

- Tendon Transfers", Grabb and Smith's Plastic Surgery Wolters Kluwer Health.
6. **Ishida, O. and Ikuta, Y.** (2003), "Analysis of Tsuge's procedure for the treatment of radial nerve paralysis", *Hand Surg.* 8(1), pp. 17-20.
 7. **Kruft, S., von Heimburg, D., and Reill, P.** (1997), "Treatment of irreversible lesion of the radial nerve by tendon transfer: indication and long-term results of the Merle d'Aubigné procedure", *Plast Reconstr Surg.* 100(3), pp. 610-6; discussion 617-8.
 8. **Labosky, D. A. and Waggy, C. A.** (1986), "Apparent weakness of median and ulnar motors in radial nerve palsy", *J Hand Surg Am.* 11(4), pp. 528-33.
 9. **Reina, Micaela, et al.** (2024), "Results of Tendon Transfers in Radial Nerve Palsies: A New Evaluation Protocol", *Journal of Personalized Medicine.* 14(7), p. 758.
 10. **Ropars, M., et al.** (2006), "Long-term results of tendon transfers in radial and posterior interosseous nerve paralysis", *J Hand Surg Br.* 31(5), pp. 502-6.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TOÀN BỘ BÀNG QUANG VÀ DẪN LƯU NƯỚC TIỂU THEO PHƯƠNG PHÁP BRICKER ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2019 - 2024

Đỗ Trường Thành^{1,2}, Đỗ Ngọc Sơn², Chu Văn Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang do ung thư và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức giai đoạn 2019-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu và hồi cứu, không có đối chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 60 bệnh nhân được cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker do ung thư giai đoạn 2019-2024. Nghiên cứu có 91,7% là bệnh nhân nam, tuổi trung bình là 62,1 ± 9,3 tuổi. Trước mổ có 20 BN (33,4%) ở giai đoạn u T2,3a, 38 BN (63,3%) ở giai đoạn T3b, 2 BN (3,3%) ở giai đoạn u T4. Thời gian phẫu thuật trung bình của bệnh nhân là 226,75 ± 57,0 phút. Sau phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker do ung thư, có 66,7% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt và 33,3% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình, không có bệnh nhân nào có kết quả phẫu thuật xấu. Có 58,1% bệnh nhân mặc cảm, ngại giao tiếp vì mùi khai nước tiểu và 67,4% bệnh nhân tiếp tục lao động bình thường. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và chuyển dòng nước tiểu theo phương pháp Bricker là một phẫu thuật an toàn về ngoại khoa và đảm bảo nguyên tắc ung thư điều trị triệt căn cho bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ và mang lại chất lượng đời sống sau mổ tốt cho người bệnh. **Từ khóa:** Ung thư bàng quang, dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL CYSTECTOMY AND THE ILEAL CONDUIT DIVERSION (BRICKER) TO

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Chu Văn Tiến

Email: chutien8694@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

TREAT BLADDER CANCER AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL IN THE PERIOD 2019 - 2024

Objectives: To describe the results of total cystectomy and the ileal conduit diversion (bricker) to treat bladder cancer at Viet Duc University Hospital in the period 2019 - 2024. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** Of the 60 patients who underwent total cystectomy and ileal conduit diversion (bricker) to treat bladder cancer at Viet Duc University Hospital in the period 2019 - 2024, 91.7% were male. The average age of the patients was 62.1 ± 9.3 years. Preoperative imaging diagnosis: 20 patients (33.4%) had tumors in stage T2,3a, 38 patients (63.3%) had tumors in stage T3b, 2 patients (3.3%) had tumors in stage T4. The average surgery time of the patients was 226.75 ± 57.0 minutes. In which, the patient had the shortest surgery time of 112 minutes and the longest of 374 minutes. After total cystectomy and urinary diversion by Bricker method for cancer, 66.7% of patients had good surgical results and 33.3% of patients had average surgical results. No patient had poor surgical results. After surgery, 58.1% of patients felt self-conscious and afraid to communicate because of the smell of urine. 67.4% of patients continued to work normally. **Conclusion:** Total cystectomy and urinary diversion Bricker method is a safe surgical procedure and ensures the principle of radical treatment for patients with muscle-invasive bladder cancer and brings good postoperative quality of life.

Keywords: Bladder cancer, ileal conduit (bricker), Viet Duc University Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một loại ung thư khá phổ biến trên thế giới, là tổn thương ác tính thường gặp nhất của hệ tiết niệu. Điều trị ung thư bàng quang chủ yếu là phương pháp phẫu thuật. Cắt toàn bộ bàng quang được chỉ định cho các trường hợp ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn vào các ổ niệu quản, các cơ quan lân cận hoặc ăn sâu xuống lớp cơ và lan tỏa rộng (từ

giai đoạn II trở lên). Sau khi cắt toàn bộ bàng quang có thể được đưa niệu quản ra da, dẫn lưu qua một quai ruột hoặc tạo hình bàng quang khi khối u còn khu trú ở bàng quang, chưa có di căn xa (giai đoạn T2-3, N0-1). Việc đưa niệu quản ra da thường dẫn đến nguy cơ nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận... và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống sau mổ. Để giảm thiểu các biến chứng trên, năm 1950, Bricker EM đưa ra phương pháp dẫn lưu nước tiểu qua một quai hồi tràng, và sau đó phương pháp này đã được nhiều phẫu thuật viên áp dụng.

Nhằm mang lại chất lượng sống tốt hơn cho các bệnh nhân được cắt toàn bộ bàng quang, dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker ngày càng được thực hiện nhiều hơn tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Nghiên cứu này chúng tôi đánh giá kết quả của phẫu thuật này được thực hiện trong giai đoạn 2019-2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu và hồi cứu, không có đối chứng.

- Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa phẫu thuật tiết niệu Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

- Thời gian hồi cứu (06/2019-06/2023) và tiến cứu (07/2023 - 06/2024).

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư bàng quang xâm lấn, được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang kèm theo chuyển lưu nước tiểu ra da qua đoạn hồi tràng theo phương pháp Bricker tại Bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 06 năm 2019 đến tháng 06 năm 2024.

Xử lý và phân tích số liệu

- Số liệu sau khi khảo sát sẽ được tự động nhập lên phần mềm Excel.

- Phân tích số liệu sẽ được thực hiện bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

- Kết quả sớm của phẫu thuật cắt BQ toàn bộ được đánh giá theo tiêu chuẩn ASA (American Society Anaesthesia), bộ câu hỏi QLQ-C30 (EORTC 2008),¹ theo Kulovac (2005)² như sau.

+ Kết quả tốt: Không có biến chứng trong và sau phẫu thuật; Vết mổ liền tốt; Dẫn lưu nước tiểu không bị tắc, nước tiểu trong; Sức khỏe hồi phục; Bệnh nhân xuất viện an toàn.

+ Kết quả trung bình: Có biến chứng nhưng không phải phẫu thuật lại; Vết mổ liền sẹo; Dẫn lưu nước tiểu không bị tắc; Bệnh nhân xuất viện an toàn.

+ Kết quả xấu: Tử vong; Tai biến, biến chứng phải mổ lại.

Đạo đức nghiên cứu: - Nghiên cứu được

sự đồng ý của các cấp thẩm quyền và phê duyệt của Ban Giám đốc, Phòng Kế hoạch Tổng hợp, Phòng lưu trữ hồ sơ của Bv Hữu nghị Việt Đức.

- Nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội thông qua

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	55	91,7
	Nữ	5	8,3
Tuổi	≤ 60	23	38,3
	61 - 70	24	40,0
	>70	13	21,7
	$\bar{X} \pm SD$	62,1±9,3 (38-84)	
Nghề nghiệp	Nông dân	38	63,4
	Công nhân	2	3,3
	Cán bộ (tri thức + kỹ sư)	2	3,3
	Hưu trí	18	30,0
Địa dư	Nông thôn	44	73,3
	Thành thị	16	26,7
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	43	71,7
	Gia đình có người bị ung thư bàng quang	4	6,7
	Hóa trị hoặc xạ trị vùng tiểu khung	1	1,6
Tiền sử bệnh UTBQ và các phương pháp điều trị	U phát hiện lần đầu	23	38,4
	Cắt u bán phần ngay từ đầu	5	8,3
	Cắt u bán phần sau cắt u nội soi	5	8,3
	Mổ cắt u nội soi 1 lần	18	30,0
	Mổ cắt u BQ nội soi 2 lần	3	5,0
	Mổ cắt u BQ nội soi ≥3 lần	6	10,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 62,1 ± 9,3 tuổi. Hầu hết là bệnh nhân nam (91,7%). 71,7% bệnh nhân có hút thuốc lá và 6,7% bệnh nhân có người trong gia đình bị ung thư bàng quang. 38,4% bệnh nhân phát hiện u lần đầu. 61,6% bệnh nhân mắc u tái phát.

Bảng 2. Thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến lúc nhập viện (n=60)

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 3 tháng	20	33,3
3 – 6 tháng	6	10,0
6 – 12 tháng	2	3,33
>12 tháng	32	53,3
Tổng	60	100,0

Nhận xét: 33,3% bệnh nhân có thời gian từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến lúc nhập viện sớm dưới 3 tháng và 53,3% bệnh nhân có thời

gian nhập viện muộn trên 12 tháng tháng.

Bảng 3. Vị trí, số lượng và kích thước u (n=60)

		Soi BQ n=8 n (%)	Siêu âm n=60 n (%)	CLVT n=60 n (%)
Vị trí u	Vùng cổ bàng quang	3 (37,5)	5 (8,3)	9 (15,0)
	Vùng tam BQ	0 (0,0)	1 (1,7)	2 (3,3)
	Mặt dưới bên	4 (50,0)	21 (35,0)	23(38,4)
	Mặt sau	0 (0,0)	18 (30,0)	14(23,3)
	Mặt trên	0 (0,0)	3 (5,0)	1 (1,7)
	Rải rác trong BQ	1 (12,5)	12 (20,0)	11 (18,3)
Số lượng u	1 u	2 (25,0)	22 (36,7)	23(38,3)
	2 – 7 u	5 (62,5)	30 (50,0)	30(50,0)
	≥ 8 u	1 (12,5)	8 (13,3)	7 (11,7)
Kích thước u	≤ 2 cm	-	6 (10,0)	3 (5,0)
	2-dưới 3cm	-	8 (13,3)	14(23,3)
	3-dưới 5cm	-	31 (51,7)	24(40,0)
	≥ 5 cm	-	15 (25,0)	19(31,7)

Nhận xét: Đa số người bệnh có u nằm ở mặt dưới bên và mặt sau. Kích thước khối u chủ yếu là trên 3cm. Và đa số người bệnh có từ 2-7 u.

Bảng 4. CT scanner tiêu khung xác định mức độ xâm lấn u (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí và mức độ xâm lấn của u	U xâm lấn vào cơ thành bàng quang	20	33,4
	U xâm lấn ra lớp thanh mạc, vào lớp mỡ xung quanh bàng quang	38	63,3
	U xâm lấn các tạng xung quanh (túi tinh, tiền liệt tuyến, âm đạo)	2	3,3
	U xâm lấn thành chậu hông hay thành bụng	0	0,0
U chèn ép lỗ niệu quản trên CLVT	Không xâm lấn	38	63,3
	Lỗ niệu quản trái	7	11,7
	Lỗ niệu quản phải	9	15,0
	Cả 2 lỗ niệu quản	6	10,0
Hạch ổ bụng	Không thấy hạch	41	68,3
	Có hạch ổ bụng	19	31,7

Nhận xét: 31,7% bệnh nhân có hạch ổ bụng. Và 63,3% bệnh nhân không có u chèn ép lỗ niệu quản trên CLVT.

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật và các biến chứng trong mổ (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian phẫu thuật	< 120 phút	1	1,7
	120 phút – dưới 180 phút	9	15,0
	180 phút – dưới 240	31	51,7

		phút	
		≥ 240 phút	19 31,6
		$\bar{X} \pm SD$ (Min-max)	226,75±57,0 (112 - 374)
Tai biến, tử vong trong mổ	Không có tai biến	50	83,3
	Có tai biến	Chảy máu	10 16,7
		Tổn thương tạng	0 0,0
	Tử vong	0 0,0	
Thời gian phục hồi lưu thông tiêu hóa	$\bar{X} \pm SD$ (phút)	11,8 ± 4,7	
	Min-max (phút)	4 – 28	

Nhận xét: Hơn một nửa (51,7%) bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 180 phút – dưới 240 phút. Có 31,6% bệnh nhân có thời gian phẫu thuật ≥ 240 phút.

Chỉ có 16,7% bệnh nhân chảy máu trong mổ. 83,3% bệnh nhân không có tai biến trong mổ.

Bảng 6. Kết quả sớm sau mổ (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Biến chứng, tử vong sau mổ	Không có biến chứng	40	66,7
	Chảy máu sau mổ	0	0,0
	Nhiễm trùng vết mổ	10	16,7
	Viêm phúc mạc	0	0,0
	Ap xe tồn dư	4	6,7
	Rò nước tiểu	3	5,0
	Tụt sonde, tắc sonde niệu quản	1	1,7
	Hoại tử miệng hồi tràng	0	0,0
	Tụt miệng hồi tràng	0	0,0
	Tắc ruột sau mổ	1	1,7
Biến chứng khác	5	8,3	
Thời gian điều trị	7-14 ngày	42	70,0
	15-21 ngày	10	16,7
	>21 ngày	8	13,3
Kết quả sớm sau phẫu thuật	Kết quả tốt	40	66,7
	Kết quả trung bình	20	33,3
	Kết quả xấu	0	0,0

Nhận xét: Sau phẫu thuật, có 66,7% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt và 33,3% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình. Không có bệnh nhân nào có kết quả phẫu thuật xấu.

Bảng 7. Kết quả giải phẫu bệnh (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giai đoạn u	Giai đoạn 1	5	8,3
	Giai đoạn 2	30	50,0
	Giai đoạn 3	23	38,3
	Giai đoạn 4	2	3,4
Phân loại tổn thương mô bệnh	Ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp	58	96,6
	Ung thư biểu mô tế bào vảy	1	1,7

học sau mổ	Ung thư biểu mô tuyến	1	1,7
Mức độ biệt hóa tế bào u	Grade 1	0	0,0
	Grade 2	8	13,3
	Grade 3	52	86,7

Nhận xét: 8,3% bệnh nhân mắc ung thư bàng quang giai đoạn 1, 50% đang ở giai đoạn 2, 38,3% bệnh nhân ở giai đoạn 3 và 3,4% bệnh nhân ở giai đoạn 4.

Bảng 8. Biến chứng xa và chất lượng cuộc sống sau mổ (n=60)

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Tử vong sau điều trị (n=60)	Còn sống	43	71,7	
	Tử vong	17	28,3	
Chất lượng cuộc sống sau điều trị (n=43)	Bệnh nhân mắc cảm, ngại giao tiếp vì mùi khai nước tiểu	25	58,1	
	Bệnh nhân tiếp tục lao động	20	46,5	
	Bệnh nhân còn ham muốn và duy trì hoạt động tình dục	Nam (n=38)	5	13,2
		Nữ (n=5)	0	0,0

Nhận xét: Sau điều trị, có 43 bệnh nhân còn sống, chiếm 71,7% và 17 bệnh nhân tử vong, chiếm 28,3%

Có 58,1% bệnh nhân mắc cảm, ngại giao tiếp vì mùi khai nước tiểu. 67,4% bệnh nhân tiếp tục lao động.

IV. BÀN LUẬN

Thông tin chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,1 ± 9,3 tuổi. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Yudiana Wayan với độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 57,3 tuổi (32-77 tuổi).³ Ung thư bàng quang là loại ung thư liên quan đến tuổi, bệnh ít gặp ở lứa tuổi dưới 40 tuổi.

Kết quả phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình của BN trong NC này là 226,75 ± 57,0 phút (112 – 374 phút). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Yudiana Wayan với thời gian phẫu thuật trung bình là 351 phút (310-435 phút).³ Nhưng lại cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Bình với thời gian phẫu thuật trung bình là 192,25 ± 33,75 phút.⁴

Nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào bị tổn thương tạng hoặc tử vong trong mổ, chỉ có 16,7% bệnh nhân chảy máu trong mổ và 83,3% bệnh nhân không có tai biến trong mổ. Kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Bình cho thấy tỉ lệ tai biến thấp 6,5% và không có trường hợp nào tử vong.⁴

Có 66,7% bệnh nhân trong nghiên cứu của

chúng tôi không có biến chứng sau mổ. Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Văn Bình với 64,5% bệnh nhân không có biến chứng sớm sau mổ.⁴ Kết quả nghiên cứu của Yudiana Wayan cho thấy 20,8% bệnh nhân bị tắc ruột kéo dài, 4,1% bệnh nhân bị rò ruột non và 8,3% bệnh nhân bị nhiễm khuẩn huyết.³

Sau phẫu thuật, có 66,7% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả phẫu thuật tốt và 33,3% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình. Không có bệnh nhân nào có kết quả phẫu thuật xấu. Tỉ lệ bệnh nhân có kết quả tốt trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Minh Đức với 85,7% bệnh nhân có kết quả tốt và 14,3% bệnh nhân có kết quả trung bình.⁵ Nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Thảo với 57,1% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt, 40,5% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình và 2,4% bệnh nhân có kết quả xấu.⁶

Kết quả giải phẫu bệnh. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này có phân loại tổn thương mô bệnh học sau mổ là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp, chiếm 96,6%, có 1,7% bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào vảy và 1,7% bệnh nhân bị ung thư biểu mô tuyến. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của tác giả Jian Huang với 93,6% bệnh nhân bị ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp.⁷ Và tương tự như kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh An với 32/35 bệnh nhân (chiếm 91,4%) là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp.⁸ Theo y văn, ung thư bàng quang có từ 90-95% là ung thư tế bào chuyển tiếp đường niệu (Transition cell carcinoma) còn lại 2-7% là ung thư dạng tuyến và ung thư tế bào vảy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

86,7% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 3 và 13,3% có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 2. Không có bệnh nhân nào có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 1. Kết quả nghiên cứu của Yudiana Wayan cũng cho thấy có 70,83% có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 3. Kết quả nghiên cứu của Hassan A Abol-Enein lại cho thấy: 56,5% bệnh nhân có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 3 và 46,5% có mức độ biệt hóa tế bào u Grade 2.⁹

Biến chứng xa sau điều trị: Phẫu thuật cắt bỏ bàng quang triệt để với nạo hạch bạch huyết vùng chậu mang lại khả năng sống sót tốt nhất cho bệnh ung thư biểu mô niệu quản xâm lấn cơ và là phương pháp điều trị tiêu chuẩn, với tỷ lệ sống sót không tái phát sau 10 năm là 50-59% và tỷ lệ sống sót chung là khoảng 45%¹⁰.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, sau điều trị, có 43 bệnh nhân còn sống, chiếm 71,7% và 17 bệnh nhân tử vong, chiếm 28,3%. Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật này mang lại chất lượng sống sau mổ được cải thiện đáng kể. Tuy vậy vẫn có 58,1% bệnh nhân còn mặc cảm, ngại giao tiếp vì mùi khai nước tiểu, 67,4% bệnh nhân tiếp tục lao động và sinh hoạt bình thường.

Những cải tiến trong kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc quanh phẫu thuật hiện đại đã làm giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng quanh phẫu thuật và giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker. Ông dẫn hồi tràng vẫn là hình thức chuyển hướng nước tiểu phổ biến nhất, được công bố lần đầu tiên vào năm 1952 và trở nên phổ biến và vẫn là phương pháp được lựa chọn. Kỹ thuật này đã chứng minh là an toàn và đơn giản so với các phương pháp khác.¹¹

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker do ung thư, có 66,7% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt và 33,3% bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình. Không có bệnh nhân nào có kết quả phẫu thuật xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saika T, Arata R, et al.** Health related Quality of Life after Radical Cystectomy for Bladder cancer in Elderly Patients with an Ileal Conduit, Ureterocutaneostomy or Orthotopic Urinary Reservoir: A comparative Questionnaire Survey. Acta Med Okayama. 2007;61(4):199-203.

2. **Kulovac B, Aganović D, Prcić A.** Radical cystectomy early postoperative complications and mortality rate. Med Arh. 2005;59(6):358-359.
3. **Wayan Y, Ayu PD, Gde OAA, Wayan N.** Pathological Profile, Early Complications, Functional and Oncological Outcome after Radical Cystectomy - Ileal Conduit for Bladder Cancer Patients in Sanglah General Hospital between January 2013 and December 2016. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(9):1647-1651.
4. **Phạm Văn Bình, Tuấn ĐA.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật BRICKER điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;2(501).
5. **Hoàng Minh Đức.** Đánh giá kết quả phẫu thuật 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: Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội; 2012.
6. **Nguyễn Trọng Thảo.** Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2015 – 2019: Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội; 2020.
7. **Huang J, Lin T, et al.** Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder for bladder cancer: oncologic results of 171 cases with a median 3-year follow-up. Eur Urol. 2010; 58(3):442-449.
8. **Nguyễn Minh An, Ngô Trung Kiên.** Nghiên cứu đặc điểm mô bệnh học và giai đoạn bệnh của bệnh nhân ung thư bàng quang được điều trị tại Bệnh viện Xanh Pôn. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022;521(1):110-114.
9. **Abol-Enein HA, Abdul-Muhsin AS, Alhallaq YM.** Ileal-conduit following cystectomy, single-institution revision of indications and outcome. Saudi Med J. 2008;29(1):65-68.
10. **Hautmann RE, Hautmann SH, Hautmann O.** Complications associated with urinary diversion. Nat Rev Urol. 2011;8(12):667-677.

KẾT QUẢ KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT ĐIỀU TRỊ GÂY KÍN MÂM CHÀY TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Minh Đăng¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}, Nguyễn Huy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít điều trị gãy kín mâm chày tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 45 bệnh nhân (BN) gãy kín mâm chày phân loại theo Schatzker được phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Việt Đức từ

02/2021- 02/2024. Lấy mẫu tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu. Kết quả sau mổ 6 tháng theo thang điểm Rasmussen. **Kết quả:** Trong 45 BN, tuổi trung bình 46,42 ±13,51 tuổi (thấp nhất 22 và cao nhất là 73 tuổi), tỷ lệ nam/nữ:1/1. Nguyên nhân do tai nạn giao thông cao nhất chiếm 86.6%. 100%. Kết quả gần trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật theo phân loại Larson – Bostman là: rất tốt (26/45BN) chiếm tỷ lệ 57,7%, tốt (16/45BN) chiếm tỷ lệ 35,6% và trung bình (3/45BN) chiếm tỷ lệ 6,7%, không có BN nào có kết quả kém. Kết quả chức năng sau 6 tháng phẫu thuật theo tiêu chuẩn của Rasmussen là: rất tốt (29/45BN) chiếm tỷ lệ 64,4%, tốt (13/45BN) chiếm tỷ lệ 28,9% và trung bình (3/45BN) chiếm tỷ lệ 6,7% và không có kết quả kém, trong đó điểm chức năng theo Rasmussen trung bình

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Minh Đăng

Email: anhdangyl@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024