái phát. Viêm gan B có ALT trung bình sau ghép đến 1 năm là 26,20 ± 14,80 UI/L; 3 năm là 32,20 ± 25,12 UI/L; từ 5 năm trở lên là 41,40 ± 20,80 UI/L. Viêm gan C có ALT trung bình sau ghép đến 1 năm là 27,61 ± 28,38 UI/L; 3 năm là 30,50 ± 20,11 UI/L; từ 5 năm trở lên là 28,40 ± 9,66 UI/L. Creatinin máu trung bình của nhóm viêm gan B, C sau ghép đến 1 năm là 103,89 ± 27,96 umol/l; 3 năm là 98,33 ± 22,13 umol/l; từ 5 năm trở lên là 100,90 ± 25,35 umol/l. Tỷ lệ có protein niệu và có hồng cầu niệu của nhóm viêm gan B, C giống nhau là 29,8%.

Kết Luận: Tỷ lệ mắc Viêm gan B, C trong quần thể ghép thận tương đương tỷ lệ nhiễm viêm gan B, C ở cộng đồng. Tỷ lệ tái hoạt động của viêm gan B tương đối cao 36%. Men gan của nhóm viêm gan B cao hơn nhóm không viêm gan vi rút. Không có sự khác nhau về giá trị men gan giữa nhóm không viêm gan vi rút và nhóm viêm gan C. Không có sự khác nhau giữa chức năng thận ở nhóm bệnh nhân không viêm gan vi rút và nhóm bệnh nhân viêm gan B, C đến thời điểm 5 năm sau ghép. Tỷ lệ có protein niệu, hồng cầu niệu của 2 nhóm là như nhau.

Từ khóa: Ghép thận, Viêm gan B, Viêm gan C

SUMMARY

HEPATITIS B, C VIRUSES IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS AT BACH MAI HOSPITAL

Objectives: To describe characteristics of hepatitis B and C viruses, to evaluate kidney function and some related factors in hepatitis B and C patients after kidney transplant at Bach Mai hospital.

Patients and methods: Retrospective and prospective studies, description and analysis on all kidney transplant patients at Bach Mai

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Xanh Pôn*
[3]*Bệnh viện Bạch Mai*
Liên hệ tác giả: Lê Thị Thu Hằng.
Email: lehangxanhpon2012@gmail.com
Ngày nhận bài: 5/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 25/9/2021

hospital, comparision between non-hepatitis and hepatitis B and C groups.

Results: Out of 223 kidney transplant patients at Bach Mai hospital, there were 24 patients with hepatitis B, 22 patients with hepatitis C, 1 patient with hepatitis B and C co-infection and 176 patients without viral hepatitis. The average number of years of grafting was 3.18 ± 1.77 years. Regarding hepatitis B: prevalence, incidence and reactivation rate was 11.2%, 0.9% and 36%. No outbreak was detected. Regarding hepatitis C: prevalence, incidence and outbreak rate was 10.3%, 1.3% and 4.3%, respectively. Recurrence was not detected. In hepatitis B patients, mean ALT after transplantation up to 1 year; 3 years and from 5 years or more was 26.20 ± 14.80 UI/L; 32.20 ± 25.12 UI/L and 41.40 ± 20.80 UI/L, respectively. In hepatitis C, mean ALT after transplantation up to 1 year; 3 years and from 5 years or more was 27.61 ± 28.38 UI/L; 30.50 ± 20.11 UI/L and 28.40 ± 9.66 UI/L, respectively. Mean blood creatinine in hepatitis B and C patients after transplantation up to 1 year; 3 years and from 5 years or more was 103.89 ± 27.96 umol/l; 98.33 ± 22.13 umol/l and 100.90 ± 25.35 umol/l, respectively. The rates of proteinuria and erythrocytosis in hepatitis B and C patients were similar at 29.8%.

Conclusion: The prevalence of Hepatitis B and C in the kidney transplant population is equivalent to the rate of hepatitis B and C infection in the community. Hepatitis B reactivation rate is relatively high at 36%. Concentrations of liver enzymes in hepatitis B patients were higher than those in non-viral hepatitis patients. There was no difference in liver enzyme values between the non-viral hepatitis patients and hepatitis C patients. There was no difference in renal function between non-viral hepatitis and hepatitis B and C patients at 5 years after transplantation. The rate of proteinuria and, erythrocytosis in 2 groups was not different.

Keywords: Kidney transplant, hepatitis B virus, hepatitis C virus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một thành tựu y học hiện đại, đã đem lại đời sống tốt đẹp hơn cho nhiều bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam. Tuy nhiên, bệnh nhân ghép thận luôn luôn có những yếu tố bất lợi đe dọa cho sự ổn định của các chức năng thận ghép như tình trạng thải ghép, tác dụng phụ của các thuốc ức chế miễn dịch, tình trạng nhiễm trùng, nhiễm vi rút.

Trong ghép thận nhiễm vi rút là một vấn đề quan trọng đối với điều trị. Thường gặp là nhiễm Cytomegalovirus (CMV), Ebstein-Barr virus (EBV), BK virus, hoặc nhiễm vi rút viêm gan B, C [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ người mang HBV khá cao 12% [2]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy tỷ lệ viêm gan B trên bệnh nhân ghép thận là 5,54% còn tại bệnh viện Việt Đức 9,8% [3], [4]. Tỷ lệ nhiễm HCV ở miền Bắc thấp (1 - 2%) nhưng miền Nam lại cao, có những nơi đến 10% [2]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy bệnh nhân theo dõi sau ghép thận tỷ lệ viêm gan C là 5,08% [3]. Ở bệnh viện Bạch Mai tính đến nay chưa có nghiên cứu nào. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu thực trạng viêm gan vi rút B, C ở bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai với mục tiêu 1). mô tả đặc điểm viêm gan vi rút B, C và; 2). đánh giá chức năng thận và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh được ghép thận tại trung tâm thận- tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai. Tiêu

chuẩn loại trừ đối tượng không hợp tác tham gia vào nghiên cứu và đối tượng ghép thận ở trung tâm khác.

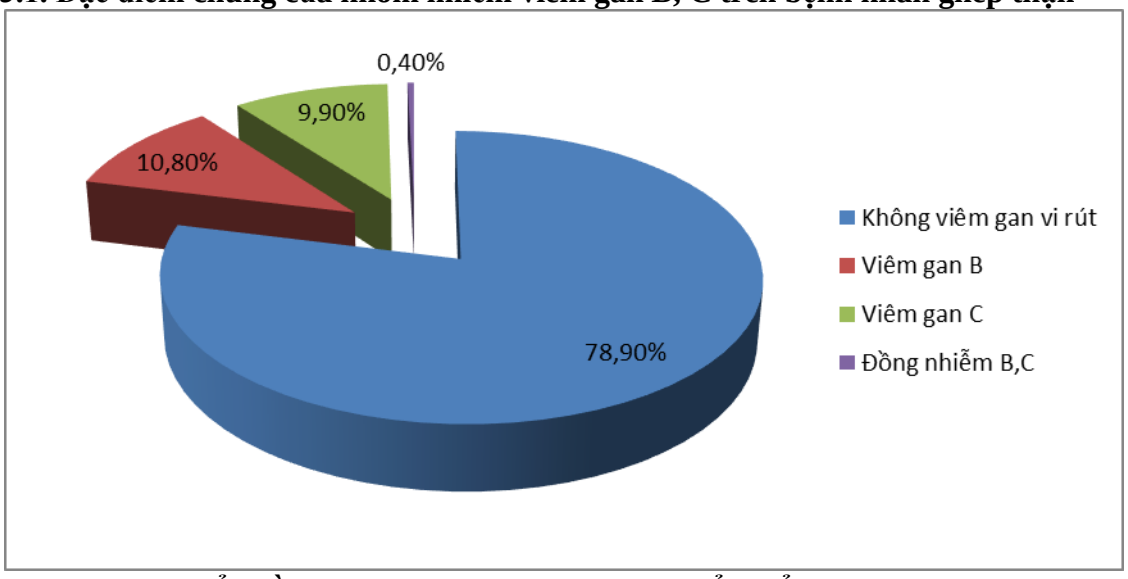
2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 4/2020 – 7/2021 tại trung tâm thận- tiết niệu và lọc máu bệnh viện Bạch Mai

3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả, phân tích.

Số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu mẫu được mã hóa, nhập, quản lý và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nhiễm viêm gan B, C trên bệnh nhân ghép thận



Biểu đồ 1: Tỷ lệ viêm gan B, C trong quần thể nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu này có 78,9% là không viêm gan vi rút; tỷ lệ viêm gan B đơn thuần và tỷ lệ viêm gan C đơn thuần tương đương nhau lần lượt là:10,8% và 9,9%

Đồng nhiễm viêm gan vi rút B và C là 0,4%

Bảng 1: Số năm ghép

Nhóm	Số BN	Số năm ghép	p
Không nhiễm	176	3,18± 1,83	0,974
Nhiễm viêm gan B, C	47	3,19± 1,57	
Chung	3,18± 1,77		

Nhận xét: Số năm ghép trung bình của quần thể ghép thận là 3,18± 1,77 năm

3.2. Đặc điểm của viêm gan vi rút B, C trên bệnh nhân ghép thận

Bảng 2. Các loại tỷ lệ của nhiễm viêm gan B, C

Nhóm	Mắc trước ghép	Hiện mắc	Mới mắc	Tái hoạt động hoặc tái phát	Bùng phát
Viêm gan B	10,3%	11,2%	0,9%	36%	0%
Viêm gan C	9,0%	10,3%	1,3%	0%	4,3%

Nhận xét:

. Viêm gan B: tỷ lệ hiện mắc 11,2%, tỷ lệ mới mắc 0,9%, tỷ lệ tái hoạt động viêm gan B là 36%, không có trường hợp nào bùng phát viêm gan B.

. Viêm gan C: tỷ lệ hiện mắc 10,3%, tỷ lệ mới mắc 1,3%, tỷ lệ bùng phát 4,3%, không có trường hợp nào tái phát viêm gan C.

Bảng 3. Chỉ số men gan của bệnh nhân viêm gan B theo thời gian

Thời gian		**≤ 1 năm**	**3 năm**	**≥ 5 năm**
ALT (UI/L)	Không viêm gan vi rút	22,55 ±13,35 (n = 148)	21,05 ±13,68 (n = 83)	23,09 ±13,42 (n = 33)
	Viêm gan B	26,20 ±14,80 (n = 20)	32,20 ±25,12 (n = 15)	41,40 ±20,80 (n = 5)
	Chung	22,99 ±13,54 (n =168)	22,76 ±16,29 (n = 98)	25,50 ±15,55 (n = 38)
	p	0,298	0,097	0,028

Nhận xét: Giá trị ALT trung bình của nhóm viêm gan B tăng dần theo thời gian và đến thời điểm từ 5 năm sau ghép trở lên men gan nhóm viêm gan B cao hơn nhóm không viêm gan vi rút có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

Bảng 4. Chỉ số men gan của bệnh nhân viêm gan C theo thời gian

Thời gian		**≤ 1 năm**	**3 năm**	**≥ 5 năm**
ALT (UI/L)	Không viêm gan vi rút	22,55 ±13,35 (n= 148)	21,05 ±13,68 (n= 83)	23,09 ± 13,42 (n= 33)
	Viêm gan C	33,50 ±55,83 (n= 18)	35,44 ±53,91 (n= 16)	28,20 ± 11,82 (n= 5)
	Chung	23,74 ± 22,17 (n= 166)	23,37 ±25,09 (n= 99)	23,76 ± 13,19 (n= 38)
	P	0,909	0,184	0,256

Nhận xét: Nhóm không viêm gan và nhóm viêm gan C không có sự khác nhau về ALT có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

3.3. Đánh giá chức năng thận của nhóm bệnh nhân viêm gan B, C theo thời gian ghép thận

Bảng 5. Chỉ số Creatinin máu theo thời gian ghép thận

Nhóm	Creatinin máu (umol/l)		
	≤ 1 năm	**3 năm**	**≥ 5 năm**
Không Nhiễm	110,31 ± 33,93 (n= 148)	101,94 ± 33,72 (n= 83)	96,7 ± 27,71 (n= 33)
Nhiễm	103,89 ± 27,96 (n= 37)	98,33 ± 22,13 (n= 30)	100,90 ± 25,35 (n= 10)
Chung	109,03 ± 32,85 (n= 185)	100,98 ± 31,02 (n= 113)	97,67 ± 26,94 (n= 43)
p	**0,289**	**0,945**	**0,671**

Nhận xét: Creatinin máu trung bình từ sau khi ghép thận đến thời gian từ 5 năm trở lên ở nhóm không viêm gan vi rút và nhóm viêm gan B,C không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến chức năng thận ở nhóm bệnh nhân viêm gan B, C sau ghép thận

Bảng 6. Chỉ số ure máu, protein niệu, hồng cầu niệu

Chỉ số	Ure máu	Protein niệu (+)	Hồng cầu niệu (+)
Không nhiễm	6,24± 2,37	25,6%	40,9%
Nhiễm	5,54± 1,36	29,8%	29,8%
Chung	6,09± 2,21	26,5%	38,6%
p	**0,082**	**0,56**	**0,164**

Nhận xét: Ure trung bình của 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Tỷ lệ Protein niệu dương tính và tỷ lệ hồng cầu niệu dương tính giữa 2 nhóm không khác nhau có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của viêm gan vi rút B, C trên BN ghép thận

Trong quần thể ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai tỷ lệ nhiễm viêm gan B 11,2%, tỷ lệ nhiễm viêm gan C 10,3% (bảng 2).Tỷ lệ viêm gan B ở bệnh viện Chợ Rẫy năm 2010 là 5,54% [3], năm 2013 là 6,83% [5]; ở bệnh viện Việt Đức năm 2016 là 9,8% [4]. Tỷ lệ viêm gan C ở bệnh viện Chợ Rẫy năm 2010 là 5,08% [3], năm 2011 là 7,72% [6]; ở bệnh viện Việt Đức năm 2016 là 7,0% [4]. Tỷ lệ viêm gan B, C trong nghiên cứu này tương đương với tỷ lệ nhiễm viêm gan B, C trong cộng đồng là 12% và 10% [2] nhưng lại cao hơn so với bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Việt Đức có thể do sự khác biệt về chỉ định ghép thận những năm trước đây với những

bệnh nhân suy thận có viêm gan B, C thì chỉ định ghép thận còn hạn chế nhưng đến hiện nay do có sự ra đời của nhiều loại thuốc diệt vi rút an toàn và hiệu quả nên chỉ định ghép thận trên bệnh nhân viêm gan B, C rất rộng rãi. Số năm ghép trung bình trong nghiên cứu này là 3,18 ± 1,77 (bảng 1) và thời gian ghép lâu nhất là 9 năm. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại Việt Đức năm 2016 (5,45 ± 3,78) [4].

4.2. Đặc điểm của viêm gan vi rút B, C trên bệnh nhân ghép thận

Nhóm bệnh nhân viêm gan B có giá trị men gan không cao hơn giá trị bình thường phù hợp với số liệu tỷ lệ bùng phát viêm gan B là 0% (bảng 2). So với nghiên cứu của Emori C.T và cộng sự năm 2014 theo dõi 140 bệnh nhân sau ghép có HBsAg dương tính thì có 25% bệnh nhân có biểu hiện bùng phát hoạt động của vi rút viêm gan B trong 3,4 ± 3 năm sau ghép [7]. Theo Hồ Mạnh Linh nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức 2016 thì tỷ lệ bùng phát viêm gan B là 26,2% trong 5,9 ± 3,9 năm [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bùng phát viêm gan B là 0% thấp hơn nhiều so với 2 nghiên cứu trên lý do có thể thời gian ghép thận trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ dài (3,18 ± 1,77 năm) và có 43 trường hợp ghép trên 5 năm chúng tôi lại ko lấy được số liệu của những năm đầu sau ghép. Tuy nhiên tỷ lệ tái hoạt động viêm gan B trong nghiên cứu của chúng tôi lại khá cao 36% (bảng 2). Tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với một nghiên cứu trên thế giới với tỷ lệ tái hoạt động của viêm gan B là 4% [8] và cũng cao hơn nghiên cứu của Trần Xuân Trường tại BV Chợ Rẫy năm 2013 với tỷ lệ viêm gan B tái hoạt động sau ghép là 14,6% [5]. Nguyên nhân là sau ghép thận, sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch có thể làm vi rút nhân lên một cách tự do không kiểm soát vì vậy mà có thể làm HBV tái hoạt động và tái bùng phát sao chép. Bên cạnh đó có 3 trong số 9 bệnh nhân tái hoạt động viêm gan B bỏ uống thuốc kháng vi rút một thời gian sau ghép là lý do khiến viêm gan B tái hoạt động. Nhóm 23 bệnh nhân viêm gan C có 1 trường hợp phát hiện nhiễm mới sau ghép thận 1 năm và có biểu hiện bùng phát viêm gan chiếm tỷ lệ 4,3% với biểu hiện lâm sàng mệt mỏi, vàng da, xét nghiệm ALT tại thời điểm đó rất cao (253UI/L) cao hơn 5 lần giá trị bình thường cao. Không có trường hợp nào tái phát viêm gan C. So với nghiên cứu của Trần Xuân Trường tại BV Chợ Rẫy 2011 thì tỷ lệ tái phát viêm gan C sau ghép lại rất cao 27,5%. Điều này có thể giải thích do tại thời điểm 2011 trở về trước bệnh nhân viêm gan C chỉ có mỗi lựa chọn điều trị bằng interferon nên tỷ lệ đáp ứng vi rút hoàn toàn thấp hơn (< 50%), bây giờ điều trị bằng thuốc uống DAAs tỷ lệ đáp ứng vi rút hoàn hoàn > 95% [9]. Giá trị ALT trung bình của nhóm viêm gan B tăng dần theo thời gian 26,20 ± 14,80 UI/L* 32,20 ± 25,12UI/L* 41,40 ± 20,80 UI/L (bảng 3). Thời điểm từ 5 năm sau ghép trở lên men gan nhóm viêm gan B cao hơn nhóm không viêm gan vi rút có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Hồ Mạnh Linh tại bệnh viện Việt Đức (ALT* 30,9 ± 11,0 UI/L) [4]. Nhóm viêm gan C có ALT trung bình sau ghép đến 1 năm 27,61 ± 28,38 UI/L; 3 năm 30,50 ± 20,11UI/L; từ 5 năm trở lên 28,40 ± 9,66 UI/L không có sự khác nhau so với nhóm

không viêm gan vi rút có ý nghĩa thống kê với p> 0,05 (bảng 4).

4.3. Chức năng thận của nhóm bệnh nhân viêm gan B, C sau ghép thận

Việc đánh giá chức năng thận ghép dựa vào chỉ số Creatinin máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi creatinin máu trung bình từ sau ghép đến 1 năm ở nhóm không viêm gan vi rút và nhóm viêm gan B, C lần lượt là: 110,31 ± 33,93 umol/l và 103,89 ± 27,96 umol/l, không có sự khác nhau giữa 2 nhóm tại thời điểm 1 năm với P = 0,289 (bảng 5). Creatinin trung bình chung cho cả 2 nhóm trong năm đầu là 109,03 ± 32,85 umol/l (bảng 5) thấp hơn so với một nghiên cứu ở Hà Lan về nồng độ creatinin trên bệnh nhân sau một năm ghép thận là 124 umol/l (67-245 umol/l) [10]. Chỉ số creatinin trung bình trong năm đầu sau ghép trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự với nghiên cứu của Hồ Mạnh Linh tại BV Việt Đức năm 2016 là 115,4 ± 32,8 umol/l [4]. Thời điểm 3 năm sau ghép thận thì nồng độ creatinin máu trung bình của 2 nhóm không nhiễm viêm gan vi rút và nhóm nhiễm viêm gan B, C tương ứng là 101,94 ± 33,72 umol/l và 98,33 ± 22,13 umol/l khác nhau không có ý nghĩa thống kê với P = 0,945 (bảng 5). Nồng độ creatinin máu trung bình chung cho cả 2 nhóm là 100,98 ± 31,02 umol/l (bảng 5). Theo một nghiên cứu trên thế giới thì nồng độ creatinin máu trên bệnh nhân ghép thận từ người cho sống ở thời điểm 1 năm và 3 năm tương ứng là 141,5 umol/l (96- 223 umol/l) và 145,0 umol/l (76- 277umol/l) [11]. So với nghiên cứu này thì kết quả nghiên cứu nồng độ creatinin máu của chúng tôi thấp hơn nhiều. Điều này chứng tỏ sự thành công của ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai. Với thời gian lâu hơn từ 5 năm trở đi thì nồng độ creatinin máu trung bình của 2 nhóm không nhiễm và nhiễm viêm gan B, C lần lượt là 96,7± 27,71 umol/l và 100,90± 25,35 umol/l (bảng 5), tuy rằng nồng độ creatinin máu của nhóm viêm gan B, C có xu hướng tăng lên và cao hơn so với nhóm không viêm gan vi rút, nhưng không có ý nghĩa thống kê với P= 0,671. Điều này có thể là do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

4.4. Các yếu tố liên quan đến chức năng thận ở nhóm viêm gan B, C sau ghép thận

Có protein niệu sau ghép dự báo giảm chức năng ghép lâu dài. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu xem việc nhiễm viêm gan B, C ảnh hưởng như thế nào tới chức năng thận ghép thông qua nghiên cứu xem tỷ lệ protein niệu ở nhóm không viêm gan vi rút và nhóm nhiễm viêm gan B, C có khác nhau không. Tỷ lệ có protein niệu ở nhóm không nhiễm viêm gan vi rút là 25,6% và nhóm nhiễm viêm gan B, C là 29,8% (bảng 6). Tỷ lệ này ở nhóm viêm gan B, C nhìn thì cao hơn nhóm không nhiễm tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với p= 0,56. Tỷ lệ có Protein niệu trong nghiên cứu của chúng tôi ở cả 2 nhóm không nhiễm và nhiễm viêm gan B, C đều cao hơn so với nghiên cứu của Hồ Mạnh Linh ở Việt đức là 9,8% (nhóm không nhiễm) và 11,9% (nhóm nhiễm viêm gan B) [4].

V. KẾT LUẬN

1. Về đặc điểm viêm gan B, C trên bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai:

- Tỷ lệ viêm gan B đơn thuần là 10,8%, tỷ lệ viêm gan C đơn thuần là 9,9%, đồng nhiễm viêm gan B, C là 0,4%.

- Tỷ lệ tái hoạt động viêm gan B là 36%, tỷ lệ tái phát viêm gan C là 0%

- Nhóm viêm gan B có giá trị ALT trung bình cao hơn nhóm không viêm gan vi rút.

- Nhóm viêm gan C không có sự khác nhau về giá trị men gan so với nhóm không viêm gan vi rút.

2. Về chức năng thận và một số yếu tố liên quan: Không có sự khác nhau giữa chức năng thận ở nhóm bệnh nhân không viêm gan vi rút và nhóm bệnh nhân viêm gan B, C đến thời điểm 5 năm sau ghép. Các chỉ số Ure máu, protein niệu, hồng cầu niệu giữa 2 nhóm này không khác nhau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kotton C.N. và Fishman J.A. (2005).** Viral Infection in the Renal Transplant Recipient. JASN, 16(6), 1758–1774.
2. **Giáo trình bệnh truyền nhiễm Y5 Y HN.2009.**
3. **Trần Ngọc Sinh và Trần Xuân Trường (2010).**Tình hình viêm gan siêu vi trên bệnh nhân theo dõi sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy. Y học TP Hồ Chí Minh, 14(2), 457-464.
4. **Hồ Mạnh Linh. (2016).** Nghiên cứu tình trạng nhiễm virus viêm gan B ở bệnh nhân sau ghép thận, 5-7, 11-13, 19-28.
5. **Trần Xuân Trường T.N.S.** Tình hình theo dõi và điều trị HBV sau ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy (Kỷ yếu công trình ghép thận BV Chợ Rẫy 2011-2016).
6. **Trần Xuân Trường T.N.S.** Kết quả theo dõi và điều trị sau ghép thận có nhiễm vi rút viêm gan C tại bệnh viện Chợ Rẫy (Kỷ yếu công trình ghép thận bệnh viện Chợ Rẫy 2011-2016).
7. **Emori C.T., Perez R.M., Matos C.A.L. de và cộng sự. (2014).** Acute exacerbation of chronic hepatitis B virus infection in renal transplant patients. Brazilian Journal of Infectious Diseases, 18(6), 625–630.
8. **Blanpain C., Knoop C., Delforge M.-L. và cộng sự. (1998).** Reactivation of hepatitis B after transplantation in patients with pre-existing anti - hepatitis B surface antigen antibodies: Report on Three Cases and Review of the Literature. Transplantation, 66(7), 883–886.
9. **Cập nhật điều trị viêm gan C mạn - 2019**, <http://vasld.com.vn/cap nhat-dieu-tri-viem-gan-c-man-2019>.
10. **Artz M.A. (2004).** Blockade of the renin-angiotensin system increases graft survival in patients with chronic allograft nephropathy. Nephrology Dialysis Transplantation, 19(11), 2852–2857.
11. **Sund S., Reisæter A.V., Fauchald P. và cộng sự. (1999).** Living donor kidney transplants: a biopsy study 1 year after transplantation, compared with baseline changes and correlation to kidney function at 1 and 3 years. Nephrology Dialysis Transplantation, 14(10), 2445–2454.

KẾT QUẢ KỸ THUẬT TRỒNG NIỆU QUẢN VÀO BÀNG QUANG THEO LICH-GREGOIR CẢI BIÊN TRONG PHẪU THUẬT GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nghiêm Trung Hưng[1], Trần Đức[1], Nguyễn Việt Hải[1], Trần Đức Dũng[1], Dương Xuân Hoà[1], Nguyễn Văn Phúc[1], Nguyễn Tuấn Đạt[1], Đỗ Ngọc Thể[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tính an toàn và hiệu quả của kỹ thuật trồng niệu quản vào bàng quang theo phương pháp Lich-Gregoir cải biên tại Bệnh viện TW Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang không đối chứng trên 81 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, được phẫu thuật ghép thận tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 12/2016 đến 7/2021.

Kết quả: Bệnh nhân ghép thận chủ yếu là nam giới (77,8%), trong đó nhiều nhất ở lứa tuổi lao động (21÷60) chiếm 91,5% với nguyên nhân hàng đầu là viêm cầu thận mạn (81,5%). Thời gian trồng niệu quản trung bình trong nghiên cứu là 20,94 ± 6,59 phút. Thời gian nằm viện của nhóm có biến chứng niệu khoa và không có biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân bị nhiễm khuẩn niệu và nhiễm khuẩn vết mổ đều là 6,17%. Thời gian lưu ống thông double-J trung bình là 30 ngày sau mổ; theo dõi sau rút không có trường hợp nào rò nước tiểu, hẹp lỗ niệu quản hay trào ngược bàng quang-niệu quản.

Kết luận: Kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên trong nối niệu quản vào bàng quang là an toàn và hiệu quả, các biến chứng niệu khoa sau ghép đều ở tỷ lệ thấp.

Từ khoá: ghép thận, kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên.

SUMMARY

RESULT OF THE MODIFIED LICH-GREGOIR URETEROVESICAL IMPLANTATION IN KIDNEY TRANSPLANT: REPORT FROM 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the result of the modified Lich-Gregoir ureterovesical implantation in kidney transplant at 108 Military Central Hospital.

Patients and methods: A prospective cross-sectional non-controlled descriptive study was performed on 81 patients with end-staged chronic disease who treated by kidney transplant at 108 Military Central Hospital from Dec 2016 to July 2021.

Results: Kidney transplant patients were mainly men (77.8%), most of which were of working age (21÷60) accounting for 91.5%. The leading cause of chronic kidney failure was chronic glomerulonephritis, at 81.5%. The mean ureteral reimplantation time in the study was 20.94 ± 6.59 minutes. The difference between the hospital stay of the group with urologic complications and the group without

[1]*Trung tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.*
Liên hệ tác giả: BS. Nghiêm Trung Hưng.
Email: trunghung0704@gmail.com
Ngày nhận bài: 30/8/2021
Ngày phản biện: 14/9/2021
Ngày duyệt bài: 24/9/2021

complications was not statistically significant. After surgery, the rates of UTI and wound infection were 6.17%. The duration of indwelling stent double-J was 30 days. There was no sign of neo-orifice stricture or vesico-ureteral reflux after the double-J removal and urine leak.

Conclusion: The modified Lich-Gregoir was safe and effective in ureteral reimplantation with the low rate of post-transplant urological complications.

Keyword: kidney transplant, the modified Lich-Gregoir procedure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị có hiệu quản cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, giúp BN nhanh chóng tái hòa nhập với cuộc sống. Những năm gần đây chứng kiến những tiến bộ rõ rệt trong việc sàng lọc, chẩn đoán, điều trị nội khoa trước và sau ghép, bên cạnh đó là quy trình ngoại khoa liên hoàn trong phẫu thuật ghép thận ngày càng hoàn thiện ở cả 3 giai đoạn: i/ lấy thận để ghép, ii/ rửa-bảo quản-vận chuyển, và iii/ ghép thận (với 2 thì mổ chính là ghép mạch máu, và ghép niệu quản).

Trong ghép thận, tỷ lệ biến chứng mạch máu trung bình từ 1- 6% [1], tuy nhiên biến chứng chung của đường tiết niệu còn cao (10 - 25%) trong những năm 1970 tùy từng tác giả, có liên quan trực tiếp đến kỹ thuật trồng niệu quản ghép và bàng quang [2], [3],[4]. Mặc dù đã có nhiều cải tiến về kĩ thuật, thuốc chống thải ghép… làm tỷ lệ biến chứng niệu khoa giảm xuống còn khoảng 10% năm 1990, tuy nhiên trồng niệu quản vào bàng quang vẫn là một kỹ thuật khó.

Kỹ thuật Lich-Gregoir là một lựa chọn phù hợp với trồng niệu quản vào bàng quang cho bệnh nhân được ghép thận do không yêu cầu nhiều về chiều dài niệu quản ghép, kỹ thuật tương đối đơn giản, thực hiện hoàn toàn bên ngoài bàng quang, nên làm giảm nguy cơ xì rò bàng quang, nhiễm khuẩn sau mổ,…[5] Tuy nhiên tỷ lệ biến chứng với kỹ thuật Lich-Gregoir chính danh còn cao tới 13,3 % theo Pleass và cộng sự, 10,3 % theo Benoir [6]. Tại Việt Nam, nhiều trung tâm ghép đã thực hiện kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên có đặt double J stent niệu quản ghép, làm giảm tỷ lệ biến chứng niệu quản sau mổ [7]. Do vậy, chúng tôi cũng đã lựa chọn kỹ thuật này để trồng niệu quản vào bàng quang trên các bệnh nhân được ghép thận tại Bệnh viện TƯQĐ 108 trong hơn 4 năm qua.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 81 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, được phẫu thuật ghép thận tại Bệnh viện TƯQĐ 108, thời gian từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 7 năm 2021.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được phẫu thuật ghép thận và trồng niệu quản ghép vào bàng quang người nhận theo kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên.
- Bệnh nhân có đủ dữ liệu về lâm sàng và cận lâm sàng trong quá trình theo dõi và điều trị sau mổ.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Bệnh nhân không có đủ dữ liệu hoặc từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang, không đối chứng.

* Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các chỉ tiêu chính: tỷ lệ rò niệu quản sau mổ, tỷ lệ hẹp niệu quản vị trí trồng vào bàng

quang, tỷ lệ trào ngược bàng quang niệu quản (sau rút stent double J).

- Các chỉ tiêu phụ: thời gian mổ, thời gian nối niệu quản, ngày nằm điều trị sau mổ, ngày lưu stent double J.

* Nội dung nghiên cứu:

- Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân được ghép thận.

- Thời gian mổ tính từ lúc rạch da đến lúc kết thúc đóng da; thời gian trồng niệu quản vào bàng quang tính từ lúc bắt đầu rạch lớp cơ bàng quang đến khi hoàn thành đường hầm cơ bàng quang.

- Các biến chứng niệu khoa:

+ Rò nước tiểu: dịch chảy qua dẫn lưu hoặc vết mổ, xét nghiệm dịch này cho thấy nồng độ ure, creatinin tương đương với nồng độ trong nước tiểu. Chụp CT-scan thấy thoát thuốc qua vị trí rò.

+ Nhiễm khuẩn vết mổ: vết mổ tấy đỏ, không liền, bung chỉ, chảy dịch đục; lấy dịch nuôi cấy có thể bắt được vi khuẩn.

+ Nhiễm khuẩn niệu: cấy nước tiểu sau mổ mọc vi khuẩn.

+ Hẹp niệu quản hoặc vị trí trồng niệu quản vào bàng quang (sau rút ống thông double J): bệnh nhân có đau tức thường xuyên vùng thận ghép, lượng nước tiểu giảm, có thể có triệu chứng nhiễm khuẩn niệu, xét nghiệm creatinine huyết thanh tăng, siêu âm có giãn đài bể thận và niệu quản ghép (trên chỗ hẹp); chẩn đoán xác định dựa vào chụp CT-Scan, có thể bổ sung thêm với nội soi bàng quang niệu quản ống mềm.

+ Trào ngược bàng quang-niệu quản: bệnh nhân có đau tức vùng thận ghép khi đi tiểu, siêu âm thấy đài bể thận và niệu quản ghép giãn; chẩn đoán xác định dựa vào chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang thì bài xuất.

- Quy trình kỹ thuật trồng lại niệu quản ghép vào bàng quang theo Lich-Gregoir cải biên: Giải phóng bàng quang khỏi lớp mỡ dưới phúc mạc; rạch lớp cơ 3-4 cm cho tới lớp niêm mạc, tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ bàng quang; niệu quản ghép được cắt với chiều dài phù hợp, được nuôi dưỡng tốt; đoạn cuối cùng của niệu quản được bóc tách ra khỏi mạc treo của nó và được xẻ dọc theo mặt dưới dài 8-10 mm; mở niêm mạc bàng quang ở phần thấp nhất của đường rạch, lỗ mở này có kích thước tương đương với chiều dài đoạn niệu quản xẻ; khâu 2 sợi chỉ tiêu Monosyn 5/0 ở hai bên góc trên và dưới của lỗ xẻ niêm mạc bàng quang và niệu quản; thực hiện đường khâu vắt lấy toàn thể niệu quản khâu với niêm mạc của bàng quang, khâu mép bên ngoài trước, sau đó buộc nút ở đường khâu và đưa chỉ vào trong bộc lộ mép trong của miệng nối; đặt stent double J niệu quản, khâu vắt mối trong của miệng nối; mũi chỉ cuối cùng của miệng nối được cố định vào lớp cơ bàng quang; đóng lại lớp cơ, vùi niệu quản phía dưới bằng các mối khâu rời.

* Xử lý số liệu: các số liệu mô tả được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, số trung bình và độ lệch chuẩn; dùng kiểm định t-student để so sánh 2 số trung bình; sự khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; các tính toán dựa vào chương trình SPSS 20.0 for Windows.

* Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu tuân thủ Tuyên ngôn Helsinki 1964 và được sự cho phép của Hội đồng đạo đức Bệnh viện TƯQĐ 108.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nhận thận

Đặc điểm	Số lượng (n=81)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
≤ 20	0	0
21÷60	74	91,5
> 60	7	8,5
X ± SD	43,19 ± 12,16	
Giới		
Nam	63	77,8
Nữ	18	22,2
Nguyên nhân suy thận		
Viêm cầu thận mạn	66	81,5
Tăng huyết áp	8	9,9
Đái tháo đường	5	6,2
Nguyên nhân khác	2	2,4

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 43,19 ± 12,16 tuổi. Nhóm tuổi lao động (21÷60 tuổi) chiếm chủ yếu 74/81 trường hợp (91,5%). Bệnh nhân được ghép thận chủ yếu là nam giới, chiếm 77,8%. Nguyên nhân chính gây suy thận ở các bệnh nhân được ghép thận là viêm cầu thận mạn tính, 81,5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các nhóm nguyên nhân khác (p<0,05).

Bảng 2: Thời gian phẫu thuật

Thời gian (Phút)	X ± SD	Dài nhất	Ngắn nhất
Phẫu thuật	174,82 ± 67,62	480	120
Trồng niệu quản	20,94 ± 6,59	60	15

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 174,82 ± 67,62, trong đó có dài nhất là 480 phút. Thời gian trồng niệu quản vào bàng quang 20,94 ± 6,59, dài nhất là 60 phút. Thời gian phẫu thuật và thời gian trồng niệu quản dài nhất xảy ra trong cùng 1 ca mổ do thấy nước tiểu ít sau ghép đã tiến hành ghép lại.

Bảng 3: Một số thông tin về thời gian hậu phẫu (ngày)

Thời gian (ngày)	X ± SD	Dài nhất	Ngắn nhất
Dẫn lưu ổ mổ	7,24 ± 1,97	15	2
Lưu ống thông tiểu	7,10 ± 1,51	12	4
Lưu ống thông "double J"	29,70 ± 2,50	42	18
Nằm viện sau ghép			
Nhóm không có biến chứng	17,88 ± 9,10	60	8
Nhóm có biến chứng	69,00 ± 74,66	236	20

Nhận xét: Trung bình thời gian dẫn lưu ổ mổ là 7,24 ± 1,97 và thời gian lưu ống thông tiểu 7,10 ± 1,51, các bệnh nhân thường được rút dẫn lưu ổ mổ và ống thông tiểu cùng ngày. Thời gian đặt ống thông double J niệu quản 29,70 ± 2,50. Thời gian nằm viện sau ghép trung bình ở nhóm không có biến chứng ở nhóm có biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p >0,05); trong đó có 01 bệnh nhân nằm viện dài nhất là 236 ngày do biến chứng hẹp niệu quản.

Bảng 4: Các biến chứng niệu khoa sau ghép thận

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ
Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản	2	2,47
Hẹp niệu quản vị trí trồng vào bàng quang, trào ngược nước tiểu qua niệu quản	0	0
Rò nước tiểu	0	0
Sốt nhiễm khuẩn niệu	5	6,17
Nhiễm khuẩn vết mổ	5	6,17
Rò bạch huyết	4	4,94

Trong các biến chứng niệu khoa, chúng tôi có 2 bệnh nhân bị hẹp khúc nối bể thận – niệu quản chiếm 2,47 %, có 5 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn niệu, chiếm 6,17%, được điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, sau điều trị bệnh nhân ổn định. Không có bệnh nhân nào bị hẹp niệu quản vị trí trồng vào bàng quang, hoặc trào ngược nước tiểu sau ghép.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người được ghép thận lớn tuổi nhất là 71 tuổi, nhỏ tuổi nhất là 22 tuổi, tuổi trung bình là 43,19 ± 12,16, phân bố chủ yếu là những người ở độ tuổi lao động từ 21-60 tuổi, 74/81 trường hợp, chiếm 91,5% và chủ yếu là nam giới (77,8%). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước như: nghiên cứu của Đỗ Ngọc Sơn (2019) trên 101 trường hợp ghép thận có tuổi trung bình là 36,9 ± 11,0 tuổi, nhỏ nhất 12 tuổi, lớn nhất 63. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 68,3% [8], Lê Anh Tuấn và Hoàng Mạnh An (2017) nghiên cứu trên 157 trường hợp từ 2011-2016 thấy tuổi thấp nhất 14 tuổi, tuổi cao nhất 65 tuổi, lứa tuổi hay gặp nhất là 20-40 chiếm 72%. Tỷ lệ nam/nữ là 116/41 [5]. Lứa tuổi thường hay gặp 21-60 tuổi, là lứa tuổi lao động chính trong gia đình và xã hội, nên nhu cầu ghép thận của những bệnh nhân này cao hơn với nhóm tuổi khác. Ghép thận giúp bệnh nhân sớm quay lại lao động, hòa nhập với cộng đồng.

Nguyên nhân gây suy thận mạn chủ yếu trong nghiên cứu này là viêm cầu thận mạn 66/81 chiếm 81,5%, cao hơn có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 so với các nguyên nhân khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, thận đa nang,... Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Nga (2017) cho thấy viêm cầu thận mạn tính gây suy thận mạn chiếm 95,17%, còn lại là các nguyên nhân khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, thận đa nang, viêm khe thận [9].

Thời gian phẫu thuật trung bình là 174,82 ± 67,62, thời gian trồng niệu quản vào bàng quang 20,94 ± 6,59, dài nhất là 60 phút, ngắn nhất là 15 phút. Trong đó có 01 bệnh nhân

sau khi tái tưới máu thận lần 1 nước tiểu ra tốt, sau khi trồng niêu quản và bàng quang lần 1 phát hiện thận ghép mềm, tím, không chảy nước tiểu qua dẫn lưu niệu đạo đã phải lấy lại thận ghép, lấy cục máu đông gây tắc động mạch thận, rửa lại thận ghép, sau đó ghép lại vào vị trí cũ. Chính vì vậy kéo dài thời gian mổ, thời gian trồng niệu quản vào bàng quang. Trong nghiên cứu của Hoàng Khắc Chuẩn và cs (2010) thời gian trồng niệu quản trung bình 26,2 ± 0,5 phút, dài nhất là 40 phút, ngắn nhất là 20 phút [10].

Trồng niệu quản vào bàng quang trong ghép thận có một số điểm khác biệt với trồng niệu quản trong bệnh lý bình thường: bệnh nhân được ghép thận hay mắc các bệnh lý kết hợp, như đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim, trong và sau mổ bệnh nhân dễ chảy máu, lâu liền vết mổ hơn bình thường. Trồng niệu quản vào bàng quang cần phải đảm bảo 1 số nguyên tắc sau để duy trì chức năng sinh lý bình thường, tránh các biến chứng của hẹp niệu quản, rò niệu quản, chống trào ngược niệu quản [11]:

- Niệu quản thẳng, đảm bảo lưu thông niệu quản tốt.
- Niệu quản phải đủ mạch máu nuôi dưỡng.
- Chiều dài đoạn niệu quản nội thành bàng quang khoảng từ 3-4 cm, tỷ lệ chiều dài nội thành so với đường kính niệu quản là 4/1.
- Niệu quản sau khi cắm lại vào bàng quang không được căng, nước tiểu lưu thông tốt.
- Niệu quản nội thành phải giữ được tính đàn hồi, có độ xiên và hướng về phía cổ bàng quang.
- Vị trí cắm niệu quản gần vị trí tĩnh (tam giác bàng quang)
- Nước tiểu vô khuẩn.

Có 2 kỹ thuật trồng niệu quản vào bàng quang thường được áp dụng: cắm niệu quản ngoài bàng quang và qua bàng quang. Cắm niệu quản qua bàng quang đã được Muray và cộng sự tiến hành năm 1956 cho ca ghép thận thành công lần đầu tiên. Sau đó, cắm niệu quản vào bàng quang theo đường qua bàng quang là kỹ thuật Politano-Leadbetter được dùng rộng rãi trong ghép thận trong những năm sáu mươi của thế kỷ 20 [10]. Phương pháp này có ưu điểm là niệu quản có độ xiên, hướng về phía cổ bàng quang, vị trí lỗ niệu quản gần tam giác bàng quang, hiệu quản chống trào ngược bàng quang tốt. Tuy nhiên nhược điểm là phải mở bàng quang để tạo đường hầm cắm niệu quản, nên đối với bàng quang dung tích nhỏ sẽ khó thực hiện, yêu cầu niệu quản phải dài nên niệu quản đoạn xa bị nuôi dưỡng kém, dễ bị xì rò, hẹp niệu quản hoặc hoại tử niệu quản, thời gian phẫu thuật kéo dài. Kỹ thuật Politano-Leadbetter thường có tỷ lệ biến chứng rò nước tiểu, hẹp niệu quản cao. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, trong 37 trường hợp ghép thận đầu tiên sử dụng Kỹ thuật Politano-Leadbetter có 3/37 trường hợp rò nước tiểu chiếm 8,1% [7]. Ngày nay nhiều tác giả ưa chuộng phẫu thuật cắm niệu quản ngoài bàng quang. Chúng tôi chọn phương pháp Lich-Grégoir để cắm niệu quản vào bàng quang cho bệnh nhận ghép thận do đơn giản, dễ thực hiện, không tốn nhiều thời gian phẫu thuật, không mở bàng quang nên có thể thực hiện với bàng quang có dung tích nhỏ, đoạn niệu quản không cần quá dài nên hạn chế được biến chứng thiếu máu nuôi niệu quản, tăng khả năng liền sau mổ, hạn chế nguy cơ hẹp, xì rò niệu quản, hoại tử niêu quản.

Đa số các bệnh nhân được rút sonde niệu đạo và dẫn lưu ổ mổ trong cùng một ngày, thường vào ngày thứ 7 sau mổ, có 1 trường hợp rò bạch huyết số lượng nhiều qua dẫn

lưu ổ mổ nên chúng tôi quyết định điều trị bảo tồn, lưu dẫn lưu ổ mổ 15 ngày. Sau điều trị bệnh nhân ổn định, không còn rò bạch huyết, siêu âm không thấy đọng dịch ổ mổ, không rò qua vết mổ hay vị trí dẫn lưu. Các bệnh nhân của chúng tôi được đặt sonde JJ và rút khoảng ngày thứ 30 sau mổ ghép thận. Có 02 bệnh nhân đặt JJ lâu nhất là 42 và 41 ngày thì đều có bệnh nền đái tháo đường, vết mổ lâu liền, rò bạch huyết ra vết mổ, sau khi chăm sóc vết mổ ổn định, loại trừ nguyên nhân rò bàng quang mới rút JJ. 01 bệnh nhân rút JJ sớm 18 ngày do sau mổ bệnh nhân nhiễm khuẩn niệu, phản hồi nước tiểu lên thận ghép qua JJ nên đã rút JJ sau 18 ngày, điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ, sau điều trị bệnh nhân ổn định. Sau rút JJ tất cả các bệnh nhân ghép thận không có triệu chứng đau tức vùng thận ghép, siêu âm kiểm tra định kì không thấy giãn thận và niệu quản ghép, như vậy sơ bộ không thấy có dấu hiệu của trào ngược nước tiểu và hẹp vị trí trồng lại niệu quản vào bàng quang. Trong nghiên cứu này chúng tôi không chỉ định chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang thì rặn tiểu để tầm soát biến chứng trào ngược nước tiểu vì đây là thủ thuật xâm lấn, có nguy cơ nhiễm khuẩn đặc biệt là trên bệnh nhân dung thuốc chống thải ghép. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2/81 (2,47%) bệnh nhân bị hẹp khúc nối bể thận niệu quản, phải mổ nối bể thận ghép với niệu quản chính danh. Nguyên nhân khả năng do trong qua trình lấy thận ghép phẫu tích gây tổn thương mạch nuôi niệu quản gây thiểu dưỡng, hẹp niệu quản. 2 bệnh nhân này không liên quan đến kĩ thuật trồng niệu quản vào bàng quang. Kết quả này tương tự như các tác giả trong và ngoài nước. Chu Văn Nhuận (2003) trong 38 trường hợp ghép thận tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 3/2002 đến 6/2003 cắm niệu quản theo phương pháp Lich-Gregoir cải biên không có trường hợp nào xì rò nước tiểu, hẹp niệu quản hoặc ngược dòng. Dư Thị Ngọc Thu tổng kết 73 trường hợp ghép thận tại BV Chợ Rẫy 5/2003 đến 3/2006 với cắm niệu quản vào bàng quang theo Lich-Gregoir có đặt thông JJ tỷ lệ biến chứng niệu là 3/73 (4,1%) rò nước tiểu do hoại tử niệu quản [7]. Pleass chủ trương đặt thông JJ dự phòng cho tất cả trường hợp ghép thận cắm niệu quản vào bàng quang cho thấy giảm rõ rệt các biến chứng niệu [12]. Khauli và cộng sự (2001) báo cáo 300 ca ghép thận theo phương pháp Lich-Grégoir có đặt thông JJ không có ca nào rò nước tiểu, hẹp niệu quản 0,7% [13]. Tương tự, Mangus (2004) trong 395 TH ghép thận theo phương pháp Lich-Grégoir có đặt thông JJ có tỷ lệ biến chứng niệu là 1% và khuyến cáo nên đặt thông JJ thường qui cho tất cả các trường hợp [14].

Thời gian nằm viện sau ghép trung bình của nhóm có biến chứng niệu khoa là 69,00 ± 74,66 và nhóm không có biến chứng là 17,88 ± 9,10; tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Trong đó có 01 bệnh nhân nằm viện dài nhất là 236 ngày là ca ghép thận đầu tiên tại bệnh viện, có biến chứng hẹp niệu quản sau ghép, đã phải xử lí nhiều lần nên thời gian nằm viện kéo dài. Đây cũng là một trong hai trường hợp gặp biến chứng hẹp khúc nối bể thận- niệu quản sau ghép trong 81 ca ghép thận trong nghiên cứu, những bệnh nhân này sau đó được mổ trồng lại bể thận ghép vào niệu quản chính danh, sau mổ không bị hẹp lại. Các biến chứng khác sau ghép như: nhiễm khuẩn vết mổ 5/81 (6,17%), sốt nhiễm khuẩn niệu 5/81 (6,17%), rò bạch huyết 4/81 (4,94%); không có trường hợp nào bị rò nước tiểu, hẹp lỗ niệu quản và trào ngược nước tiểu qua niệu quản.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật Lich-Gregoir trong nối niệu quản vào bàng quang là an toàn và hiệu quả. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy với kỹ thuật này có thời gian trồng niệu quản ngắn (20,94 phút), các biến chứng niệu khoa sau ghép đều ở tỷ lệ thấp: không có trường hợp nào bị hẹp lỗ niệu quản và trào ngược nước tiểu qua niệu quản, 6,17% nhiễm khuẩn vết mổ và 6,17% nhiễm khuẩn niệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Richard Allen (2013),** "Vascular and Lymphatic Complications after Kidney Transplantation", Kidney Transplantation-Principles and Practice: Seventh Edition, 435-463.
2. **M. Whang (2003),** "Urologic complications in over 1000 kidney transplants performed at the Saint Barnabas healthcare system", Transplant Proc. 35(4), 1375-7.
3. **G. Moray (2005),** "Effect of routine insertion of a double-J stent after living related renal transplantation", Transplant Proc. 37(2), 1052-3.
4. **A. Gurkan (2006),** "Comparing two ureter reimplantation techniques in kidney transplant recipients", Transpl Int. 19(10), 802-6.
5. **Hoàng Mạnh An Lê Anh Tuấn (2017),** "Kỹ thuật ngoại khoa trong ghép thận ở người nhận thận từ người cho sống tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn 2011- 2016", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 21, 62-67.
6. **G. Benoit (1996),** "Insertion of a double pigtail ureteral stent for the prevention of urological complications in renal transplantation: a prospective randomized study", J Urol. 156(3), 881-4.
7. **Dư Thị Ngọc Thu (2006),** Rút kinh nghiệm về kỹ thuật ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy với người cho sống có quan hệ huyết thống, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y- dược Thành phố Hồ Chí Minh.
8. **Đỗ Ngọc Sơn (2019),** Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân y.
9. **Nguyễn Thị Nga (2017),** Nghiên cứu mức độ hòa hợp HLA và chức năng thận ở bệnh nhân sau ghép thận tại Bệnh viện Quân y 103, Luận văn Bác sĩ nội trú, Học viện Quân y.
10. **Hoàng Khắc Chuẩn (2010),** "Kỹ thuật Lich-Gregoir cải biên trong ghép thận với kỹ thuật nội soi bàng quang tại bàn", Y học Thành phố Hồ Chính Minh. 14(2), 268-274.
11. **Ngô Gia Hy (1983),** Sinh lý và sinh lý bệnh khúc nối niệu quản bọng đái, Niệu học tập III Sinh lý và sinh lý bệnh đường tiểu, Nhà xuất bản Y học, 49- 82, 49-82.
12. **John Barry Peter Morris (2008),** "Surgical Techniques of Renal Transplantation", Kidney Transplantation, 158-171.
13. **R. Khauli (2002),** "Modified extravesical ureteral reimplantation and routine stenting in kidney transplantation", Transpl Int. 15(8), 411-4.
14. **R. S. Mangus, B. W. Haag C. B. Carter (2004),** "Stented Lich-Gregoir ureteroneocystostomy: case series report and cost-effectiveness analysis", Transplant Proc. 36(10), 2959-61.

THỰC TRẠNG THIẾU MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN SAU GHÉP THẬN

Nguyễn Thị Thanh Huyền[1], Mai Thị Hiền[2], Đỗ Gia Tuyển[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tỉ lệ, đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận và một số yếu tố liên quan với tình trạng thiếu máu sau ghép thận

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiến cứu trên 48 bệnh nhân có tình trạng thiếu máu tại phòng khám ghép thận và Trung tâm thận – tiết niệu và lọc máu, bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021.

Kết quả: Tỉ lệ thiếu máu là 15%, trong đó thường gặp nhất ở nhóm sau ghép từ 1 – 5 năm chiếm 62,5%. Giá trị huyết sắc tố trung bình là 98,77 ± 13,84 g/L, chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 70,8%, thiếu máu hồng cầu nhỏ là 25%, tỉ lệ thiếu sắt còn cao chiếm 28,6% và 11,4% bệnh nhân có ferritin thấp. Một số yếu tố có thể liên quan đến thiếu máu sau ghép thận như: dinh dưỡng (sắt, protein, albumin), thuốc ức chế miễn dịch, viêm loét dạ dày, tình trạng nhiễm BK virus, Parvovirus B19, chức năng thận...

Kết luận: Tỉ lệ thiếu máu vẫn còn gặp khá phổ biến ở bệnh nhân sau ghép thận, chủ yếu thiếu máu mức độ nhẹ. Tình trạng thiếu máu có liên quan tới một số yếu tố như tình trạng dinh dưỡng, chức năng thận, bệnh lí dạ dày, thuốc ức chễ miễn dịch và bệnh lí nhiễm trùng kèm theo.

Từ khóa: thiếu máu, sau ghép thận.

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*

[2]*Trung tâm Thận-Tiết niệu và Lọc máu, Bệnh viện Bạch Mai*

Liên hệ tác giả: Nguyễn Thị Thanh Huyền.

Email: thanhhuyennguyen267@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/8/2021

Ngày phản biện: 11/9/2021

Ngày duyệt bài: 25/9/2021

SUMMARY

ANEMIA STATUS AND SOME RELATED FACTORS IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANT

Purpose: The rate and characteristics of anemia in patients after kidney transplant and some factors related to anemia after kidney transplant.

Subjects and methods: A retrospective and prospective descriptive cross-sectional study was conducted on 48 patients with anemia at the Renal Transplant Clinic and the Department of Nephro-Urology of Bach Mai Hospital from July 2020 to July 2021.

Results: The rate of anemia was 15%, of which, the group of patients with 1 - 5 years of transplantation had the highest rate of anemia with 62.5%. The average hemoglobin value was 98.77 ± 13.84 g/L. Mild anemia accounted for the majority with 70.8% while the rate of microcytic anemia was 25%. Iron deficiency rate was moderately high with 28.6% and 11.4% of patients had low ferritin levels. Some factors may be related to anemia after kidney transplant such as nutrition (iron, protein, albumin), immunosuppressants, stomach ulcers, BK virus infection, Parvovirus B19, kidney function…

Conclusions: Anemia is still quite common in patients after kidney transplant and most patients have mild anemia. Anemia is associated with some factors such as nutritional status, renal function, gastrointestinal diseases, immunosuppressants, and infectious diseases.

Keywords: anemia, after a kidney transplant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu liên quan chặt chẽ với giảm chất lượng cuộc sống, tăng các bệnh lí tim mạch (đặc biệt là rối loạn chức năng thất trái và suy tim), làm giảm sức đề kháng của cơ thể, làm nặng lên các bệnh lí kèm theo, tăng tỉ lệ nhập viện, suy giảm nhận thức và tử vong. Ngoài ra với bệnh nhân sau ghép thận, thiếu máu lâu dài sẽ ảnh hưởng chức năng thận ghép và tăng tỉ lệ thất bại ghép [1].

Hầu hết bệnh nhân sau ghép sẽ hồi phục thiếu máu sau 3-6 tháng với sự hồi phục nồng độ EPO, thiếu máu sau khoảng thời gian này cần tìm hiểu các nguyên nhân tiềm ẩn [2]. Cơ chế bệnh sinh thiếu máu sau ghép thay đổi tùy theo thời gian ghép và đặc điểm bệnh lí đi kèm của bệnh nhân. Thiếu máu trong 3 tháng đầu tiên thường là do tình trạng thiếu máu nặng trong bệnh thận mạn giai đoạn cuối có từ trước, thiếu EPO, mất máu trong và sau phẫu thuật, nhiễm trùng, huyết khối, đặc điểm thận người hiến, và đặc biệt là tình trạng thiếu sắt [2] [3].Tình trạng thiếu máu kéo dài hoặc mới khởi phát sau 3 tháng ngoài thiếu sắt, dinh dưỡng, bệnh lí kèm theo như viêm loét dạ dày, suy tim...còn có thể liên quan với một số yếu tố: các thuốc ức chế miễn dịch như MMF, Azathioprine, Sirolimus và thuốc ức chế calcineurin (Tacrolimus, Ciclosporine) [4] [5]; tình trạng thải ghép và rối loạn chức năng thận ghép [6]; protein niệu [7]. Việc dùng các thuốc ức chế miễn dịch liều cao sau ghép cũng làm cho bệnh nhân dễ bị nhiễm trùng hơn, đặc biệt là nhiễm trùng đường hô hấp và tiết niệu, một số virus như: Parvovirus B19, BK virus cũng đã được đề cập tới trong rất nhiều nghiên cứu trước đó [8] [9].

Trên thế giới cũng như tại Việt Nam đã có những nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ gây thiếu máu sau ghép thận như: thiếu hụt EPO, sắt, axit folic, viêm mạn tính…Trong khi đó, tại bệnh viện Bạch Mai chưa có nghiên cứu tổng quát nào đánh giá tình trạng thiếu máu trên một cách hệ thống.

Để hiểu hơn về thực trạng thiếu máu cũng như một số yếu tố liên quan đến tình trạng này, góp phần tốt hơn trong việc điều trị ở bệnh nhân sau ghép, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Thực trạng thiếu máu và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân sau ghép thận"* với hai mục tiêu nghiên cứu như sau:

1. Xác định tỷ lệ, đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận tại bệnh viện Bạch Mai

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan với tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu quản lý tại phòng khám ghép thận-Trung tâm Thận tiết niệu và lọc máu- bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2020 đến tháng 7 năm 2021 thoả mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn	*Tiêu chuẩn loại trừ*
- Bệnh nhân ghép thận từ 3 tháng trở lên - Bệnh nhân nam và nữ sau ghép thận, tuổi từ 16 trở lên - Bệnh nhân có khả năng hợp tác, tự trả lời câu hỏi đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu	- Bệnh nhân bị mất máu cấp tính trong vòng 3 tháng về trước tính từ thời điểm nghiên cứu: chấn thương, xuất huyết tiêu hóa... - Bệnh nhân đang có thai hoặc có chẩn đoán nguyên nhân khác gây thiếu máu mạn tính từ trước đó như: ung thư, đa u tủy xương, lơ xê mi, bệnh lí có sẵn của đường tiêu hóa như cắt dạ dày, cắt đoạn ruột non,… - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu mô tả, hồi cứu và tiến cứu; áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp T-test Student biểu diễn dạng: $\overline{X}$ ± SD, sự khác biệt có ý nghĩa khi p < 0,05.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỉ lệ, đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong 320 bệnh nhân với chức năng thận ghép ổn định theo dõi tại bệnh viện Bạch Mai, có 228 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 71,25% và 92 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 28,75%. Trong đó 48 bệnh nhân có tình trạng thiếu máu chiếm 15%, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thiếu máu và không thiếu máu với p <0,01.

Trong tổng số 48 bệnh nhân có tình trạng thiếu máu, có 25 bệnh nhân nam, chiếm tỉ lệ 52,1%, 23 bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 47,9%, tỉ lệ thiếu máu ở nam cao hơn nữ giới, sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với p >0,05

Bảng 1. Phân loại bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	**n**	**Tỉ lệ (%)**	
<20	3	6,3	
20 – 29	18	37,5	70,8%
30 – 39	16	33,3	
40 – 49	7	14,6	
>50	4	8,3	
Tổng	**48**	**100%**	

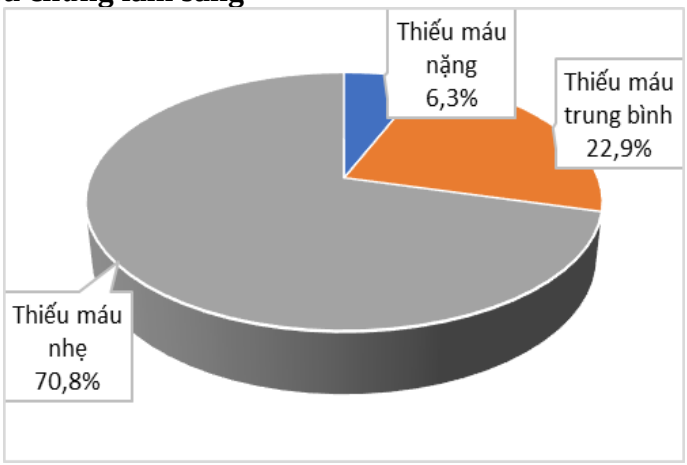
Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,17 ± 9,68 (năm). Nhóm bệnh nhân trong độ tuổi từ 20-39 chiếm tỉ lệ cao nhất (70,8%). Các nhóm bệnh nhân <20, 40-49 và > 50 tuổi chiến tỉ lệ lần lượt là 6,3; 14,6 và 8,3 (%).

Bảng 2. Phân bố thiếu máu theo thời gian sau ghép thận

Thời gian ghép thận	N	Tỉ lệ %
< 1 năm	14	29,2
1 – 5 năm	30	62,5
5 – 10 năm	4	8,3
>10 năm	0	0
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Nghiên cứu theo thời gian sau ghép thận nhận thấy, tỉ lệ thiếu máu gặp nhiều nhất là từ 1 – 5 năm sau ghép với tỉ lệ 62.5%.

Đặc điểm về triệu chứng lâm sàng



Biểu đồ 1. Phân loại mức độ thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận

Nhận xét: Dựa vào kết quả xét nghiệm Hb, chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là thiếu máu với mức độ nhẹ, chiếm phổ biến nhất với 70,8%, thiếu máu mức độ vừa chiếm 22,9% và có một số rất nhỏ thiếu máu nặng, chiếm 6.3%

Bảng 3. Đặc điểm tế bào máu ngoại vi trong nhóm nghiên cứu

Chỉ tiêu nghiên cứu	Giá trị			Độ lệch
	Thấp nhất	Trung bình	Cao nhất	
Hồng cầu (T/L)	2,28	3,66	5,59	0,63
Huyết sắc tố (g/L)	65	98,77	118	13,84
MCV (fl))	55,3	82,63	100	8,64
MCHC (g/L)	291	324,42	357	14,95

Nhận xét: Giá trị trung bình huyết sắc tố của các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu còn thấp 98,77 ± 13,84 g/L, trong đó thấp nhất là 65 và lớn nhất là 118.

Bảng 4. Phân loại bệnh nhân thiếu máu theo đặc điểm huyết học (mục tiêu 1)

Thể tích trung bình hồng cầu (fL)	N	Tỉ lệ %
< 80	12	25
80 – 100	36	75
>100	0	0
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số thể tích trung bình hồng cầu trong giới hạn bình thường chiếm 75%, tỉ lệ bệnh nhân bị thiếu máu hồng cầu nhỏ chiếm 25%, và không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu có thiếu máu hồng cầu to.

3.2. Một số yếu tố liên quan với tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận

Đặc điểm một số chỉ số sinh hoá huyết thanh

Bảng 5. Đặc điểm một số chỉ số sinh hóa huyết thanh

Thành phần	Giá trị			n	Độ lệch
	Thấp nhất	Trung bình	Cao nhất		
Protein	55,7	64,52	75,1	25	5,19
Albumin	25,8	37,31	46,9	25	5,49
Sắt	2,6	16,74	82	35	17,83
Ferritin	7,3	517,79	2694	35	660,29
Transferrin	86	194,68	364	34	58,01

Nhận xét: Đối với sắt, trong số 35 bệnh nhân được khảo sát có 23 bệnh nhân giá trị sắt bình thường chiếm 65,7%, tỉ lệ thiếu sắt là 28,6%. Đối với ferritin: khoảng biến thiên rất rộng, trong đó 17/35 bệnh nhân chiếm 48,6% trong giới hạn bình thường, khoảng 40% có tăng Ferritin huyết thanh và chỉ có 11,4% số bệnh nhân có ferritin dưới ngưỡng bình thường. Với chỉ số transferin: đa số bệnh nhân có chỉ số transferin nằm trong giới hạn bình thường chiếm 73,5%, số còn lại có chỉ số transferin thấp và không có bệnh nhân nào có tăng transferin. Giá trị trung bình của protein và albumin lần lượt là 64,52 ± 5,19 g/L và 37,31 ± 5,49 g/L

Tỉ lệ nhiễm virus viêm gan B,C trong nhóm nghiên cứu

Tình trạng bệnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Không nhiễm virus	9	18,75
Nhiễm virus	39	81,25
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều không nhiễm viêm gan virus B,C chiếm tỉ lệ 81,25 %, sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân nhiễm và không nhiễm virus viêm gan B,C là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Tỉ lệ nhiễm Parvovirus trong nhóm nghiên cứu

	Số bệnh nhân	Hb trung bình	Tỉ lệ %
Có	5	74,2 ± 7,92	10,42
Không	43	95,15 ± 12,83	89,58
Tổng	**48**	**98,77 ± 13,84**	**100**

Nhận xét: Trong số 48 bệnh nhân thiếu máu có 5 bệnh nhân từng nhiễm và hiện nhiễm, chiếm tỉ lệ 10,42 %, nồng độ Hb trung bình là 74,2 ± 7,92 g/L, thấp hơn so với nhóm không nhiễm. Sự khác biệt giữa tỉ lệ nhiễm của hai nhóm bệnh nhân này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$

Tỉ lệ nhiễm BK virus trong nhóm nghiên cứu

Chỉ số	Nhiễm	Không nhiễm	Không làm xét nghiệm	Tỉ lệ nhiễm %
BK máu	6	12	30	33,33
BK niệu	9	17	22	34,62

Nhận xét: Do xét nghiệm BK virus không được làm một cách thường quy nên chỉ một số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được khảo sát. Kết quả cho thấy có 6/18 bệnh nhân nhiễm BK máu, chiếm 33,33% và có 9/26 bệnh nhân nhiễm BK niệu, chiếm 34,62%. Trong đó, có 5 bệnh nhân đồng thời nhiễm cả BK virus máu và niệu, đối với nhóm bệnh nhân này, nồng độ Hb tương đối thấp là 82,8 ± 12,85 g/L

Mức lọc cầu thận (GFR-ml/phút) và tình trạng thiếu máu

GFR	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
>90	3	6,3
60 - 89	12	25
30 - 59	27	56,3
15 – 29	6	12,5
<15	0	0
Tổng	**48**	**100%**

Nhận xét: Trong nhóm bệnh nhân thiếu máu, tỉ lệ bệnh thận mạn tính giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao hơn rõ rệt 56,3%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân có mức lọc cầu thận bình thường với 6,3%.

Tỉ lệ thiếu máu ở các nhóm bệnh nhân điều trị thuốc ức chế miễn dịch khác nhau

Nhóm thuốc	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cyclosporin A + MMF	0	0
Cyclosporin A + MPA	0	0
Prograf + MMF	42	87,5
Prograf + MPA	6	12,5
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Phác đồ Prograf + MMF được sử dụng phổ biến nhất, chiếm tỉ lệ 87,5%, phác đồ Prograf + MPA chiếm 12,5% và không có bệnh nhân nào dùng phác đồ có chứa Cyclosopin A.

Bệnh lý dạ dày

Nội soi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Bình thường	21	43,75
Viêm loét	27	56,25
Tổng	**48**	**100**

Nhận xét: Tỉ lệ viêm loét dạ dày chiếm tỉ lệ cao hơn với 56,25%. Có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân này với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Tần suất thiếu máu: Trong số 320 bệnh nhân theo dõi sau ghép tại bệnh viện Bạch Mai, có 48 bệnh nhân thiếu máu, chiếm 15%, tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Gafter-Gvili [1] là 20 – 50% tùy theo từng thời điểm ghép

Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới: Tuổi trung bình: 33,17 ± 9,68 (ít nhất là 20 tuổi, cao nhất là 60 tuổi), trong đó phổ biến nhóm tuổi 20 – 39 tuổi, chiếm 70,8%. Kết quả này cũng tương tự với Hesham Ilsayed khi nghiên cứu nhóm bệnh nhân từ 17 đến 67 tuổi, với tuổi trung bình là 37,7 ± 10,8 năm [10]. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, số lượng bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao hơn, chiếm 52,1%. Andy K.H.Lim và cộng sự nghiên cứu trên 336 bệnh nhân đưa ra nhận xét có mối liên quan giữa giới tính nữ và thiếu máu sau ghép với chỉ số OR là 4,26 [2]. Chúng tôi cho rằng sự khác biệt này là do trong nhóm bệnh nhân sau ghép theo dõi tại bệnh viện Bạch Mai, tỉ lệ nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn rất nhiều so với nữ giới với 71,25%.

Phân bố theo thời gian ghép thận: Thời gian ghép thận trung bình là 27,9 ± 22 tháng, trong đó ít nhất là 3 tháng và thời gian ghép lâu nhất là 108 tháng. Tỉ lệ thiếu máu gặp nhiều nhất ở nhóm sau sau ghép từ 1 – 5 năm chiếm 62,5%, thiếu máu sau 5 năm chiếm tỉ lệ nhỏ nhất 8,3%. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hương Thủy với tỉ lệ thiếu máu sau ghép ở nhóm 1 – 5 năm là 61% [11]

4.2. Đặc điểm thiếu máu và một số yếu tố liên quan

Bệnh nhân thiếu máu sau ghép thận có giá trị trung bình số lượng hồng cầu là 3,66 ± 0,63 T/L, giá trị trung bình huyết sắc tố là 98,77 ± 13,84 (g/L), trong đó chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ chiếm 70,8%, thiếu máu mức độ trung bình là 22,9%, chỉ có 6,3% bệnh nhân có thiếu máu nặng. Nghiên cứu của Lê Thị Hương Thủy trên 41 bệnh nhân thiếu máu sau ghép có giá trị huyết sắc tố trung bình là 109 ± 9,69g/l, trong đó không có bệnh nhân nào có thiếu máu nặng [11]. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này là do đặc điểm bệnh lí khác nhau giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Giá trị trung bình của MCV, MCHC lần lượt là 82,63 ±

8,64 fL và 324,42 ± 14,95 g/L. Có 25 % bệnh nhân có MCV < 80 fL, tức là có thiếu máu hồng cầu nhỏ. Theo Michele F. Eisenga1 và cộng sự [12] nghiên cứu trên 234 bệnh nhân thiếu máu sau ghép thận thấy giá trị trung bình huyết sắc tố là 114 ± 10 g/L, MCV là 90 ± 7 fL. Giá trị thấp hơn của nhóm bệnh nhân chúng tôi có thể do cỡ mẫu, bệnh lí nền cũng như điều kiện sống khác nhau.

Trong số những bệnh nhân được khảo sát, có 65,7% bệnh nhân có giá trị sắt bình thường và 28,6% bệnh nhân có hiện tượng thiếu sắt. Khi so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới về thiếu sắt sau ghép thận thì kết quả này của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, Michele F. Eisenga1thấy rằng tỉ lệ thiếu sắt là 30% [12]. Có 73,5% bệnh nhân chúng tôi có transferrin nằm trong giới hạn bình thường và 11,4% số bệnh nhân có ferritin thấp. Kết quả này của chúng tôi gần tương tự với nghiên cứu của Lê Thị Hương Thủy [11] với 9,8 % bệnh nhân có giá trị ferritin thấp

Thiếu máu và tình trạng nhiễm trùng: Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều không nhiễm virus viêm gan B,C chiếm 81,25%. Nhóm bệnh nhân được khảo sát tình trạng nhiễm BK virus, có 6/18 nhiễm BK virus máu chiếm 33,33% và số bệnh nhân nhiễm BK virus niệu là 9/26 chiếm 34,62%, có 5 bệnh nhân nhiễm đồng thời cả BK virus máu và BK virus niệu với nồng độ trung bình huyết sắc tố là 82,8 ± 12,85 g/L. Nghiên cứu của Andy K.H.Lim cho thấy tỉ lệ nhiễm BK virus máu ở bệnh nhân sau ghép thận là 14, 3% [2]. Có 10,42 % bệnh nhân nhiễm Parvovirus B19, nồng độ huyết sắc tố trung bình thấp hơn hẳn là 74,2 ± 7,92 g/L. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với Krzysztof Pabisiak khi nghiên cứu trên 60 bệnh nhân sau ghép thận và thấy tỉ lệ nhiễm Parvovirus B19 là 10% [8].

Tỉ lệ bệnh thận mạn tính giai đoạn III chiếm tỉ lệ cao hơn rõ rệt 56,3%, thấp nhất là nhóm bệnh nhân có mức lọc cầu thận bình thường với 6,3%. Lê Thị Hương Thủy thấy rằng có 53,7% bệnh nhân có bệnh thận mạn tính giai đoạn III [11]. Tất cả các bệnh nhân trong nhóm đều được dùng Medrol, trong phác đồ ức chế miễn dịch duy trì, phác đồ Prograf + MMF được dùng nhiều nhất chiếm 87,5%, số còn lại sử dụng Prograf + MPA chiếm 12,5%, không có bệnh nhân nào sử dụng phác đồ Cyclosporin A + MMF hoặc Cyclosporin A + MPA. Có sự khác biệt khi so sánh với nghiên cứu của Lê Thị Hương Thủy, bệnh nhân sử dụng cả 4 loại phác đồ, trong đó Prograf + MMF chỉ chiếm 43,7%, Prograf + MPA chiếm 17,1%, chúng tôi cho rằng sự khác biệt này có thể là do địa điểm nghiên cứu, thời gian nghiên cứu của hai nhóm nghiên cứu là khác biệt nhau.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tình trạng thiếu máu vẫn khá thường gặp ở bệnh nhân sau ghép thận, trong đó chủ yếu là thiếu máu mức độ nhẹ, gây ảnh hưởng đến chất lượng sống và lâu dài ảnh hưởng đến chức năng thận ghép. Thiếu máu sau ghép thận có liên quan đến một số yếu tố như: tình trạng dinh dưỡng (sắt, protein, albumin), bệnh lí dạ dày, chức năng thận, thuốc ức chế miễn dịch, tình trạng nhiễm trùng kèm theo, đặc biệt là nhiễm BK virus và Parvovirus. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu

còn nhỏ và chưa thật sự đi sâu vào nhiều yếu tố liên quan khác, do đó tương lai cần thêm nhiều nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gafter-Gvili A., Ayalon-Dangur I., Cooper L., et al. (2017)**. Posttransplantation anemia in kidney transplant recipients. Medicine (Baltimore), **96**(**32**).
2. **Lim A.K.H., Kansal A., and Kanellis J. (2018).** Factors associated with anaemia in kidney transplant recipients in the first year after transplantation: a cross-sectional study. BMC Nephrology, **19**(**1**), 252.
3. **Lietz K., Lao M., Paczek L., et al. (2003)**. The impact of pretransplant erythropoietin therapy on late outcomes of renal transplantation. Ann Transplant, **8**(**2**), 17–24.
4. **Sobiak J., Kamińska J., Głyda M., et al. (2013).** Effect of mycophenolate mofetil on hematological side effects incidence in renal transplant recipients. Clin Transplant, **27**(**4**), E407-414.
5. **Augustine J.J., Knauss T.C., Schulak J.A., et al. (2004)**. Comparative Effects of Sirolimus and Mycophenolate Mofetil on Erythropoiesis in Kidney Transplant Patients. American Journal of Transplantation, **4**(**12**), 2001–2006.
6. **Mujoomdar M., Russell E., Dionne F., et al. (2012),** Evaluation of Renal Function Post-Transplant, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health.
7. **Iorember F. and Aviles D. (2017).** Anemia in nephrotic syndrome: approach to evaluation and treatment. Pediatr Nephrol, **32**(**8**), 1323–1330.
8. **Pabisiak K., Stępniewska J., and Ciechanowski K. (2019)**. Pure Red Cell Aplasia After Kidney Transplantation: Parvovirus B19 Culprit or Coincidence?. Ann Transplant, **24**, 123–131.
9. **Seifert M.E. and Brennan D.C. (2014)**. Cytomegalovirus and Anemia: Not Just for Transplant Anymore. JASN, **25**(**8**), 1613–1615.
10. **Patzer R.E., Perryman J.P., Schrager J.D., et al. (2012).** The Role of Race and Poverty on Steps to Kidney Transplantation in the Southeastern United States. Am J Transplant, **12**(**2**), 358–368.
11. **Lê Thị Hương Thủy (2012),** Nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân sau ghép thận, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
12. **Eisenga M.F., Minović I., Berger S.P., et al. (2016).** Iron deficiency, anemia, and mortality in renal transplant recipients. Transpl Int, **29**(**11**), 1176–1183.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ PROTEIN PHẢN ỨNG C VÀ PROCALCITONIN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN GHÉP THẬN

Bùi Văn Mạnh[1], Nguyễn Thị Thanh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát nồng độ CRP, PCT huyết thanh và mối liên quan với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) có chức năng thận ghép ổn định.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang ở 112 BN sau ghép thận có chức năng thận ổn định theo dõi định kỳ tại BVQY 103 và 32 người khỏe mạnh (là người hiến thận), chức năng thận bình thường. Các đối tượng được tiến hành khám lâm sàng, xét nghiệm chức năng thận, định lượng nồng độ CRP và PCT.

Kết quả: nồng PCT sau ghép thận tại các thời điểm nghiên cứu đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p<0,05), trong khi nồng độ CRP không có sự khác biệt. Tỷ lệ BN sau ghép có tăng nồng độ PCT cao hơn so với tỉ lệ BN có tăng CRP (45,5% và 27,7%) và khác biệt có ý nghĩa thống kê theo thời gian sau ghép.Nồng độ CRP ở nhóm dùng Tacrolimus cao hơn so với nhóm CyA (p<0,05), nhất là ở năm đầu sau ghép. Nồng độ trung bình PCT có xu hướng tăng dần theo mức giảm của mức lọc cầu thận (p< 0,05). Nồng độ CRP, PCT có tương quan nghịch, mức độ thấp, với nồng độ albumin máu (lần lượt là r=-0,234 và -0,274, p<0,05).

Kết luận: Sau ghép thận nồng độ PCT vẫn tăng hơn so với người bình thường. Nồng độ trung bình PCT có xu hướng tăng dần theo mức giảm của mức lọc cầu thận;CRP, PCT có tương quan nghịch, mức độ thấp, với nồng độ albumin máu (lần lượt là r=-0,234 và -0,274, p<0,05)

Từ khóa: bệnh nhân ghép thận, huyết thanh, CRP, PCT, mức lọc cầu thận

SUMMARY

A STUDY ONSERUMCONCENTRATION OF C-REACTIVE PROTEIN AND PROCALCITONIN IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

Objectives: To investigate the serum concentration ofCRP, PCTand itsrelationto some clinical, subclinical characteristics in kidney transplant recipients with stable kidney function.

Subjects and method: A prospective, cross-sectional, descriptive study on 112 kidney transplant recipients with stable kidney function and 32 heathy people.All subjects were clinical examed and some kidney function tests and CRP, PCT measurement were done.

Results: serum concentration ofPCTwas significant higher than control group at all study time (p<0.05), where as concentration ofCRP was no significant differrent. The percentage of patient with PCT increated higher than CRP (45.5% and 27.7%) and it were significant different according to time of transplantation.The CRP concentration ofthe using Tacrolimus group higher than CyA group (p<0.05), especially in the first year. Concentration ofPCTseem to be

[1]*Bệnh viện Quân y 103*
[2]*Bệnh viện Quân y 354*
Liên hệ tác giả: Bùi Văn Mạnh
Email: hanhmanh103@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14/9/2021
Ngày phản biện: 15/9/2021
Ngày duyệt bài: 23/9/2021

gradually decreased follow of GFR decreasing (p<0.05). There was the low negative correlation between serum concentration ofCRP, PCT and the blood concentration of albumin(r=-0.234 and -0.274, p<0.05, respectively).

Conclusion: After kidney transplantation, serum PCT concentration still higher than control group. Concentration ofPCTseem to be gradually decreased follow of GFR decreasing (p<0.05). There was the low negative correlation between plasma concentration of CRP, PCT and the blood concentration of albumin (r=-0.234 and -0.274, p<0.05, respectively).

Key words: kidney transplant recipients, serum, CRP, PCT, Glomerular Filtration Rate (GFR)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân (BN) bị bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối thường đi kèm với nhiều bệnh lý viêm, nhiễm trùng khác nhau dẫn tới các yếu tố chỉ điểm viêm như bạch cầu, procalcitonin, CRP… thường tăng và kéo dài. Ghép thận là biện pháp tối ưu giúp cơ thể người nhận hồi phục hầu hết các chức năng của các cơ quan, trong đó có sự giảm nồng độ các yếu tố viêm nếu chức năng thận tốt. Tuy nhiên do phải sử dụng thường xuyên các thuốc ức chế miễn dịch nên bệnh nhân thường có những đợt viêm, nhiễm trùng ở các mức độ khác nhau [1]. Theo dõi nồng độ các yếu tố viêm sau ghép rất cần thiết để phát hiện những nguyên nhân gây nhiễm trùng tiềm tàng, kịp thời phát hiện và xử trí phù hợp, tránh ảnh hưởng đến chức năng thận ghép. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu "khảo sát nồng độ Protein phản ứng C, Procalcitonin huyết thanh và mối liên quan với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàngở bệnh nhân có chức năng thận ghép ổn định".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Nhóm bệnh: 112 BN sau ghép thận có chức năng thận ổn định theo dõi định kỳ tại BVQY 103.

+ Nhóm chứng: 32 người khỏe (người hiến thận), chức năng thận bình thường, không có đợtnhiễm khuẩn cấp, không dùng thuốc.

- Tiêu chuẩn loại trừ: BN sau ghép thận ≤ 3 tháng, BN đang sốt nhiễm khuẩn, BN đã mất chức năng thận ghép phải trở lại điều trị thay thế khác, BN không theo dõi đầy đủ, BN không đồng ý tham gia

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Nhóm chứng: hỏi, khám LS, XN nồng độ CRP, PCT huyết thanh.

+ Nhóm bệnh: hỏi bệnh, khám LS, CLS, XN nồng độ CRP, PCT.

- Các tiêu chuẩn chẩn đoán sử dụng trong nghiên cứu:

+ Tất cả BN được sử dụng thuốc ức chế miễn dịch theo phác đồ: CNI + MMF + Steroid, nồng độ duy trì theo khuyến cáo của Hội ghép tạng Thế giới

+ Đánh giá chức năng thận ghép bằng MLCT (Cockroff-Gault).

+ Đánh giá nồng độ CRP: so sánh với nhóm chứng.

- Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học, phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố BN theo nhóm tuổi, giới

Đặc điểm / Nhóm		Nhóm tuổi (năm)				Tuổi TB	Giới tính	
		≤ 20	21- 40	41-60	>60		Nam	Nữ
Nhóm bệnh	n=112	1	74	33	4	38,3±10,6 (17-70)	78	34
	%	0,9	66,1	29,5	3,6		69,6	30,4
Nhóm chứng	n=32	0	12	20	0	42,2±11,2 (21-60)	15	17
	%	0	37,5	62,5	0		46,9	53,1
p		<0.05				<0,05	<0,05	

Nhận xét: BN chủ yếu ở nhóm tuổi 21-40, nam nhiều hơn nữ

Bảng 2. Thời gian sau ghép thận

Thời gian sau ghép	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)	Thời gian ghép TB (tháng)
≤ 12 tháng	15	13,4	38,76 ± 29,96 (4-153)
13-36 tháng	47	42,0	
≥ 36 tháng	50	44,6	

Nhận xét: Nhóm BN có thời gian ghép thận ≥ 36 tháng chiếm tỉ lệ cao nhất

Bảng 3. Giá trị trung bình của CRP và PCT huyết thanh

Chỉ số nghiên cứu	Nhóm bệnh (n=112)	Nhóm chứng (n=32)	p
CRP (mg/L)	2,70± 4,39 (0,1-23,8)	1,49± 0,66 (0,1-3,0)	>0,05
PCT (ng/mL)	0,059±0,052 (0,02-0,334)	0,035± 0,015 (0,02-0,67)	<0,05

Nhận xét: Nồng độ PCT tăng có ý nghĩa so với nhóm chứng (p<0,05)

Bảng 4. Tỉ lệ BN thay đổi nồng độ PCT và CRP theo thời gian sau ghép

Thời gian sau ghép	Thay đổi nồng độ CRP (mg/L)				Thay đổi nồng độ PCT (ng/mL)			
	Tăng (n, %)		Bình thường (n, %)		Tăng (n, %)		Bình thường (n, %)	
≤12 tháng	19	40,4	28	59,6	8	53,3	7	44,6
13-36 tháng	8	16,0	42	84,0	21	44,7	26	55,3
>36 tháng	4	26,7	11	73,3	22	44,0	28	56,0
P_{anova}	<0,05		<0,05		>0,05		>0,05	

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ CPRgiảm dần theo thời gian sau ghép (p<0,05), trong khi tỉ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ PCT thay đổi không có ý nghĩa sau ghép (p>0,05)

Bảng 5. Giá trị trung bình nồng độ PCT và CRP theo thời gian sau ghép

Thông số	Thời gian sau ghép		
	≤12 tháng	13-36 tháng	>36 tháng
CRP (mg/L)	2,50 ± 3,38	3,52 ± 5,26	1,99 ± 3,64
PCT (ng/mL)	0,053 ± 0,016	0,064 ± 0,071	0,055 ±0,038
p_{anova} (CRP) >0,05; p_{anova} (PCT) >0,05			

Giá trị trung bình nồng độ CRP vaf PCT thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05) theo thời gian sau ghép

Bảng 6. Giá trị TB nồng độ PCT, CRP theo loại thuốc UCMD dùng sau ghép

Chỉ số		≤12 tháng (1)	13-36 tháng (2)	>36 tháng (3)	p
CRP mg/L	CsA[a]	1,16 ± 0,67 (n=5)	3,54± 4,82 (n=27	2,38± 4,16 (n=37)	p_{anova} >0,05
	Tac[b]	3,17 ± 4,01 (n=10)	3,50±5,93 (n=20)	0,88± 0,56 (n=13)	
p_{a-b}		<0,05	>0,05	>0,05	
PCT ng/ml	CsA[a]	0,047 ± 0,015(n=5)	0,068 ± 0,076(n= 27)	0,057 ± 0,042 (n=37)	p_{anova} >0,05
	Tac[b]	0,057 ± 0,017(n=10)	0,058 ± 0,064 (n= 20)	0,051 ± 0,024(n=13)	
p_{a-b}		>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Trong năm đầu sau ghép nồng độ CRP cao hơn ở nhóm dùng Tacrolimus (p<0,05), còn lại cả PCT và CRP khác nhau không có ý nghĩa giữa 2 loại ƯCMD.

Bảng 7. Giá trị trung bình nồng độ CRP và PCT theo mức lọc cầu thận sau ghép

Chỉ số	Mức lọc cầu thận ước tính (mL/phút)		
	Trên 60 (1)	60 - 41 (2)	40 - 21 (3)
CRP (mg/L)	3,18± 5,51	1,96± 2,65	3,83± 4,72
PCT (ng/mL)	0,052± 0,043	0,058± 0,051	0,093 ± 0,085
p_{anova} (CRP) >0,05; p_{anova} (PCT)1-3>0,05			

Nhận xét: Nồng độ TB PCT nhóm MLCT >60 ml/p thấp hơn có ý nghĩa (p< 0,05)

Bảng 8. Tương quan giữa nồng độ CRP và PCT với nồng độ Albumin máu

Chỉ số ngiên cứu		Albumin	Phương trình tương quan tuyến tính
CRP	r	-0,234	-0.281*nồng độ Albumin + 14,651
	p	<0,05	
PCT	r	-0,274	-0.004*nồng độ Albumin + 0,225
	p	<0,01	

Nhận xét: Nồng độ CRP và PCT có tương quan nghịch, mức độ tháp với nồng độ albumin máu (p< 0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu bảng 3cho thấy nồng độ trung bình CRP ở nhóm bệnh là (2,70±4,39 mg/l) cao hơn nồng độ trung bình CRP ở nhóm chứng (1,41±0,67 mg/L), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (p>0,05), trong khi nồng độ trung bình của PCT huyết thanh ở nhóm bệnhcao hơn (0,059 ± 0,052ng/L) nồng độ trung bình PCT của nhóm chứng (0,037±0,021 ng/l) có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả này cho thấy mặc dù đã được ghép thận song nồng độ các yếu tố viêm vẫn còn tăng kéo dài sau ghép do ảnh hưởng của nhiều yếu tố, trong đó có hậu quả tăng mạn tính nồng độ các chất này trong quá trình lọc máu chu kỳ [2]. Trên thế giới hiện đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố viêm (CRP,PCT…) ở bệnh nhân ghép thận. Eberhard O.K nghiên cứu giá trị chẩn đoán của PCT trên 57 BN trong giai đoạn 6 tuần đầu sau khi ghép thận. Kết quả cho thấy: ở giai đoạn thải ghép cấp nồng độ PCT

không có sự khác biệt có ý nghĩa so với những bệnh nhân không có thải ghép cấp. Tuy nhiên, nồng độ PCT lại tăng lên rõ khi có nhiễm khuẩn hoạt động hoặc khi có hoại tử ống thận sau ghép (p< 0,01). Không giống PCT, nồng độ CRP lại tăng lên rõ ở BN thải ghép (p<0,01). Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự tương quan giữa nồng độ PCT huyết tương và creatinin huyết thanh (r=0,06). Giá trị PCT tăng lên đến mức cao nhấttrong những ngày đầu sau ghép thận. Trong khi PCT không bị ảnh hưởng bởi biến chứng thải ghép cấp tính nhưng lại được xem là một chỉ số cụ thể của nhiễm trùng hệ thống, có thể giúp phân biệt giữa hai loại viêm [4]. Kết quả nghiên cứu của Roshdy A và CS [5] cũng cho thấy nồng độ CRP tăng ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối. Theo dõi nồng độ CRP ở 91 BN trước ghép thận và sau ghép thận trong 8 tuần thấy mức độ CRP cao hơn đáng kể ở nhóm BN có dấu hiệu thải ghép cấp so với nhóm BN không có dấu hiệu thải ghép (p=0,001). Tác giả khuyến cáo nồng độ cao CRP huyết thanh là yếu tố dự báo sớm nguy cơ thải ghép cấp và là một dấu hiệu theo dõi thải ghép cấp ở bệnh nhân sau ghép thận [5].

Bảng 7 cho thấy nồng độ trung bình PCT huyết thanh của nhóm bệnh có MLCT > 60ml là (0,052±0,043ng/mL) thấp hơn nhóm có MLCT 40-21mL là (0,093± 0,085 ng/mL) có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điều này có thể chứng tỏ chức năng thận ghép giảm có ảnh hưởng làm tăng nồng độ PCT huyết thanh của bệnh nhân sau ghép thận. Về mối liên quan giữa nồng độ CRP và PCT với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng đã có nhiều nghiên cứu đề cập. Rutger M. và CS [6] nghiên cứu nồng độ PCT, hs-CRP, chức năng thận ghép trên 575 bệnh nhân với thời gian theo dõi sau ghép trung bình 6 năm, kết quả cho thấy nồng độ trung bình PCT là 0,023 (0,017-0,036) ng/mL, nồng độ hs–CRP là 2,1(0,8-4,9) mg/L. Nồng độ PCT có liên quan có ý nghĩa với chức năng thận ghép (p< 0,01) và là một yếu tố dự báo độc lập suy chức năng thận ghép mạn tính. Giá trị dự báo suy chức năng thận ghép của PCT cao hơn so với hs-CRP. Nghiên cứu của Aveles và cs cho thấy có tương quan tỷ lệ nghịch giữa mức lọc cầu thận và CRP ở bệnh nhân suy thận, mối tương quan được cải thiện sau khi ghép thận (r= 0,65; p<0,05) [3], [4]. Tuy nhiên chúng tôi chưa tìm thấy nhiều nghiên cứu về CRP, PCT ở bệnh nhân sau ghép thận ổn định trong thời gian dài hơn nên việc so sánh kết quả nghiên cứu chưa thực sự phong phú.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 112 bệnh nhân ghép thận và 32 người nhóm chứng khỏe mạnh, kết qủa cho thấy:

- BN nhận thận chủ yếu là nam (69,6%); tuổi TB trẻ,chủ yếu từ 21-40 tuổi. (66,1%); nồng PCT sau ghép thận tại các thời điểm nghiên cứu đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p<0,05), trong khi nồng độ CRP không có sự khác biệt. Tỷ lệ BN sau ghép có tăng nồng độ PCT cao hơn so với tỉ lệ BN có tăng CRP (45,5% và 27,7%) và khác biệt có ý nghĩa thống kê theo thời gian sau ghép.

- Nồng độ CRP ở nhóm dùng Tacrolimus cao hơn so với nhóm CyA (p<0,05), nhất là ở năm đầu sau ghép.Nồng độ trung bình PCT có xu hướng tăng dần theo mức giảm của mức lọc cầu thận (p<0,05). Nồng độ CRP, PCT có tương quan nghịch, mức độ thấp, với nồng độ albumin máu (lần lượt là r=-0,234 và -0,274, p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hoa, Hà Phan Hải An, và CS(2010),** " Nghiên cứu sự thay đổi một số chỉ số hóa sinh huyết thanh ở BN sau ghép thận ", Tạp chí Nội khoa - số 1/2010, Trường đại học Y Hà Nội , tr. 40-8.
2. **Vũ Thị Phương Liên (2011),** "Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ Procalcitonin và Protein phản ứng C ở bệnh nhân suy thận mạn", Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y, tr. 67- 85.
3. **Aveles PR, Crimnacio CR, Goncalves S, Bignelli AT, Claro LM, Siqueira SS, Nakao LS, Pecoits – Filho R (2010),** "Association between biomarkers of carbonyl stress with increased systemic inflammatory response in different stages of chronic kidney disease and after renal transplantation", Nephron Clin Pract. 2010; 116 (4), pp.294- 9.
4. **Eberhard O.K, Langefeld I, Kuse E.R, Brunkhorst F.M, Kliem V,… (1998).** "Procalcitonin in the ealy phase after renal transplantation - will it add diagnostic accuracy?", Clin Transplant,12(3), pp. 206- 11.
5. **Roshdy A., El- Khatid M.M,et al (2012),** "CRP and acute rejection: a marker to point". Int Urol Nephrol. 2012 Aug; 44(4), pp. 1251- 5.
6. **Rutger M.van Ree, Aiko P.J. de Vries, et al (2009),** "Plasma procalcotonin is an independent predictor of graft failure late after renal transplantation", Transplantation 08/2009; 88(2): pp.279- 87.

BIẾN CHỨNG NGOẠI KHOA SAU GHÉP THẬN, KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115

Trương Hoàng Minh[1], Trần Thanh Phong[1], Trần Lê Duy Anh[1], Lê Đình Hiếu[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận và tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận, kết quả điều trị các biến chứng ngoại khoa tại Bệnh viện nhân dân (BVND) 115.

Đối tượng và phương pháp: hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Tuổi trung bình: 43,60 ± 11,97 tuổi (16-76) với nam: 220/313 trường hợp (TH) (70,3%) và nữ: 93/313 TH (29,7%). Có 4,2% TH ghép thận lần 2. Lấy thận trái để ghép: 70,6% TH, đặt thận ghép ở hố chậu phải: 94,2% TH. Thận ghép có bất thường mạch máu: 18,21% TH trong đó bất thường ĐM: 11,82%, TM: 6,07% và bất thường cả ĐM và TM: 0,31%. Biến chứng mạch máu (hẹp chỗ nối): 0,95%, huyết khối TM: 0,63%, chảy máu vết mổ: 0,63%. Biến chứng niệu (rò): 0,31%. Gập cuống thận: 0,31%, Biến chứng tụ dịch Lymphocele: 0,63% được điều trị thành công.

Kết luận: Ghép thận tại BVND 115 là hiệu quả, an toàn, tỉ lệ biến chứng ngoại khoa thấp.

Từ khóa: ghép thận từ người hiến sống, biến chứng ngoại khoa.

[1]*Bệnh viện Nhân dân 115, Tp Hồ Chí Minh*
Liên hệ tác giả: Trương Hoàng Minh.
Email: hoangminhbvnd115@gmail.com
Ngày nhận bài: 2/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt bài: 15/9/2021

SUMMARY

SURGICAL COMPLICATIONS OF RENAL TRANSPLANT: EXPERIENCE OF 115 PEOPLE'S HOSPITAL

Objective: To evaluate the clinical features of the recipients and the surgical complications of renal transplantation from living donor and results of treatment at 115 People's Hospital.

Materials and Methods: Retrospective 313 consecutive recipients at 115 People's Hospital

Results: The average age of recipients: 43.60 ± 11.97 years old (16-76 years old), with 220 cases (70.3 %) were male and 93 cases (29.7 %) were female. The second transplant: 4.2% cases, kidney transplant from left kidney: 70.6% cases, Place the transplanted kidney in the right iliac fossa: 94.2% cases. There are 18.21 % had abnormal vascular kidney transplant which abnormal artery is 11.82%, abnormal vein is 6.07% and 0.31% is both.

The vascular complications (anastomotic stenosis): 0.95% cases, veinous thrombosis: 0.63% cases, incision bleeding: 0.63% cases. The urologic complications (leak): 0.31%, angulation of the renal peduncle: 0.31% cases, lymphocele: 0.63% with good results of treatment.

Conclusion: the kidney transplantation at 115 people's Hospital is good results, low rate of surgical complications

Key words: Renal transplantation from living donor, surgical complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là phương pháp điều trị thay thế thận mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Mặc dù vậy, sau ghép thận có thể gặp các biến chứng về ngoại khoa và nội khoa. Ngày nay, tỉ lệ biến chứng sau ghép thận đã giảm rõ rệt. Tỉ lệ thải ghép cấp trong 6 tháng đầu sau ghép giảm từ 20% xuống còn gần 10% và tỉ lệ mất thận ghép xuống còn 5% trong 6 tháng đầu. Các biến chứng ngoại khoa gồm: Biến chứng mạch máu sau ghép thận (1-2%), nhiễm trùng vết mổ (1%), tụ dịch bạch huyết (lymphocele) (18%), chảy máu, huyết khối động tĩnh mạch (0,5% - 8%), hẹp động mạch thận, các biến chứng niệu khoa 0,9- 8% (trung bình 3%) tùy theo các trung tâm [3]. Bệnh viện Nhân Dân (BVND) 115 ghép thận từ người hiến sống từ 2004 đến nay đã trở thành phẫu thuật thường quy. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu:

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận tại BVND 115.

- Khảo sát tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng tại BVND 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân được ghép thận từ tháng 2-2004 đến tháng 8-2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả các bệnh nhân được ghép thận tại bệnh viện Nhân Dân 115 từ tháng 2-2004 đến tháng 8-2020, có hồ sơ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không có hồ sơ đầy đủ, hồ sơ không ghi đủ các thông tin nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả hàng loạt ca.

Các bước tiến hành: Trích lục hồ sơ bệnh án cả người nhận và người hiến thận, bệnh án theo dõi. Ghi nhận các biến số nghiên cứu:

- Tuổi, giới, quan hệ giữa người nhận và người hiến, tương hợp HLA, ghép lần 1,2, mổ mở lấy thận hay mổ nội soi (có robot hỗ trợ hay không), lấy thận phải hay trái…

- Các biến số như biến chứng ngoại khoa được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án và hồ sơ

tái khám bao gồm: Biến chứng mạch máu, biến chứng niệu khoa. Biến chứng khác: Lymphocele, chảy máu…

Xử lý số liệu với phần mềm SPSS 16.5. Biến số định tính được trình bày dưới tỉ lệ %, biến số định lượng trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn. Biến định tính sử dụng phép kiểm χ^2 bình phương (Chi square test). Biến số định lượng sử dụng phép kiểmT (t-test) sẽ được sử dụng để khảo sát so sánh sự khác biệt của các biến số định lượng có phân phối chuẩn mẫu độc lập giữa 2 nhóm tính chất.

III. KẾT QUẢ

Có 313 trường hợp (TH) ghép thận từ người sống hiến thận:

Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng bệnh nhân ghép thận tại BVND 115

Tuổi và giới người nhận - hiến thận:

Bảng 1. *Tuổi và giới người nhận và hiến thận*

Đặc điểm		Người nhận	Người hiến
Tuổi (t)		43,60 ± 11,97 (16-76)	29,58 ± 7,48 (18 – 62)
Giới	Nam	220/313 TH (70,3%)	232/313 TH (74,1%)
	Nữ	93/313 (29,7%)	81/313 TH (25,9%)

Quan hệ của người nhận thận với người hiến

- Có 30/313 TH (9,6%) ghép cùng huyết thống và 283/313 TH (90,4%) không có quan hệ huyết thống

- Tương hợp HLA: Tương hợp 0/6: 2TH (0,6%), 1/6: 27 TH (8,6%), 2/6: 73 TH (23,3%), 3/6: 105 TH (33,5%), 4/6: 61 TH (19,5%), 5/6: 36 TH (11,5%), 6/6:9 TH (2,6%)

Số lần ghép thận: Có 13/313 TH (4,2%) ghép thận lần thứ 2

Phương pháp mổ lấy thận để ghép: Có 23/313 TH (7,3%) mổ nội soi ổ bụng lấy thận để ghép còn lại lấy thận qua mổ mở và nội soi sau phúc mạc. Có 4 TH lấy thận qua nội soi có sự hỗ trợ của cánh tay Robot Dex.

Bên lấy thận để ghép, bên đặt thận ghép:

- Lấy thận phải để ghép có 92/313 TH (29,4%) và lấy thận trái để ghép: 221/313 TH (70,6%).

- Có 18/313 TH (5,8%) đặt thận ghép ở hố chậu trái, 295/313 TH (94,2%) đặt thận ghép ở hố chậu phải.

Tỉ lệ thận ghép có bất thường mạch máu:

Bảng 2: *Tình trạng mạch máu của thận ghép*

Mạch máu thận ghép		Số TH		%	
Bất thường động mạch [ĐM] (≥2ĐM)		37		11,82	
Bất thường tĩnh mạch [TM]	≥ 2 TM	4	19	1,27	6,07
	TM ngắn	15		4,79	
Bất thường cả ĐM + TM		1		0,31	
Tổng cộng		**57/313**		**18,21 %**	

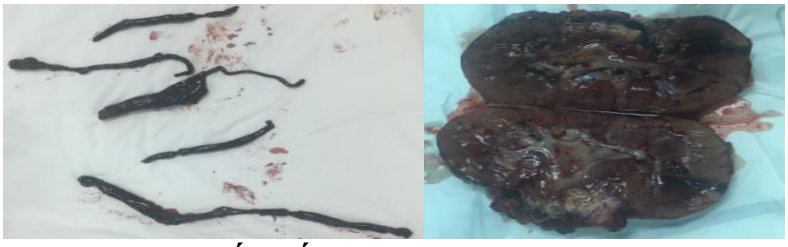
Tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng tại BVND 115

Biến chứng mạch máu:

- Biến chứng tắc, hẹp động mạch thận ghép sớm: 0/313 TH (0%).

- Hẹp chỗ nối mạch máu muộn (sau 6 tháng): Có 3/313 TH (0,95%) ở nhóm mạch máu bình thường. Cả 3 TH đều được thực hiện khâu nối với ĐM chậu trong kiểu tận-tận. Tất cả được can thiệp nội mạch (đặt Stent) sau đó ổn định. Ngược lại không có TH nào hẹp động mạch ở nhóm bất thường mạch máu.

- Có 2/313 TH (0,63%) huyết khối TM xuất hiện ở nhóm có mạch máu bình thường. Trường hợp thứ nhất xuất hiện ngày 20 sau mổ (sau khi xuất viện 6 ngày), nhập viện vì vô niệu, siêu âm và CT-Scan ghi nhận huyết khối, BN được mổ lấy huyết khối nhưng thận không bảo tồn được phải cắt bỏ. Trường hợp số 2 xuất hiện 1 tháng sau mổ, trường hợp này sau khi mổ lấy huyết khối, điều trị kháng đông thành công với sử dụng Heparin trọng lượng phân tử thấp.



Hình 1: Huyết khối tĩnh mạch thận sau ghép thận.

Biến chứng niệu khoa

- Rò bể thận: 1/313 TH (0,31%) do kỹ thuật lấy thận, phát hiện trong giai đoạn hậu phẫu, mổ lại khâu lỗ rò.

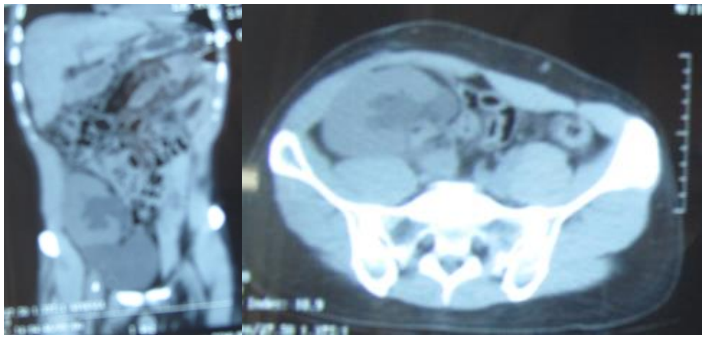
- Rò chỗ khâu nối niệu quản - bàng quang: 1/313 TH (0,31%), điều trị bảo tồn thành công (đặt lại thông tiểu)

Biến chứng khác:

- Chảy máu vết mổ: 2/313 TH (0,63%), mổ lại kiểm tra cầm máu

- Gập cuống thận: 1/313 TH (0,31%), mổ đặt lại vị trí thận ghép.

- Tụ dịch Lymphocele sau mổ: 2/313 TH (0,63%)



Hình 2: Tụ dịch Lymphocele sau ghép thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Các bệnh nhân ghép thận tại BVND 115 tuổi trung bình 43,6 tuổi và nam nhiều hơn nữ, đây là lực lượng lao động chính của gia đình và xã hội. Sohail Raziq và cs nghiên cứu 105 TH ghép thận tuổi trung bình 38 tuổi, nam 83,8% và nữ 16,2% [6]. Ng. D. Điền nghiên cứu 109 TH ghi nhận tuổi trung bình 35,4 tuổi, nam 68% , nữ 32% [1].

Đa số các trường hợp ghép không cùng huyết thống với sự tương hợp HLA 2/6, 3/6 và 4/6 locus. Có 4,2% ghép thận lần thứ 2 do thận ghép lần đầu mất chức năng. Thời gian đầu thực hiện ghép thận chúng tôi mổ mở lấy thận để ghép, 5 năm sau này chúng tôi thực hiện đa số qua nội soi (sau phúc mạc + qua ổ bụng), có 4 TH chúng tôi lấy qua nội soi ổ bụng có cánh tay Robot Dex hỗ trợ. Đa số các TH (70,6%) lấy thận trái để ghép, tuy nhiên chúng tôi đặt thận ghép ở hố chậu phải là đa số. Các trường hợp đặt thận ghép ở hố chậu trái về sau chủ yếu do ghép thận lần đầu ở HC phải. Không ghi nhận khó khăn gì khi lấy thận phải (người hiến) và ghép ở HC phải.

Vấn đề bất thường mạch máu của thận ghép là một thách thức cho phẫu thuật viên và có thể ảnh hưởng đến đời sống thận ghép. Chúng tôi có 18,21% TH có bất thường mạch máu trong đó bất thường ĐM: 11,82%, TM: 6,07%, bất thường cả ĐM và TM: 0,31%. Các bất thường ĐM chúng tôi ưu tiên sửa chữa mạch máu tại bàn rửa thận nhằm giảm thời gian thiếu máu nóng lần 2 (thời gian thiếu máu ấm). Riêng những trường hợp phải nối với ĐM thượng vị dưới, chúng tôi ưu tiên nối xong nhánh chính rồi nối nhánh phụ với ĐM thượng vị dưới sau.

4.2. Tỉ lệ các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận và kết quả điều trị các biến chứng ngoại khoa sau ghép thận

Chúng tôi không ghi nhận TH nào tắc - hẹp tại vị trí khâu nối sớm sau mổ, điều này phản ánh kỹ thuật khâu nối là phù hợp. Có 0,95% TH hẹp tại vị trí khâu nối sau mổ > 6 tháng. Các TH này ĐM thận đều nối tận-tận với ĐM chậu trong, về sau chúng tôi ưu tiên thực hiện nối ĐM thận với ĐM chậu ngoài hay ĐM chậu chung kiểu tận - bên không ghi nhận biến chứng này. Các TH hẹp này phát hiện nhờ tầm soát định kỳ siêu âm Doppler mỗi tháng 1 lần/6 tháng đầu sau ghép, đặt stent qua can thiệp nội mạch thành công cả 3TH.

Vấn đề huyết khối TM sau ghép là biến chứng nặng, trong 2 TH biến chứng huyết khối TM xuất hiện muộn sau mổ, 1 TH thất bại vì khi can thiệp đã huyết khối toàn bộ thận ghép, thuyên tắc TM phổi, TH này tiền căn bệnh lý tăng đông, sử dụng kháng đông không hiệu quả. Trường hợp thứ 2 chúng tôi can thiệp kịp thời, lấy máu tụ ở TM chậu ngoài và một phần TM thận, sử dụng kháng đông sau đó thành công. Những TH ghép thận sau đó chúng tôi phân tầng nguy cơ đông máu và sử dụng thuốc kháng đông trọng lượng phân tử thấp dự phòng không ghi nhận TH nào huyết khối TM sau đó. Sohail Raziq ghi nhận 6,66% biến chứng mạch máu, mất thận ghép là 3,8% và tử vong là 0,95%. Tác giả kết luận biến chứng mạch máu cần phát hiện và can thiệp sớm nhằm tránh mất thận ghép [6].

Biến chứng niệu chiếm 0,9-8% (trung bình 3%) tùy theo tác giả [5]. Chúng tôi ghi nhận có 0,31% TH rò tại vị trí khâu nối niệu quản (NQ) vào bàng quang (BQ). Điều trị bảo tồn thành công. Nguyên nhân có thể do vết khâu NQ vào BQ chưa lành, rút thông

tiểu sớm (5 ngày), bệnh nhân rặn tiểu quá mạnh. Thông thường chúng tôi rút thông tiểu vào ngày thứ 7 sau mổ, những bệnh nhân mập, bàng quang bé có thể để lâu hơn. Ngược lại những bệnh nhân mổ thuận lợi, thận ghép không có bất thường về mạch máu hay niệu quản, chúng tôi rút thông tiểu sớm. Biến chứng niệu theo Sohail Raziq: 2,85%, can thiệp chủ yếu bằng x-quang và phẫu thuật nhưng hiếm gây mất thận ghép [6]. Ng. D. Điền: 0,9% rò nước tiểu [1], Tr. Ng. Sinh: 2,1% [2]. Chúng tôi không ghi nhận TH nào hẹp hay trào ngược BQ-NQ muộn sau ghép với kỹ thuật tạo đường hầm chống trào ngược tại BVND 115.

Biến chứng khác: có 2TH (0,63%) chảy máu vết mổ sau ghép, phát hiện ngay sau khi ra hậu phẫu, dẫn lưu ổ mổ ra dịch đỏ tươi. Quyết định mở lại vết mổ thấy 1 TH chảy bởi 1 mạch máu ở cơ thành bụng, 1 TH chảy do tuột chỉ cột ĐM thượng vị dưới. Cả 2 TH cầm máu tại chỗ ổn định, thận ghép hoạt động tốt. Ng. D. Điền: 1,8% chảy máu [1]. Tr. Ng. Sinh: 1,04% [2]. Các tác giả khuyến cáo nên mạnh dạn mở lại vết mổ sớm để kiểm tra tránh làm mất máu cho bệnh nhân. Có 1 TH gập góc cuống thận, thận ghép bài niệu rất tốt ngay trên bàn mổ. Tuy nhiên ra hậu phẫu vô niệu, siêu âm ghi nhận thận ghép tưới máu kém. Mở lại vết mổ thấy thận mềm, tím, gập góc cuống thận. Sau khi chỉnh lại vị trí thận ghép thận hồng lại ngay tức thì. Theo kinh nghiệm, nếu mất bài niệu đột ngột nên thực hiện siêu âm Doppler và mạnh dạn mở vết mổ kiểm tra thận ghép sớm sẽ có kết quả tốt.

Có 2 TH (0,63%) tụ dịch Lymphocele, 1 TH hình thành ngay trong giai đoạn hậu phẫu khi chưa rút dẫn lưu (sau mổ dẫn lưu khô nhưng sau đó xuất hiện lại, ra 100 ml/ngày), làm test Bleu – methylene âm tính, chụp bàng quang có bơm thuốc cản quang không ghi nhận dấu thoát thuốc, thử xét nghiệm dịch ra ở dẫn lưu ghi nhận dịch lympho. Quyết định để dẫn lưu sau 2 tuần khô cho rút. Trường hợp thứ 2 hình thành sau mổ 1 tháng (đã rút dẫn lưu), ổ tụ dịch lớn gây thận ứ nước. Ng. D. Điền: 0,9% [1] và Tr. Ng. Sinh: 3,5% tụ dịch lymphocele [2]. Trường hợp lymphocele của chúng tôi: chọc hút dẫn lưu qua siêu âm ra 300 ml dịch thử là dịch Lympho, lưu ống dẫn lưu 10 ngày dẫn lưu khô cho rút. Cách xử trí của chúng tôi theo hướng dẫn của tác giả A Mehrabi và cs, định nghĩa tụ dịch Lymphocele khi thể tích > 50 ml/ngày (không phải nước tiểu, máu hay mủ) hoặc hình thành sau khi đã rút dẫn lưu 1 tuần. Tác giả phân 3 mức độ (A,B,C) cho rằng tụ dịch Lymphocele nhiều, ảnh hưởng đến thận ghép (grad C) mới cần can thiệp ngoại khoa [4].

V. KẾT LUẬN

Đa số các TH (90,4%) ghép không cùng huyết thống, có 4,2% ghép thận lần 2, lấy thận trái để ghép: 70,6%, đặt thận ghép ở hố chậu phải: 94,2%, thận ghép có bất thường mạch máu: 18,21% (ĐM: 11,82%, TM: 6,07% và bất thường cả ĐM và TM: 0,31%).

Biến chứng mạch máu (hẹp chỗ nối): 0,95%, huyết khối TM: 0,63%, chảy máu vết mổ: 0,63%. Biến chứng niệu (rò): 0,31%. Gập cuống thận: 0,31%, Tụ dịch Lymphocele: 0,63% được điều trị thành công.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Duy Điền., Hoàng Khắc Chuẩn., Thái Minh Sâm et al (2021),** " Ghép thận có nhiều động mạch thận từ người hiến sống tại Bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí y dược học – Trường đại học y dược Huế, số đặc biệt hội

nghị khoa học làn XIV, Hội tiết niệu thận học Việt Nam, tr.401-406.
2. **Trần Ngọc Sinh., Dư Thị Ngọc Thu (2016),** "Kết quả phẫu thuật 285 trường hợp ghép thận tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1992 – 2013", Kỷ yếu công trình ghép thận Bệnh viện Chợ Rẫy 2011-2016- NXB Y học
3. **Dư Thị Ngọc Thu (2019),** Kỹ thuật ghép thận. NXB Đại học quốc gia Tp. HCM
4. **A Mehrabi., Y Kulu., M Sabagh (2020**), "Consensus on definition and severity grading of lymphatic complications after kidney transplantation", Br J Surg ; 107(7): p.801-811
5. **Jacob A.Akoh, Abdu S Opaluwa, David Weller (2009)** " Urological complications of renal transplantation: reducing the risk'' Saudi J Kidney Dis Transpl; 20:p.1005-9
6. **Sohail Raziq., Faran Kiani., Muhammad Asghar Sipra et al (2018**), " Surgical complications of renal transplant: experience of a tertiary care urology institute in Pakistan" , Pak Armed Forces Med J ; 68(6): p.1522-26

RỬA THẬN NGƯỢC DÒNG TRONG CHUẨN BỊ THẬN GHÉP TỪ NGƯỜI CHO SỐNG

Nguyễn Quang Nghĩa[1], Lê Nguyên Vũ[1], Ninh Việt Khải[1]
Trần Hà Phương[1], Hoàng Tuấn[1], Hoàng Tuấn Anh[1], Trần Minh Tuấn[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tính an toàn và hiệu quả trên lâm sàng của kỹ thuật rửa thận ngược dòng trong ghép thận từ người cho sống

Phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020, 30 trường hợp ghép thận có sử dụng phương pháp rửa thận ngược dòng do bất thường hoặc thay đổi cấu trúc giải phẫu sau khi lấy được Các thông số như thời thiếu máu lạnh, thời gian rửa thận, lượng nước rửa, kết quả dịch rửa thận, chức năng thận ngay sau mổ, lượng nước tiểu sau mổ được đánh giá và thu thập. Đánh giá về các đặc điểm tuổi giới, hoại tử ống thận cấp tính, nhiễm trùng vết mổ, chức năng thận ghép của nhóm rửa thận xuôi dòng

Kết quả: Thời gian rửa thận của nhóm rửa thận ngược dòng: 16,87 ± 2,94 phút so với nhóm rửa thận xuôi dòng 16,30 ± 2,45 phút Thời gian bắt đầu có nước tiểu (giây): 102,00 ± 78,10, Creatinin máu khi ra viện (µmol/l) là 110,74 ± 21,95. 100% thận chuyển màu trắng ngà. Không có thải ghép cấp hoặc hoại tử ống thận. Thời gian nằm viện của nhóm rửa thận ngược dòng là 14 ngày tương đương nhóm rửa thận xuôi dòng. Không có sự khác biệt về thông số của nhóm hiến thận ở cả hai nhóm. Số lượng nước tiểu trong thời gian hậu phẫu và mức độ giảm creatinin của 2 nhóm là tương đương.

Kết luận: Nghiên cứu này chỉ ra rằng rửa thận ngược dòng khả thi và an toàn trong trường hợp ghép thận từ người cho sống và hiệu quả ở nhóm thận bất thường giải phẫu hoặc tổn thương mạch.

Từ khoá: ghép thận, rửa ngược chiều

[1]*Trung tâm Ghép tạng, Bệnh viện Việt Đức*
Liên hệ tác giả: Lê Nguyên Vũ.
Email: nguyenvu.urologue@gmail.com
Ngày nhận bài 15/8/2021
Ngày phản biện: 11/9/2021
Ngày duyệt bài: 20/9/2021

SUMMARY

OUTCOMES OF KIDNEY TRANSPLANTS WITH KIDNEYS LAVAGED BY RETROGRADE PERFUSION TECHNIQUE

Objective: To evaluate the clinical safety and efficacy of the retrograde perfusion technique in kidney transplantation.

Methods: Between 6 2020 and 12 2020, 304 cases of kidney transplantation with kidneys perfused using the retrograde perfusion technique due to renal artery variations or injury were selected. Cold ischemia time, renal perfusion time, amount of perfusion fluid, acute renal tubular necrosis, wound infection, graft kidney function at discharge, were observed and recorded.

Results: The kidney perfusion time was 16.87 ± 2.94 min, compared to the antergrade perfusion group 16.30 ± 2.45 minutes Time to start urine (seconds): 102.00 ± 78.10 Blood creatinine at discharge (μmol/l) was 110.74 ± 21.95. The length of hospital stay was 14days. There was no acute rejection or tubular necrosis. The amount of urine in the postoperative period and the degree of decrease in creatinine were as routine.

Conclusion: This study indicates that retrograde perfusion is safe and can be regarded as a better alternative or remedial measure for a poorly perfused kidney due to vascular deformity or injury.

Keywords: kidney transplant, retrograde perfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta thận ghép chủ yếu được lấy từ người sống cho thận[1]. Để có được một quả thận ghép có chất lượng, ngoài yêu cầu trong quá trình phẫu thuật: thận lấy ra phải còn nguyên vẹn về hình thể, về cấu trúc mạch máu, niệu quản phải đủ dài để bảo đảm cho ghép thì vấn đề rửa và bảo quản thận ghép cũng là một khâu quan trọng ảnh hưởng đến kết quả ghép thận. Yêu cầu của quá trình rửa thận ghép không chỉ đảm bảo sạch hết các tế bào có tính kháng nguyên, các tế bào máu mà thời gian rửa thận cũng cần càng nhanh càng tốt để hạn chế tối đa ảnh hưởng của sự thiếu máu lên tế bào thận[2,3]. Trong quá trình lấy thận có thể gặp tổn thương, biến đổi giải phẫu động mạch thận khiến việc rửa thận gặp khó khăn và thậm chí có thể dẫn đến thải ghép. Chúng tôi thấy rằng việc bơm nước theo đường tĩnh mạch có thể rửa thận tương đối nhanh và sạch. Trong nghiên cứu lần này, chúng tôi muốn giới thiệu phương pháp rửa thận ngược dòng đánh giá hiệu quả cũng như độ an toàn của việc rửa thận ngược dòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn Thận ghép trong thời gian nghiên cứu được lấy từ người cho sống được truyền rửa bằng dung dịch Custodiol **được sử dụng phương pháp rửa ngược dòng qua đường tĩnh mạch**

Tiêu chuẩn loại trừ : ghép thận từ người cho chết não, người cho ngừng tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 06/2020 đến tháng 3/2020.

Thiết kế nghiên cứu mô tả chùm bệnh, tiến cứu

Các bước tiến hành:

Bước (B) 1: Ngay khi thận được cắt rời, chuyển sang khay đá lạnh đã tạo ổ trước ở 4°C, chuyển sang bàn rửa. Nhanh chóng luồn kim đầu tù (kim luồn tĩnh mạch hoặc đầu dây truyền) vào ĐM thận, tiến hành truyền rửa bằng dung dịch Custodiol áp lực 100mmHg, chiều cao cột nước khoảng 80-100cm

B2: Đánh giá màu sắc của thận trong quá trình truyền rửa, xoay trở theo các hướng ĐM thận ghép để đảm bảo loại bỏ tối đa các tế bào máu.

B3: Giải phóng lớp mỡ 2 mặt thận và phát hiện các bất thường trên bề mặt thận làm cho thận không trắng ngà hoàn toàn. Kiểm tra các trường hợp sau:

- Thận ghép có 2 ĐM chung gốc ngắn, dịch rửa sẽ vào được 1 nhánh lớn

- Thận ghép có >3 ĐM, nhánh ĐM cực nhỏ <2mm dễ tổn thương nội mạc khi truyền rửa.

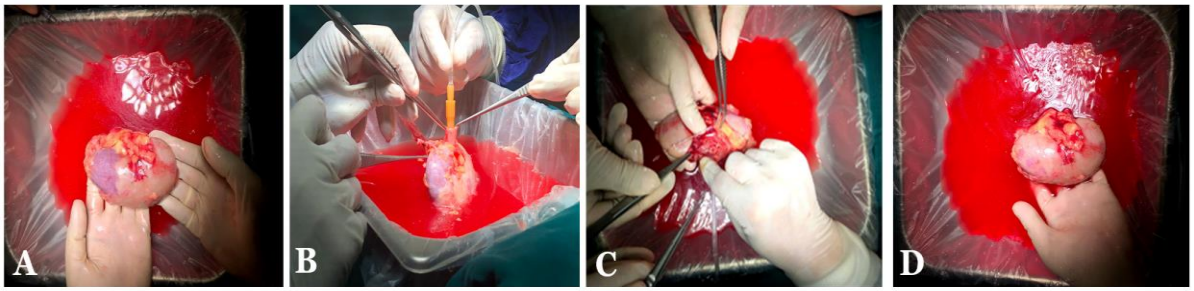
- Các nhánh ĐM cực gấp khúc, thận vẫn loang lổ.

- Tổn thương nhánh của ĐM (hoặc thủng ĐM hoặc mất đoạn do dao siêu âm đốt hoặc bỏng) làm phần thận tương ứng không được rửa sạch, tím thẫm

B4: Rửa qua đường tĩnh mạch thận: áp lực bơm thấp (tối đa 60-80 mm Hg) và quan sát dịch chảy qua ĐM thận cho đến khi trong.

B5: Sau khi thận đã trắng ngà hoàn toàn , rửa lại qua đường ĐM và lấy 10ml dịch rửa chảy ra ở tĩnh mạch thận thử hồng cầu, bạch cầu.

B6: Chỉnh sửa ĐM, TM, đo đạc, bảo quản chuyển sang bàn ghép.



Hình 1: A. Thận vẫn tím 1 cực sau khi rửa

B. Rửa qua đường TM.

C. Máu từ TM qua ĐM.

D. Thận sạch hoàn toàn

Các biến số chỉ số nghiên cứu bao gồm:

Tuổi, giới, quan hệ huyết thống, hòa hợp HLA, thời gian thiếu máu lạnh, thời gian rửa thận (là thời gian tính từ khi bắt đầu truyền dịch rửa vào thận đến khi ngừng truyền rửa), số lượng dịch rửa thận: Custodiol = 1000 – lượng dịch còn lại (ml), kết quả dịch rửa thận. Đối với giai đoạn hậu phẫu chúng tôi đánh giá: phản ứng thải ghép cấp tính, hoại tử ống thận cấp tính, thời gian nằm viện, chức năng thận ghép, lượng nước tiểu.

Xử lí số liệu: Kết quả được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và số trung vị, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân thực hiện kỹ thuật

Đặc điểm		Nhóm rửa thận ngược dòng (n=30)	Tỷ lệ %
Tuổi		36,06 ± 8,69	
Giới	Nam	16	53,3%
	Nữ	14	46,7%
Quan hệ người hiến	Cùng huyết thống	4	13,3%
	Không huyết thống	26	86,7%
Hoà hợp HLA	< 3/6	12	40%
	3/6	18	60%
Số lượng ĐM	Thận ghép có 2 ĐM chung gốc	24	80%
	Thận ghép có > 3 ĐM	2	6,67%
	Thận ghép có ĐM nhánh nhưng đường kính < 1mm hoặc < 2mm	1	3,33%
	Các nhánh ĐM cực gấp khúc	2	6,67%
	Tổn thương nhánh của ĐM	1	3,33%

Bảng 2. So sánh các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

Chỉ tiêu	Nhóm rửa thận ngược dòng (n=30)
Thời gian bắt đầu có nước tiểu (giây)	102,00 ± 78,10
Lượng nước tiểu ngày đầu	6023,63 ± 2191,22
Lượng nước tiểu ngày 3 (ml)	4724,54 ± 933,61
Lượng nước tiểu ngày 7 (ml)	3748,63 ± 822,28
Lượng nước tiểu ra viện (ml)	3597,61 ± 959,09
Số lượng BC dịch rửa (G/L)	0,067 ± 0,043
Số lượng HC dịch rửa (T/L)	0,002 ± 0,004
Ure máu ngày 1 (mmol/l)	14,19 ± 5,39
Creatinin máu ngày 1 (µmol/l)	455,93 ± 237,64
Ure máu ngày 3 (mmol/l)	11,05 ± 4,83
Creatinin máu ngày 3 (µmol/l)	148,95 ± 71,44
Ure máu ngày 7 (mmol/l)	12,91 ± 8,86
Creatinin máu ngày 7 (µmol/l)	135,26 ± 78,82
Creatinin máu khi ra viện (µmol/l)	110,74 ± 21,95

Nhận xét: chức năng thận, số lượng nước tiểu đều giảm tốt và ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Rửa thận giúp làm sạch máu trong lòng mạch thận để tránh tắc nghẽn các mao mạch nhỏ, loại trừ các tế bào mang tính kháng nguyên. Truyền rửa các cơ quan nói chung và thận nói riêng, việc sử dụng lượng dịch truyền rửa thận ghép còn nhiều quan điểm khác nhau. Nhưng hầu hết các tác giả đều thống là phải rửa sạch tế bào máu trong lòng mạch, tức là khi nhu mô thận ghép chuyển từ màu đỏ sang màu trắng ngà, trong đó đặc biệt là tế bào bạch cầu vì bạch cầu có cấu trúc kháng nguyên lớp II. Đây là kháng nguyên gồm 2 chuỗi polypeptid chỉ xuất hiện trên các tế bào tham gia vào đáp ứng miễn dịch, là kháng nguyên kích thích gây ra các đáp ứng miễn dịch thải bỏ thận ghép chính[4,5]

Bên cạnh đó còn hạ thấp nhiệt độ của thận, làm giảm nhu cầu năng lượng, giúp kéo dài thời gian chịu đựng thiếu máu của thận, cung cấp chất điện giải để hạn chế quá trình phù nề và hoại tử tế bào thận. Thông thường, dung dịch rửa thường là custodiol sẽ được bơm vào từ động mạch thận và chảy ra từ tĩnh mạch thận trong quá trình rửa thận. Đây là dung dịch chứa ba acid amin là histidin, tryptophan và ketoglutarat (dung dịch HTK)[6] và các muối calci, magiê, kali và natri trong nước được điều chỉnh về pH và áp suất thẩm thấu sinh lý (pH 7,02-7,20 và 310mOsm/kg). Các ion của acid amin trong thành phần dung dịch sẽ ngăn chặn sự kích hoạt quá trình tiêu thụ năng lượng bằng cách giảm đến mức tối thiểu nhu cầu năng lượng của cơ quan. Hệ đệm histidin-histidine hydroclorid giúp làm chậm quá trình giảm pH trong mô cơ quan trong điều kiện thiếu máu cục bộ và làm tăng tỉ lệ năng lượng kị khí glycolytic được tạo ra. Chúng tôi chỉ áp dụng rửa ngược dòng sau khi đã rửa xuôi dòng thì đầu khi thấy thận chưa trắng ngà và phát hiện có bất thường cấu trúc giải phẫu mạch thận hoặc tổn thương động mạch (ĐM) trong mổ. Những bất thường hay gặp là: thận ghép được lấy ra có 2 ĐM nhưng chung gốc quá ngắn dẫn đến đường rửa sẽ chỉ vào nhánh ĐM to, thận ghép có 3 hoặc 4 động mạch, thận ghép có ĐM nhánh nhưng đường kính < 1mm hoặc < 2mm, tổn thương nhánh của ĐM do đốt điện hoặc bỏng nên không rửa được phần thận tương ứng, các nhánh ĐM cực gấp khúc làm quá trình rửa không sạch, các ĐM cực co thắt, thận vẫn loang lổ dù không có bất thường về mạch máu (Bảng 1) Châu Quý Thuận đánh giá tiêu chuẩn rửa thận ghép trong 56 trường hợp thấy có 42/56 trường hợp (75%) thận còn nguyên vẹn về mặt giải phẫu cuống thận và nhu mô thận, 14/56 trường hợp (25%) thận tím trước khi cắt, bong vỏ bọc thận, bong lớp nội mạc thận. Những tổn thương bầm tím nhu mô thận gây nên những tổn thương ở thành mao mạch giải phóng ra các chất trung gian làm hoạt hóa các yếu tố đông máu ngoại sinh dẫn đến hình thành cục máu đông trong lòng mạch[3]. Chính điều này gây cản trở dòng chảy trong lòng mạch khi tiến hành truyền rửa dẫn tới việc rửa thận khó khăn, hiệu quả không cao. Vì vậy các trường hợp bất thường (bảng 1) cần áp dụng rửa ngược dòng tránh gây tổn thương nội mạc ĐM. Về mặt giải phẫu, rửa thận ngược dòng khả thi vì: 1) tĩnh mạch ít bị biến đổi giải phẫu hơn động mạch, 2) đường kính của tĩnh mạch lớn hơn động mạch, 3) tĩnh mạch thận có nhiều nhánh nối trong thận, 4) tĩnh mạch thận không có van. Thận cũng có thể có nhiều tĩnh mạch dẫn máu về tĩnh mạch chủ dưới. Cũng tương tự như động

mạch thận, biến đổi về số lượng tĩnh mạch thận thường gặp, có từ 2 – 3 tĩnh mạch với tỷ lệ thay đổi từ 4,7% -30,6% trong các nghiên cứu. Có thể có các hình thái biến đổi về giải phẫu tĩnh mạch thận như: thận có nhiều tĩnh mạch, tĩnh mạch thận có 02 thân ôm lấy động mạch chủ bụng, tĩnh mạch thận chạy sau động mạch chủ bụng....[7,8]

Áp lực bơm cũng là 1 yếu tố quan trọng khi tiến hành rửa ngược dòng . Bình thường để áp lực 100-120mmHg đối với rửa qua đường ĐM. Chúng tôi sử dụng áp lực bơm thấp (tối đa 60-80 mm Hg) đối với nhóm bơm ngược dòng và quan sát dịch chảy qua ĐM thận cho đến khi trong. Hơn nữa do đường kính TM thường to nên dịch rửa vào nhiều, dễ quan sát, cần theo dõi dịch rửa qua động mạch trong là được. Không tiến hành rửa ngược qua đường tĩnh mạch ngay từ lúc đầu.

Bảng 3: So sánh với giữa nhóm rửa thận xuôi dòng và ngược dòng

Chỉ tiêu	**Nhóm rửa thận ngược dòng (n=30)**	**Nhóm rửa thận xuôi dòng[7] (n=40)**	**p**
Tuổi	36,06 ± 8,69	32,82 ± 8,03	
Giới (nam/nữ)	16/14	23/17	
Quan hệ người hiến người nhận Cùng huyết thống Không cùng huyết thống	 4 (13,3%) 26 (86,7%)	 3 (7,5%) 37 (92,5%)	
Hoà hợp HLA < 3/6 3/6	 12 (40%) 18 (60%)	 22 (55%) 18 (45%)	
Thải ghép	0	0	
Thận chậm chức năng	0	0	
Hoại tử ống thận cấp	0	0	
Thời gian nằm viện (ngày)	14	14	
Thời gian rửa thận (phút)	16,87 ± 2,94	16,30 ± 2,45	> 0,05
Lượng dịch rửa (ml)	522,72 ± 137,77	444,54 ± 125,11	> 0,05
Thận trắng đều	30 (100%)	40 (100%)	> 0,05
Thời gian bắt đầu có nước tiểu (giây)	102,00 ± 78,10	96,67 ± 57,75	> 0,05
Số lượng BC dịch rửa (G/L)	0,067 ± 0,043	0,048± 0,055	> 0,05
Số lượng HC dịch rửa (T/L)	0,002 ± 0,004	0,001 ± 0,001	> 0,05
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	51,14±20,64	53,68±25,66	> 0,05
Creatinin máu khi ra viện (µmol/l)	110,74 ± 21,95	107,88± 27,08	> 0,05
Lượng nước tiểu ra viện (ml)	3597,61 ± 959,09	3425,32± 670,85	> 0,05

Kết quả ngắn hạn cho thấy không có sự khác biệt về thời gian rửa thận, thời gian có giọt nước tiểu đầu tiên, creatinin nền của bệnh nhân cũng như tỷ lệ thải ghép hoặc thận chậm chức năng.

Bơm ngược dòng qua tĩnh mạch chủ dưới cũng được thực hiện trong 1 số phẫu thuật tim mạch để bảo vệ các tạng trong ổ bụng. Nghiên cứu về rửa phổi và gan, thận trong mô hình lấy đa tạng để ghép bằng kỹ thuật ngược dòng trong ghép tạng đã được chúng tôi thực hiện trong ghép thận chết não đem lại hiệu quả tối đa, và không ảnh hưởng đến chức năng tạng ghép[9].

V. KẾT LUẬN

Việc bơm rửa ngược dòng cũng giúp hạn chế phẫu tích rộng rãi để tìm bất thường của mạch thận từ đó giảm nguy cơ tổn thương nhánh động mạch thận và các nhánh mạch cấp máu cho niệu quản. Nghiên cứu này củng cố việc bơm ngược dòng là an toàn và khả thi trong ghép thận thậm chí còn là phương án tốt hơn trong trường hợp quá trình rửa xuôi dòng chưa đạt hiệu quả do bất thường giải phẫu hoặc tổn thương mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn (2020).** Báo cáo tình hình ghép tạng.Trung tâm điều phối ghép tạng quốc gia
2. **Karam G., Kälble T., Alcaraz A., Aki F.T (2014).** Organ Preservation. European Association of Urology.
3. **Châu Quý Thuận (2003).** Góp phần đánh giá tiêu chuẩn kiểm tra rửa thận và bảo quản thận để ghép tại Bệnh viện Chợ Rẫy. TP. Hồ Chí Minh, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh
4. **Xiu-Wu Han , Xiao-Dong Zhang , Yong Wang (2015),** Short- and long-term outcomes of kidney transplants with kidneys lavaged by retrograde perfusion technique. Chronic Diseases and Translational Medicine.
5. **Phạm Mạnh Hùng (2002),** "Miễn dịch ghép", Bệnh học ngoại khoa, Nhà xuất bản Quân đội, Hà Nội, tr.156 - 164.
6. **De Boer J., De Meester J., Smits J.M., et al.(1999).** Eurotransplant randomized multicenter kidney graft preservation study comparing HTK with UW and Euro-Collins. Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation. 12(6): 447-453
7. **Khue Manila (2020).** Đánh giá kết quả rửa và bảo quản thận ghép tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Đoàn Quốc Hưng, Cao Mạnh Thấu, Nguyễn Minh Tuấn (2016).** Đặc điểm giải phẫu mạch máu thận ghép người cho sống tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2012-2015. Tạp chí y dược học quân sự. 4, tr 97-101.
9. **Lê Nguyên Vũ (2014).** Đánh giá kết quả lấy, rửa, và ghép thận từ người cho chết não tại bệnh viện Việt Đức. Luận văn Tiến sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ HỖ TRỢ ROBOT CẮT THẬN ĐỂ GHÉP TỪ NGƯỜI HIẾN SỐNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Thái Minh Sâm[1,2], Châu Quý Thuận[2], Hoàng Khắc Chuẩn[2], Nguyễn Thành Tuân[1], Thái Kinh Luân[1], Nguyễn Ngọc Hà[1], Phạm Đức Minh[1], Trần Trọng Trí[2], Quách Đô La[2] Đinh Lê Quý Văn[2], Dương Nguyên Xương[2], Mai Thị Đức Hạnh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo nhằm đánh giá kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) có hỗ trợ của robot trong lấy thận để ghép qua ngả phúc mạc tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, đánh giá các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ, những vấn đề trong lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật của 31 trường hợp nội soi cắt thận để ghép với hỗ trợ của Robot, từ tháng 5/2018 đến 12/2020, tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Các biến số ghi nhận gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ của người hiến; kết quả phẫu thuật gồm thời gian mổ, lượng máu mất, các biến chứng trong và sau mổ; thời gian hậu phẫu, thời gian rút các ống thông, chức năng thận của người hiến và chức năng người nhận ở giai đoạn sớm sau mổ 1 tháng.

Kết quả: Có 31 trường hợp (TH) phẫu thuật lấy thận ghép bằng Robot. Tuổi trung bình 47,5 ± 9,3 tuổi. BMI trung bình = 24 ± 2,1. Tỉ lệ lấy thận trái là 28/31 trường hợp. Thời gian mổ trung bình là 216 phút. Thời gian thiếu máu nóng trung bình là 4,9 ± 1,4 phút. Thời gian hậu phẫu của người hiến trung bình là 3,8 ngày. Đánh giá sau phẫu thuật: 30 TH không ghi nhận biến chứng, 1 trường hợp rò bạch huyết (điều trị nội khoa ổn); tất cả bệnh nhân có chức năng thận ổn định sau mổ với Creatinin xuất viện trung bình 1,02 mg/dL. Kết quả thận ghép ở người nhận: 100% thận ghép có nước tiểu tại bàn và chức năng thận hồi phục tốt trong thời gian hậu phẫu.

Kết luận: Qua 31 TH cắt thận để ghép có sự hỗ trợ của robot được thực hiện thành công tại bệnh viện Chợ Rẫy cho thấy tính an toàn và khả thi của kĩ thuật này. Sự can thiệp của robot đã hạn chế được các khuyết điểm của phẫu thuật nội soi kinh điển cắt thận để ghép do khả năng quan sát và không gian thao tác rộng. Với những kết quả bước đầu đầy triển vọng của phương pháp này sẽ thúc đẩy hơn nữa việc ứng dụng của phẫu thuật Robot trong tương lai.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot, cắt thận để ghép.

[1]Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

[2]Bệnh viện Chợ Rẫy

Liên hệ tác giả: BS. Nguyễn Thành Tuân

Email: thanhtuan0131@gmail.com

Ngày nhận bài: 13/8/2021

Ngày phản biện: 11/9/2021

Ngày duyệt bài: 24/9/2021

SUMMARY

ROBOT-ASSISTED TRANSPERITONEAL LAPAROSCOPIC DONOR NEPHRECTOMY AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: This report aim to assess the initial results of robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy at Cho Ray hospital.

Materials and Methods: Data were collected prospectively on 31 donors with robotic-assisted

laparoscopic donor nephrectomy at Cho Ray hospital from May 2018 to December 2020. The donors were chosen by the Renal Transplantation Council of Cho Ray Hospital (donor national criteria). Patient demographics, radiology findings, surgery results, peri-operative complications, warm ischemia time, hospital stay and follow-up results were recorded.

Results: Of the 31 patients underwent Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy, median operative time was 216 minutes. The mean age was 47.5 ± 9.3 years. The mean BMI was 24 ± 2.1. There were 28 left kidneys. Donor nephrectomy was performed successfully in all patients, without conversion to open surgery. No intraoperative complication neither mortality was seen. The average of the warm ischemic time was 4.9 ± 1.4 minutes. Postoperative hospital stay is 3.8. There was only one case postoperative complication (lymphatic leakage). All of case had results of test creatinin/serum was 1.02 mg/dL at discharge day. All transplanted kidneys produced large amounts of urine in the initial stage after transplantation. All recipients have good kidney function at one month after transplantation.

Conclusion: At Cho Ray hospital, 31 cases of robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy were performed successfully. The technique was safety, and feasible with a standard robotic system. Development of robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy has limited the old defects of laparoscopic donor nephrectomy due to the wider working space and visibility. With these promising initial results, this method will further promote the application of Robotic surgery in the laparoscopic donor nephrectomy.

Key words: living donor nephrectomy, robot-assisted laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận là một trong những phương pháp điều trị thay thế mang lại hiệu quả và chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối. Đối với người cho thận sống, phẫu thuật lấy một thận để ghép có thể thực hiện bằng phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi (PTNS).

Năm 1991, Clayman thực hiện trường hợp (TH) phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt thận đầu tiên trên thế giới. Phẫu thuật nội soi đã dần thay thế mổ mở do ít xâm hại, thẩm mỹ, thời gian hồi phục nhanh hơn so với phẫu thuật mổ mở [(1)].

Năm 2000, FDA thông qua hệ thống phẫu thuật Robot Da Vinci. Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot ra đời giữ được lợi điểm chính của phẫu thuật nội soi kinh điển bao gồm: tính chính xác, gọn nhẹ, đường mổ nhỏ, giảm lượng máu mất, giảm đau hậu phẫu, thời gian hồi phục hậu phẫu nhanh. Hơn nữa, sử dụng robot hỗ trợ giúp phẫu thuật viên thao tác tinh tế và chính xác hơn dưới hình ảnh 3 chiều và các cánh tay với khớp nối linh động [(1,8,9)].

Năm 2002, Horgan báo cáo trường hợp đầu tiên nội soi ổ bụng có hỗ trợ Robot cắt thận để ghép từ người cho sống [(6)]. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, nội soi ổ bụng lấy thận từ người cho sống thực hiện đầu tiên vào ngày 28/05/2004, đến 08/2005 lấy thận ghép qua nội soi sau phúc mạc được thực hiện và đến nay đã thực hiện trên 600 TH. Tháng 10/2017, bệnh viện được trang bị hệ thống Robot Da Vinci Si, đến tháng 5/2018, đã thực hiện ca phẫu thuật nội soi có hỗ trợ Robot đầu tiên để lấy thận ghép. Chúng tôi báo cáo kết quả bước đầu ứng dụng hệ thống phẫu thuật Robot trong lấy thận ghép tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Người hiến thận là người có hai thận với chức năng bình thường, tự nguyện hiến 1 quả thận cho người bị bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối . Quy trình lựa chọn được chọn theo tiêu chuẩn quốc gia và thông qua Hội đồng ghép thận bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả trường hợp.

Thời gian thực hiện từ tháng 05/2018 đến tháng 12/2020. Tiêu chuẩn chọn bên thận lấy dựa vào chức năng thận và các yếu tố liên quan, bên thận được chọn là:

- Thận trái: nếu 2 thận có độ lọc cầu thận ước tính qua đồng vị phóng xạ tương đương nhau.

- Hai thận có chức năng trong giới hạn bình thường, nhưng chức năng không đều nhau, sẽ lấy thận nào có độ lọc cầu thận kém hơn bên đối diện.

- Hai thận có độ lọc cầu thận tương đương nhau, nhưng một bên có một số bệnh lý nhẹ, lành tính như: có sỏi nhỏ hay nang thận …sẽ chọn lấy thận có vấn đề.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp được áp dụng kỹ thuật lấy thận khác như mổ mở hay nội soi truyền thống. Người hiến thận có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi.

Dụng cụ:

Hình 1: Hệ thống Robot Da Vinci Si

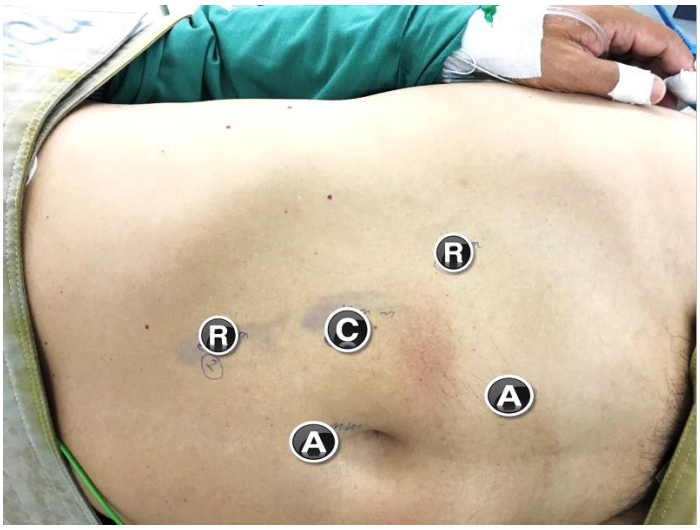
- Dụng cụ phẫu thuật lắp đặt trên các cánh tay robot:

Dụng cụ	Công dụng
1 kéo cong đơn cực HotShears™	Cắt và cầm máu đơn cực: để di động đại tràng, bóc tách bộc thận và cắt mạch máu rốn thận, niệu quản…
1 kẹp lưỡng cực	Kẹp, giữ, bóc tách và đốt điện lưỡng cực cầm máu trong quá trình phẫu thuật
1 kẹp ProGrasp™ (ProGrasp™ Forcep)	Dụng cụ không sử dụng năng lượng dùng để kẹp, giữ, bóc tách trong quá trình phẫu thuật

- Hem-O-Lok, Clip: kẹp cầm máu.
- Vợt dùng trong phẫu thuật nội soi để lấy thận ra ngoài.

Các bước tiến hành:

- Gây mê, tư thế bệnh nhân nằm nghiêng như hình.
- Vào Trocar 12mm cạnh rốn, đặt Camera quan sát. Sau khi vào trocar camera, bơm CO2 áp lực 12 – 15 mmHg. Thêm các Trocar khác, khoảng cách giữa các Trocar khoảng 8cm, theo hình minh họa.



Hình 2: Vị trí các trocar
(C : trocar camera, R: trocar cho cánh tay Robot và A : trocar cho người phụ)

- Điều chỉnh và gắn các cánh tay Robot, người phụ ngồi kế bên bệnh nhân.
- Phẫu thuật viên chính điều khiển các cánh tay Robot để tiến hành phẫu thuật.
- Mở mạc Toldt, hạ và vén đại tràng vào trong.
- Bộc lộ niệu quản đoạn lưng và bó mạch sinh dục cùng bên.
- Bóc tách bộc lộ thận và mạch máu vùng rốn thận.
- Rạch da đường Gibson, qua các lớp cân cơ, để lại lớp phúc mạc nguyên vẹn để chuẩn bị lấy thận qua đường mổ này.
- Tiến hành cắt thận niệu quản.
- Kẹp cắt lần lượt động mach, tĩnh mạch thận.
- Lấy thận và mỡ quanh thận thành một khối nếu được để giảm nguy cơ chấn thương thận.
- Sau khi cắt thận, xẻ phúc mạc, lấy thận ra ngoài bằng vợt nội soi qua đường mổ Gibson đã chuẩn bị sẵn.
- Kiểm tra cầm máu. Đặt dẫn lưu. Đóng các lỗ trocar.
- Sau mổ, chuyển người hiến qua phòng hậu phẫu theo dõi và chăm sóc sau mổ.

Theo dõi sau mổ:

Theo dõi sinh hiệu, tình trạng vết mổ, lượng nước tiểu, xét nghiệm công thức máu và chức năng thận sau mổ. Phát hiện sớm biến chứng chảy máu, nhiễm khuẩn niệu nếu có.

III. KẾT QUẢ

Trong khoảng thời gian từ tháng 05/2018 đến 12/2020 chúng tôi thực hiện 31 TH phẫu thuật nội soi (PTNS) ổ bụng cắt thận để ghép có hỗ trợ Robot tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

	N = 31
Tuổi trung bình người hiến thận (SD)	47,5 (9,34)
Người hiến nam, n (%)	15 (48,4%)
Thận trái, n (%)	28 (90,3%)
BMI trung bình, kg/m^2 (SD)	24,0 (2,1)
Hemoglobin trước mổ, g/L (SD)	141 (14,9)
Creatinine huyết thanh trước mổ, mg/dL (SD)	0,83 (0,18)
Số lượng động mạch thận hiến, n (%)	
1	25 (80,6%)
2	6 (19,4%)
3	0
Số lượng tĩnh mạch thận hiến, n (%)	
1	30 (96,8%)
2	1 (3,23%)
Tuổi trung bình người nhận thận (SD)	40,4 (11,2)
Người nhận nam, n (%)	16 (51,6%)

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật lấy thận từ người hiến sống

	N = 31
Thời gian mổ, phút (SD)	216 (38,8)
Thời gian thiếu máu nóng, phút (SD)	4,9 (1,4)
Chuyển mổ mở, n (%)	0
Truyền máu, n (%)	0
Ngày rút dẫn lưu (SD)	2,74 (1,63)
Thời gian nằm viện, ngày (SD)	3,8 (2,2)
Biến chứng sau mổ, n (%)	
Biến chứng nhẹ (Clavien–Dindo Grade I-II)	2 (6,45%)
Biến chứng nặng (Clavien–Dindo Grade III-V)	0
Hemoglobin sau mổ, g/L (SD)	131 (15,4)
Creatinine huyết thanh sau mổ, mg/dL (SD)	1,02 (0,24)

Bảng 3: Kết quả ghép thận ở người nhận

	N = 31
Creatine huyết thanh sau ghép 1 tháng	1,23 (0,30)
Chậm chức năng thận ghép	0
Trì hoãn chức năng thận ghép	0

IV. BÀN LUẬN

Ưu điểm của phẫu thuật Robot

Bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng PTNS kinh điển đều có thể thực hiện bằng PTNS có hỗ trợ Robot. Vấn đề đặt ra là chi phí điều trị hiện tại ở Việt Nam còn khá cao so với PTNS kinh điển. Tuy nhiên, PTNS Robot cũng có những ưu điểm: tính chính xác, gọn nhẹ, đường mổ nhỏ, giảm lượng máu mất, giảm đau hậu phẫu, thời gian hồi phục hậu phẫu nhanh. Hơn nữa, sử dụng robot hỗ trợ giúp phẫu thuật viên thao tác thoải mái, tinh tế hơn so với PTNS kinh điển do hệ thống Robot cung cấp hình ảnh phẫu thuật 3 chiều và các cánh tay Robot linh hoạt nhờ vào các khớp nối [9].

Bước đầu thực hiện PTNS có hỗ trợ Robot, chúng tôi nhận thấy thời gian mổ khá dài. Đây là các TH đầu tiên chúng tôi thực hiện, do vậy cảm giác sử dụng dụng cụ nội soi chưa quen, thời gian chuẩn bị máy, thời gian vào trocar và kết nối hệ thống máy với trocar khá lâu (bảng 1). Có 1 TH biến chứng rò bạch huyết điều trị nội khoa, xuất viện sau 1 tuần, chức năng thận vẫn ổn định. Tóm lại về kết quả nghiên cứu số liệu chưa nhiều nhưng rất khả quan, so sánh với báo cáo tương ứng tại các trung tâm lớn trên thế giới là tích cực (bảng 3) [10,11,12,13,14,15].

Bảng 3: *So sánh các số liệu trong và sau mổ với các báo cáo đa trung tâm*

Tác giả	Cỡ mẫu	Tg thiếu máu nóng (phút)	Chuyển mổ hở	Thời gian phẫu thuật (phút)	Thời gian nằm viện	Tai biến	Tử vong
Horgan (2007)	214	1,38 (0,58 – 3,2)	4 (1,8%)	150 (60-320)	2 (1-8)	28 (13%)	0
Hubert (2007)	38	5,84 (± 1,97)	0	181 (± 31,72)	5,59 (± 2,25)	7 (18,4%)	0
Pietrabissa (2010)	1	3,15	0	215	1	0	0
Galvani (2011)	1	3,20	0	150	3	0	0
Liu (2012)	5	3,8	0	218	3,6	0	0
A. Giacomoni (2016)	33	3,6 (2,6-7,6)	0	235 (105-400)	5 (3-10)	4 (12%)	0
Chúng tôi (2020)	31	4,9 (± 1,4)	0	216 (±38.8)	3,8 (± 2,2)	2 (6,45%)	0

Áp dụng Robot trong phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy thận để ghép

Các ưu điểm của phẫu thuật Robot vẫn tiếp tục được phát huy khi áp dụng Robot trong phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy thận để ghép. Đặc biệt, thao tác bóc tách bộc lộ cuống thận rất thuận tiện và tinh tế do cánh tay Robot linh hoạt có thể thực hiện bóc tách

ở nhiều góc độ khác nhau [5]. Báo cáo của các tác giả trên thế giới cho thấy thời gian nằm viện ngắn hơn, thuốc giảm đau dùng ít hơn ở nhóm mổ Robot so với mổ mở và phẫu thuật nội soi kinh điển, trong khi về mặt chức năng thận được lấy ra thì tương đương nhóm mổ mở. Trong nghiên cứu chúng tôi thì cả mười trường hợp nhận thận đều có chức năng thận bình thường sau khi được ghép (bảng 3) [2,2,4,9].

Chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu để có số lượng các trường hợp PTNS có hỗ trợ Robot nhiều hơn nữa để có những kết quả thuyết phục tính ưu điểm của PTNS có hỗ trợ Robot ứng dụng cho phẫu thuật nội soi ổ bụng lấy thận để ghép.

V. KẾT LUẬN

PTNS ổ bụng lấy thận để ghép với sự hỗ trợ của Robot có tính khả thi và bước đầu thể hiện được các ưu điểm của một phương pháp phẫu thuật ít xâm hại. Từ các báo cáo cho thấy dù mới áp dụng lần đầu tiên tại bệnh viện Chợ Rẫy nhưng kết quả ban đầu đạt được là tương đương với thế giới. Tuy nhiên, để kết luận sâu hơn về vai trò của phương pháp này trong thực tế lâm sàng tại Việt Nam thì chúng ta cần những nghiên cứu trên số lượng trường hợp lớn hơn và thời gian theo dõi lâu dài hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Autorino R., Zargar H., Kaouk J. H. (2014)** "Robotic-assisted laparoscopic surgery: recent advances in urology". Fertil Steril, 102 (4), 939-49.
2. **Bhattu AS, Ganpule A, Sabnis RB, Murali V, Mishra S, Desai M (2015).** Robot-Assisted Laparoscopic Donor Nephrectomy vs Standard Laparoscopic Donor Nephrectomy: A Prospective Randomized Comparative Study. J Endourol. 2015;29(12):1334-40.
3. **Cohen AJ, Williams DS, Bohorquez H, Bruce DS, Carmody IC, Reichman T, et al (2015).** Robotic-Assisted Laparoscopic Donor Nephrectomy: Decreasing Length of Stay. The Ochsner Journal. 2015 Spring;15(1):19-24.
4. **Dols LF, Kok NF, Ijzermans JN (2010).** Live donor nephrectomy: a review of evidence for surgical techniques. Transpl Int. 2010;23(2):121-30.
5. **Giacomoni A, Di Sandro S, Lauterio A, Concone G, Buscemi V, Rossetti O, et al (2016).** Robotic nephrectomy for living donation: surgical technique and literature systematic review. Am J Surg. 2016;211(6):1135-42.
6. **Horgan S, Vanuno D, Sileri P, Cicalese L, Benedetti E (2002).** Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy for kidney transplantation. Transplantation. 2002;73(9):1474-9.
7. **Skolarus TA, Zhang Y, Hollenbeck BK (2010)** "Robotic surgery in urologic oncology: gathering the evidence". Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 10 (4), 421-32.
8. **Trần Ngọc Sinh (2010**) "Phẫu thuật nội soi robot: nhu cầu hiện tại và xu thế tương lai". Y Học TP. Hồ Chí Minh, Tập 14 (Phụ bản của Số 1), 1-9.
9. **Yang A, Barman N, Chin E, Herron D, Arvelakis A, LaPointe Rudow D, et al (2018).** Robotic-assisted vs. laparoscopic donor nephrectomy: a retrospective comparison of perioperative course and postoperative outcome after 1 year. J Robot Surg. 2018;12(2):343-50.

10. **Horgan S, Vanuno D, Sileri P, et al.** Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy for kidney transplantation. Transplantation 2002;73:1474–9.
11. **Galvani CA, Garza U, Leeds M, et al.** Single-incision robotic-assisted living donor nephrectomy: case report and description of surgical technique.Transpl Int 2012;25:e89–92.
12. **Pietrabissa A, Abelli M, Spinillo A, et al.** Robotic-assisted laparoscopic donor nephrectomy with transvaginal extraction of the kidney. Am J Transplant 2010;10:2708–11.
13. **Hubert J, Renoult E, Mourey E, et al.** Complete robotic-assistance during laparoscopic living donor nephrectomies: an evaluation of 38 procedures at a single site. Int J Urol 2007;14:986–9.
14. **Liu XS, Narins HW, Maley WR, et al**. Robotic-assistance does not enhance standard laparoscopic technique for right-sided donor nephrectomy. JSLS 2012;16:202–7.
15. **Giacomoni A, F.E.B.S., etal.** Robotic nephrectomy for living donation: surgical technique and literature systematic review. The American Journal of Surgery (2016) 211, 1135-1142.

GHÉP THẬN TỪ NGƯỜI CHO CHẾT NÃO TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010-2020

Lê Nguyên Vũ[1], Trần Minh Tuấn[1], Nguyễn Thế Cường[1], Đỗ Ngọc Sơn[1]
Nguyễn Quang Nghĩa[1], Hoàng Long[2], Đỗ Trường Thành[2]
Trịnh Hồng Sơn[1], Nguyễn Tiến Quyết[1]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở những nước đang phát triển như Việt Nam, nguồn thận ghép chủ yếu từ người cho sống, thận từ người cho chết não chiếm tỉ lệ nhỏ hơn 2%. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả của ghép thận từ người cho chết não ở trung tâm chúng tôi từ thời điểm bắt đầu triển khai.

Đối tượng và Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 116 bệnh nhân đã ghép thận lấy từ người cho chết não thành công và đang điều trị tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 05/2010 đến tháng 05/2020.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm người nhận là 40,01 ± 12,20, nhóm người cho là 29,19±10,93. Tuổi nữ giới của nhóm người nhận 35,1 ± 17,05. Nguyên nhân hàng đầu dẫn đến ghép thận là viêm cầu thận mạn (81,9%). Phác đồ 3 thuốc có FK+ MMF + steroids là phương án điều trị duy trì được sử dụng nhiều nhất. Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là biến cố tim mạch sau đó là nhiễm trùng ruột. 80% số tử vong (4/5) xảy ra trong 5 năm đầu, tỷ lệ thải ghép thấp chỉ có 4,31% các trường hợp thải ghép xảy ra sau mổ 5 năm. Độ hòa hợp HLA, thời gian lọc máu trước mổ và thời gian thiếu máu lạnh không ảnh hưởng đáng kể đến chức năng thận. Tỷ lệ sống của BN 5 năm là 96,5%, tỷ lệ sống sót của thận ghép sau

[1]*Bệnh viện Việt Đức*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Liên hệ tác giả: Lê Nguyên Vũ.
Email: nguyenvu.urologue@gmail.com
Ngày nhận bài: 3/8/2021
Ngày phản biện: 8/8/2021
Ngày duyệt bài: 15/9/2021

3 năm là 97,4% và sau 5 năm là 96,5%.

Kết luận: Thời gian sống của tạng và bệnh nhân sau ghép thận từ người cho chết ở trung tâm chúng tôi rất khả quan. Tiên lượng chức năng thận còn được lâu dài. Do vậy cần phải đẩy mạnh việc ghép thận từ người cho chết để từ đó có thể mở rộng nguồn tạng.

Từ khóa: Ghép thận, ghép thận từ người cho chết não.

SUMMARY

CADAVERIC KIDNEY TRANSPLANTATION FROM 2010-2020 AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL: OUR EXPERIENCE FROM VIET NAM – A DEVELOPING COUNTRY

Objectives: Renal transplantation in developing countries like Việt Nam is largely live donor transplantation. Cadaveric transplantation comprises <2% of all transplants in our country.

Patients and Methods: Cross-sectional descriptive study on 116 patients who have had successful kidney transplantation and are currently being treated at Viet Duc Hospital from May 2010 to May 2020. Various donor and recipient characteristics were analysed along with graft and patient survival, using Kaplan-Meier method.

Results: The mean age of the recipients was 40.01±12.20 years while that of cadaver was 29.19 ± 10.93 years. Proportion of females among recipients was 40.01 ± 12.20 %. The most common underlying pathology was chronic glomerulonephritis (81.9%). Tacrolimus-based triple-drug regimen was most commonly. The most common cause of death was sepsis intestinal. More than 80% deaths (4/5) occurred within first 5 years, while acute graft: 4.31%. Cumulative proportion of graft/ patient survival was 97.4%/ at 3 years and 96.5%/ at 5 years. Pretransplant haemodialysis, WIT, HLA mismatch has no significant effect on graft.

Conclusion Graft and patient survival rate of cadaveric transplant at our centre was very well. There is need to sensitise and augment the rate of cadaveric transplantation to increase the donor pool.

Keywords: kidney transplantation, Cadaveric renal transplantation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các nước Đông Nam Á trong đó có Việt nam, bệnh thận giai đoạn cuối tỉ lệ mắc cũng như tỉ lệ tử vong cao. Hiện nay cả nước có hơn 20 trung tâm ghép. Từ sau 2012, số cơ sở ghép và số bệnh nhân được ghép tạng gia tăng mạnh qua các năm. Nếu năm 2013, cả nước có 09 cơ sở ghép, thực hiện được 232 ca ghép tạng các loại[1]. Hiện trên cả nước đã có hơn 20 cơ sở ghép, tính đến thời điểm 31/12/2020 thực hiện được 5587 ca ghép. Trong đó, ghép thận chiếm đại đa số với 5255 ca, từ nguồn hiến sống 5045 ca, chết não 205 ca, người chết tim 5 ca[2]. Trên thế giới theo UNOS 2017 ghép thận có 90,306 ca, 36% đến nguồn người cho sống. Ngày 7/5/2010 bệnh viện Việt Đức lần đầu tiên thực hiện cùng lúc 2 trường hợp ghép thận và 1 trường hợp ghép gan lấy từ một người cho chết não. Tại Việt Nam cho tới thời điểm hiện nay sau 10 năm thực hiện ca đầu tiên lấy và ghép đa tạng từ người cho chết não tại bệnh việt Việt Đức chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả của phẫu thuật này. Trong nghiên cứu này, chúng tôi muốn đánh giá kết quả của ghép thận từ người cho chết ở trung tâm chúng tôi từ thời điểm bắt đầu triển khai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn Bệnh nhân được lựa chọn là những bệnh nhân được ghép thận chết não tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ghép gan thận đồng thời lấy từ NCCN, ghép thận từ NCCN tại cơ sở khác nhưng nguồn tạng chết não lấy tại bệnh viện Việt Đức

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thời gian thu thập số liệu: từ tháng 05/2010 đến tháng 5/2020.

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

- Các biến số chỉ số nghiên cứu bao gồm:

+ Tuổi, Giới, nguyên nhân gây suy thận, thời gian chạy thận trước khi ghép, hòa hợp nhóm máu hệ ABO và Rh..

+ Các xét nghiệm sinh hóa máu: urê (µmol/l), creatinin (µmol/l), đường máu (mmol/l),

+ Các xét nghiệm huyết học: số lượng hồng cầu (đơn vị 10^6/ml), số lượng bạch cầu (đơn vị 10^3/ml), hemoglobin (đơn vị g/l), hematocrit (đơn vị %).

+ Tình trạng BN hiến tạng, tuổi giới, creatinin máu thời điểm trước hiến, chẩn đoán hồi sức chết não bằng phương tiện điện não đồ + test chết não + AG mạch não, thời gian từ khi chết não đến khi lấy tạng.

+ Các kỹ thuật khâu miệng nối: ĐM, TM, Ghép NQ vào BQ: theo phương pháp "ngoài bàng quang" kiểu Lich- Grégoir.

Theo dõi sau ghép ngắn hạn trong vòng 1 năm, trung hạn < 5 năm, dài hạn > 5 năm

+ Theo dõi các biến chứng:

+ Theo dõi các biến chứng ngoại khoa sau ghép: giai đoạn nằm viện

- Chảy máu đường niệu:

- Máu tụ ổ mổ: Nhẹ: thể tích trên siêu âm < 30 ml, Nặng: ≥ 30 ml, chèn ép niệu quản, bể thận, cần can thiệp.

- Lymphocele ổ mổ: * Nhẹ: thể tích < 30 ml, không chèn ép niệu quản - bể thận. Nặng: thể tích ≥ 30 ml, chèn ép đường niệu, phải can thiệp điều trị.

- Tắc mạch thận ghép: toàn phần/cục bộ

- Nhiễm khuẩn niệu, nhiễm khuẩn ổ mổ và vết mổ

- Rò nước tiểu: * Nhẹ: số lượng giảm dần qua dẫn lưu và tự hết trước thời gian rút dẫn lưu < 7 ngày sau mổ.* Nặng: thời gian kéo dài trên 3 tuần, phải mổ lại.

- Hẹp NQ ngay sau rút sonde JJ: siêu âm, chụp CT thấy giãn niệu quản trên chỗ hẹp, ure và creatinin máu tăng. Thời gian xuất hiện sau mổ (tháng). Các biện pháp xử trí (nong niệu quản, mổ tạo hình lại niệu quản)

Biến chứng ngoại khoa muộn (> 3 tháng sau mổ):

- Hẹp NQ thận ghép: siêu âm, chụp CT thấy giãn niệu quản trên chỗ hẹp, ure và creatinin máu tăng. Thời gian xuất hiện sau mổ (tháng). Các biện pháp xử trí.

+ Theo dõi các biến chứng nội khoa sau ghép:

. Thận chậm chức năng (cần phải lọc máu trong 7 ngày sau ghép),

. Xuất hiện đợt thải ghép: chẩn đoán bằng sinh thiết thận

. Viêm tụy dựa vào xét nghiệm amylase máu và CLVT phân độ viêm tụy cấp

. Đái tháo đường xuất hiện sớm ngay sau ghép: đái tháo đường khởi phát lần đầu sau ghép

. Nhiễm CMV, BKV khi nồng độ virus> 10^5 trong máu,

. Bệnh thận tái phát sau ghép: dựa vào kết quả sinh thiết thận

. Sỏi thận do rối loạn chuyển hóa

+ Theo dõi các biến chứng nhiễm khuẩn: lao phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu, rối loạn tiêu hóa (nhiễm khuẩn ruột)

+ Tử vong sau mổ: là tử vong xảy ra trong vòng 30 ngày đầu sau mổ do bất cứ nguyên nhân gì

+ Xác định nguyên nhân hỏng thận ghép, tử vong do các nguyên nhân khác mà thận còn hoạt động Thời gian sống của thận ghép: BN vẫn còn sống nhưng thận không hoạt động hoặc đã cắt bỏ thận.

2.3. Xử lý số liệu: Kết quả được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn và số trung vị, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS. Kiểm định Kaplan - Meier để đánh giá tỉ lệ sống của bệnh nhân và mảnh ghép.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của thận ghép

Đặc điểm chung BN nhận thận	TH (%) (nhỏ nhất -lớn nhất)
N	116
Giới nam/nữ	82/34 (2,41%)
Tuổi trung bình người nhận	40,01±12,20 (15-75)
Tuổi trung bình người cho	29,19±10,93 (14-62)
Creatinin máu trước khi hiến (µmol/l)	86,96±25,0 (57-178)
Nguyên nhân chết não Tai nạn giao thông Tai biến mạch máu não Tai nạn sinh hoạt	60 51(85%) 4 (7%) 5 (8%)
Nguyên nhân gây suy thận -VCT - HCTH - Thận đa nang - Bệnh thận do ĐTĐ - Bệnh thận do THA _ Nguyên nhân khác	 95 (81,9%) 5 (4,3%) 2 (1,72%) 3 (2,58%) 16 (13,8%) 4 (3,44%)
Hòa hợp nhóm máu A-A B-B AB-AB O-O O-A	 21 28 4 51 4
Hòa hợp HLA Không hòa hợp Hòa hợp lớp 1 Hòa hợp lớp 2 Hòa hợp cả 2 lớp	 26 47 20 23

Tiền mẫn cảm Không có kháng thể Kháng thể < 20% Kháng thể > 20 %	 114 (98,3%) 2 2
Điều trị ức chế miễn dịch Dẫn nhập Simulect Dẫn nhập ATG Duy trì: Csa + MMF + Pred Duy trì: Tac+ MMF + Pred	 115 (99,13%) 1 (0,87%) 4 (3,45%) 112 (96,55%)
Dung tích bàng quang trước ghép	408,5 ± 542,5 ml (0- 1500 ml)
Thời gian thiếu máu lạnh (phút)	67,17±25,04 (30-180)
Thời gian mổ ghép thận (phút)	113,8±22,0 (74,0-175,0)
Số lượng nước tiểu ngày thứ 1	6597,66 ± 1924,26 ml (2010-10220 ml)

Bảng 2. Tình trạng creatinin máu sau mổ theo từng thời kỳ

Độ hòa hợp	**Cre 1 th**	**Cre 6 th**	**Cre 1 năm**	**Cre 2 năm**	**Cre 5 năm**	**Cre 10 năm**
Không	111,0±13,7	110,4±22,6	120,7±58,1	110,3±37,2	107,3±14,0	105,0±27,8
Lớp 1	115,0±28,4	102,8±19,6	104,6±22,8	108,1±34,1	100,0±36,1	112,4±43,5
Lớp 2	113,5±23,2	107,1±22,2	106,8±16,5	95,0±13,0	104,2±11,8	102,8±32,2
2 lớp	129,1±29,4	125,1±25,9	116,0±21,3	113,7±12,4	130,6±39,8	134,3±71,1
P	➢ 0,05					

Nhận xét: Nồng độ ure và creatinin máu tại một số thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng theo dõi lâu dài, các BN đều ổn định.

Bảng 3. Biến chứng ngoại khoa sau ghép

Thời gian Diễn biến	**Thời gian nằm viện**	**1 tháng**	**3 tháng**	**6 tháng**	**12 tháng**	**Sau 2 năm**	**Tổng cộng**
Tụ dịch vết mổ	1	0	0	0	0	0	1(0,88%)
Đái máu sau mổ	3	0	0	0	0	0	3 (2,63%)
Tụ dịch quanh thận ghép	0	1	1	0	0	0	2 (1,75%)
Nhiễm khuẩn vết mổ	4	1	0	0	0	0	5 (4,38%)
Hẹp niệu quản 1/3 dưới	0	4	1	1	0	0	6 (5,26%)

Nhận xét: Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép 5,26%

Bảng 4. Biến chứng nội khoa sau ghép

Thời gian Diễn biến	Thời gian nằm viện	3 tháng	12 tháng	Sau 1 năm	Sau 5 năm	Tổng cộng
Thải ghép cấp	2	0	0	2	1	5 (4,31%)
Thận chậm chức năng	3	0	0	0	0	3(2,58%)
Nhồi máu cơ tim	1	0	0	0	0	1 (0,86%)
Đột quị	0	0	0	1	1	2 (1,72%)
Viêm tụy cấp hoại tử	1	0	0	0	0	1 (0,86%)
Đái tháo đường xuất hiện ngay sau ghép	0	4	0	0	0	4 (3,44%)
Viêm phổi	0	0	0	1	0	1 (0,86%)
Xuất hiện sỏi nhỏ thận	0	0	1	0	0	1 (0,86%)
Bệnh thận tái phát	0	0	0	2	0	2 (1,72%)
Hỏng thận ghép	2	0	0	1	2	5(4,31%)

Nhận xét:

- Thải ghép: 2TH xuất hiện thải ghép cấp không sinh thiết BN đáp ứng điều trị bolus solumedrol chức năng thận về bình thường. 3 TH có ghi nhận thải ghép sau 1 năm (1 TH), và sau 3 năm (1 TH thải ghép dịch thể) và sau 6 năm (1TH). Trong 5 năm đầu tỷ lệ thải ghép: 3,4%

- 1TH viêm tụy cấp hoại tử Baltazal E ngày thứ 14 được chỉ định lọc huyết tương 5 lần + Octreotid TM + Nexium 80mg/ngày.

- Tử vong

. 1TH nhồi máu cơ tim sau đó được ghép thận chết não 2 lần (ghép tim thận đồng thời), BN tử vong: BN tử vong mất thận ghép đồng thời

. 1 BN sau 3 năm ghép đột quị sau đó tử vong,: BN tử vong còn thận ghép

. 1 TH nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng: BN tử vong mất thận ghép đồng thời.

. 1 TH sau 4 năm tử vong do suy thận ĐTĐ: BN tử vong mất thận ghép từ trước

. 1 TH tử vong sau ghép 10 năm: BN tử vong, mất thận ghép từ trước

- 5TH thận ghép hỏng:

. 1 BN ghép thận trở lại sau 8 năm (nhận thận từ người cho sống)

. 4 BN hỏng thận ghép thuộc nhóm tử vong.

Bảng 5. Biến chứng nhiễm khuẩn sau ghép

Thời gian Diễn biến	Thời gian nằm viện	3 tháng	6 tháng	12 tháng	Sau 1 năm	Sau 2 năm	Sau 5 năm	Tổng cộng
Nhiễm khuẩn ruột	1	0	0	0	0	0	0	1 (0,86%)
Nhiễm khuẩn niệu	0	0	1	4		1	2	8 (6,9%)
CMV	0	1	0	0	2	1	0	4 (3,44%)
BKV	0	3	3	0	1	1	0	8 (6,9%)
Lao	0	0	0	1	1	0	1	(2,58%)

1 BN nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng. Nguyên nhân tử vong sau ghép là nhiễm trùng trong thời gian nằm viện: nhiễm khuẩn ruột từ vi khuẩn E.coli ESBL(+) gây nhiễm khuẩn huyết dẫn đến suy đa tạng: BN nhận thận từ bệnh viện 108). NKTN chủ yếu do vi khuẩn E coli và Enterococus spericer

Bảng 6: Tỷ lệ sống thêm của BN và tạng ghép

Thời gian	Tỷ lệ sống thêm của BN (%)	Tỷ lệ sống thêm của thận ghép (%)
1 năm	98,3	98,3
3 năm	98,3	97,4
5 năm	96,5	96,5
8 năm	96,5	95,7
10 năm	95,7	95,7

Nhận xét: Nồng độ ure và creatinin máu tại một số thời điểm khác biệt có ý nghĩa thống kê nhưng theo dõi lâu dài, các BN đều ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt nam, từ sau 2012, số cơ sở ghép và số bệnh nhân được ghép tạng gia tăng mạnh qua các năm. Tại bệnh viện Việt Đức có hai nguồn hiến tạng chủ yếu là từ người hiến sống và người chết não. Cho đến nay việc ghép thận từ người cho chết dường như vẫn bị cản trở bởi việc thiếu nhận thức, định kiến tôn giáo mặc dù về mặt chọn lọc phẫu thuật và điều trị sau ghép chúng ta đã làm chủ hoàn toàn. Theo Phan hồng Vân3 đa số người dân (72%) ủng hộ chủ trương vận động cộng đồng hiến mô, bộ phận cơ thể, tỉ lệ chấp nhận hiến sau khi chết còn thấp (50,5% chấp nhận để người thân hiến và 43,5% chấp nhận bản thân hiến). Lý do không đồng ý hiến sau khi chết thường là sợ không phù hợp về tâm linh. Cộng đồng có thể chấp nhận hiến cho người ngoài sau khi chết, nhưng việc hiến khi sống chỉ có thể hiến cho người thân ruột thịt. Do vậy số lượng BN chết não hiến tạng dù có tăng nhưng không nhiều và không ổn định. Tính từ 5/2010 đến tháng 5/2020 có 116 BN hiến tạng chết não, năm ít nhất có, năm nhiều nhất có. Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ 85%. Có 2 BN lúc hiến tạng có biểu hiện suy thận cấp creatinin máu > 150 µmol/l, nhưng khi sinh thiết thận trước khi vào ghép không có thoái hóa hoặc hoại tử nhu mô thận. Thận ghép hoạt động tốt ổn định khi theo dõi lâu dài. Heylen và cộng sự [4] thống kê từ tháng 1 năm 2004 đến tháng 12 năm 2013, tổng số có 32040 ca ghép thận từ người cho chết não từ khu cực Châu Âu (Eurotransplant). Với 4680 ca ghép lại, 265 ca ghép 2 thận, 888 ca ghép thận trên người nhận dưới 18 tuổi và 695 ca ghép thận lấy từ thận người cho chết não dưới 18 tuổi. Tuổi trung bình của 116 BN ghép thận của nghiên cứu chúng tôi là 40,01±12,20, ít tuổi nhất là 15, nhiều tuổi nhất là 75 tuổi. Theo Eschwege[5] thấy sự bất tương xứng giữa trọng lượng người cho và người nhận ảnh hưởng đến nồng độ creatinin máu của thận ghép. Creatinin máu sẽ cao hơn trong 2 năm khi trọng lượng của người cho < 10% trọng lượng của người nhận. Do tạng ghép được lấy từ nguồn cho không đồng huyết thống, mức độ hòa hợp HLA rất đa dạng, từ mức có 1 hay nhiều kháng nguyên hòa hợp cho đến không có kháng nguyên không hòa hợp nào.

Hà Phan Hải An[6] và cộng sự tiến hành phân tích kết quả 90 BN ghép thận từ người cho sống (70% không cùng huyết thống) và người cho chết não có mức độ hòa hợp HLA khác nhau từ không hòa hợp đến chỉ hòa hợp lớp 1 hoặc lớp 2, dùng phác đồ ức chế miễn dịch 3 loại thuốc (prenisolon, ức chế calcinurin, mycophenolat mofetil) nhận thấy creatinin máu tại thời điểm 1 tháng, 1 năm, 2 năm sau ghép ở nhóm BN có hòa hợp HLA lớp 1 không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm có hòa hợp cả lớp 1 (HLA-A, HLA –B) và lớp 2 (HLA- DR). Đối với TH thận lấy ra có 1 ĐM- 1TM chúng tôi chọn khâu nối ĐM thận với ĐMCN kiểu tận bên (91/116TH chiếm tỷ lệ 78,45%) do thận lấy từ NCCN lấy được đoạn ĐM thận đổ vào động mạch chủ nên nhiều trường hợp 2 ĐM nhưng chung 1 gốc, chỉ 1 TH nối với ĐM chậu gốc do ĐM chậu ngoài kích thước nhỏ. Chúng tôi gặp 1 trường hợp huyết khối động mạch thận ghép cấp được điều trị bằng sử dụng ngay đoạn mạch chậu ngoài lấy từ cùng người cho hiến thận để thay đoạn động mạch chậu ngoài bị tổn thương bong nội mạc. Ngoài bệnh viện Việt Đức hiện nay chưa có đơn vị ghép thận nào sử dụng đoạn mạch bảo quản đồng loại trong ghép thận để xử lý bất thường về mạch máu trong phẫu thuật ghép thận. Nhóm BN của chúng tôi có tình trạng niệu quản lý tưởng. Đối với vấn đề ghép niệu quản và bàng quang, hiện nay các tác giả đều sử dụng kỹ thuật cắm niệu quản ngoài bàng quang. Hẹp niệu quản 1/3 dưới sau ghép có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,26%. Thải ghép: đối với nhóm BN người cho chết não của chúng tôi trong 5 năm đầu tỷ lệ thải ghép: 3,4%. 2 TH xuất hiện thải ghép cấp không sinh thiết BN đáp ứng điều trị bolus solumedrol chức năng thận về bình thường. 3 TH có ghi nhận thải ghép sau 1 năm (1 TH), và sau 3 năm (1 TH thải ghép dịch thể) và sau 6 năm (1TH). Sau điều trị, chức năng thận đa số các trường hợp đều hồi phục chậm, không có trường hợp nào mất thận ghép. Theo tác giả Pietro E. Cippa[7] nghiên cứu trên 1190 TH cho thấy tỷ lệ thải ghép cấp trong năm đầu là 23,4%, với các yếu tố nguy cơ như trên người hiến lớn tuổi, mức độ bất tương hợp HLA cao, điều trị ức chế miễn dịch với CsA. Chúng tôi ghi nhân có 6/116 trường hợp (5,17%) nhiễm BK virus ở thời điểm 12 tháng. Các bệnh nhân này biểu hiện bằng tình trạng tăng creatinin máu và PCR BK polyomavirus máu dương tính với tải lượng virus cao trên 104 copies/ml, 2 trường hợp được sinh thiết thận ghép. Theo tác giả Baptiste Demey[8] và cs, tỷ lệ nhiễm BK Polyomavirus là 5,3 – 14,6% và tỷ lệ mắc BK Polyomavirus cao hơn ở nhóm bệnh nhân thận sử dụng Tacrolimus so với nhóm sử dụng Cyclosporin A. Đồng thời, chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp (2,58%) bị lao phổi. Kết quả cấy đờm có vi khuẩn Mycobacterium tuberculosis. Bệnh nhân được điều trị với thuốc kháng lao trong 6-9 tháng sau đó, kết quả điều trị khá tốt. Vi khuẩn lao là một trong những tác nhân gây nhiễm khuẩn hàng đầu ở bệnh nhân sau ghép thận, đặc biệt là ở những nước đang phát triển là nơi mà tỷ lệ hiện mắc và mới mắc hàng năm cao. Trong đó Việt Nam là một trong những nước có gánh nặng bệnh lao lớn. Theo dõi trung hạn và dài hạn của nhóm BN nghiên cứu cho kết quả tốt. Zhang[9] phân tích 325 ca ghép thận từ người cho chết trong 3 năm. Tỷ lệ sống ghép 3 năm là 94,7% và tỷ lệ sống của người nhận 97,2%. Tuy nhiên, một khi người nhận sống sót sau hơn 2 tháng, tỷ lệ sống sót là 97,7%. Những kết quả này đã được xác nhận trong một nghiên cứu theo nhóm tuổi. Nhiễm trùng nặng là

nguyên nhân chính của mất mảnh ghép và tử vong người nhận trong giai đoạn đầu của ghép. Theo Đỗ Ngọc Sơn[10] nghiên cứu 101 bệnh nhân ghép thận từ người cho sống giai đoạn 2010-2013 thì kết quả thận ghép hoạt động tốt sau 5 năm là 91%, sau 8 năm là hơn 80%. Đối với nghiên cứu nhóm BN ghép thận từ NCCN của chúng tôi tỷ lệ sống 5 năm là 96,2%, tỷ lệ sống sót của mảnh ghép sau 3 năm là 97,4% và sau 5 năm là 96,5%.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sống cuả mảnh ghép và bệnh nhân sau ghép từ người cho chết ở trung tâm của chúng tôi khá tốt. Cần phải nâng cao nhận thức cũng như tăng tỉ lệ ghép từ người cho chết để tăng nguồn tạng hiến. Một tạng bị mất đi là một cuộc đời bị bỏ phí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thế Trung, Phạm Gia Khánh, and Nguyễn Tiến Bình (2012).** Thành tựu 20 năm ghép tạng tại Bệnh Viện Quân Y 103, Học Viện Quân Y. Tạp chí Y Dược học Quân sự, **37**(**5**), 15–21.
2. **Trịnh Hồng Sơn (2020).** Báo cáo tình hình ghép tạng. Trung tâm điều phối ghép tạng quốc gia.
3. **Phan Hồng Vân (2012),** "Đánh giá sơ bộ sự chấp nhận của cộng đồng với việc hiến ghép mô, tạng sau khi Luật hiến ghép mô, bộ phận cơ thể người và hiến lấy xác được triển khai", Tạp chí Y học thực hành số 1 (804), trang 115-118
4. **Heylen L., Pirenne J., Samuel U., et al. (2019).,** "Effect of donor nephrectomy time during circulatory-dead donor kidney retrieval on transplant graft failure.," Br J Surg, pp. 107(1):87-95.
5. **Eshwege H, Bensadoun, Blanchet P, et al (1996).** Effet de la difference de poids entre donneur et receveur sur la fonction du rein greffe. Prog. Urol, 6, 257-259
6. **Hà Phan Hải An, Trần Minh Tuấn, Nguyễn Mạnh Tưởng, và cộng sự (2013).** Tỷ lệ sống của bệnh nhân và chức năng thận ghép ở bệnh nhân nhiễm virus viêm gan C sau ghép thận. Y học Việt Nam, 409, 440 -445.
7. **Cippa PE, Ekberg H (2015).** Risk for rejection and infection after KT. Clin J Am Soc Nephrol 10 (12), pp2213-2220
8. **Demey B, Tinez (2018).** Risk factors for BK virus viremia anhd nephopathy after KT: a systematic review J Clin Virol 109 pp 6-12
9. **Zhang X., Lyu J., Yu, et al. (2019).,** "Comparison of Graft Outcome Between Donation After Circulatory Death and Living-Donor Kidney Transplantation. Transplantation Proceedings.," Transplant Proc, pp. S0041-1345(19).
10. **Đỗ Ngọc Sơn (2019).** Nghiên cứu đặc điểm kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật ghép thận lấy từ người cho sống tại Bệnh viện Việt Đức. Luận văn tiến sỹ y học.