

- Basilgan S.** The results of non-surgical treatment for unstable distal radius fractures in elderly patients. *Acta Orthop Traumatol Turc.* 2009;43(3):229-234. doi:10.3944/AOTT.2009.229
9. **Arora R, Gabl M, Gschwentner M, Deml C, Krappinger D, Lutz M.** A comparative study of

clinical and radiologic outcomes of unstable colles type distal radius fractures in patients older than 70 years: nonoperative treatment versus volar locking plating. *J Orthop Trauma.* 2009;23(4):237-242. doi:10.1097/BOT.0b013e31819b24e9

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THẬN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Nguyễn Minh An<sup>1</sup>, Lê Nguyên Vũ<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thận bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Xanh Pôn giai đoạn 2019-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 73 bệnh nhân ung thư thận được điều trị bằng phẫu thuật nội soi giai đoạn 2019-2023. **Kết quả nghiên cứu:** - Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận điều trị ung thư thận giai đoạn khu trú đạt kết quả tốt chiếm 89%. - Tỷ lệ tai biến trong mổ chiếm 6,8%. - Lượng máu mất trung bình: 235 ± 102ml. - Thời gian mổ trung bình: 106,7 ± 24,1 phút. - Thời gian nằm viện trung bình: 6,2 ± 1,7 ngày. - Biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo là 8 bệnh nhân chiếm 11%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư thận là một phương pháp an toàn và hiệu quả với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp, thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

### SUMMARY

#### RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY OF KIDNEY CANCER PATIENTS AT SAINT PAUL HOSPITAL

**Objective:** Evaluate the result of kidney cancer patients undergone laparoscopic surgery at Saint Paul hospital from 2019-2023. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 73 kidney cancer patients were treated with laparoscopic surgery from 2019-2023. **Results:** - Laparoscopic retroperitoneal nephrectomy showed good results on localized stage kidney, was 89%. - The rate of complications during surgery was 6.8%. - Average amount of blood loss: 235±102ml. - Average surgery time: 106.7 ± 24.1 minutes. - Average hospital stay: 6.2±1.7 days. - Clavien-Dindo classification postoperative complications was with 8 patients. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to treat kidney cancer is a safe and effective method with low rates of complications and short hospital stay after surgery.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận là tổn thương ác tính của thận,

<sup>1</sup>Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An

Email: dr\_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024

trong đó ung thư tế bào thận chiếm 90%. Nguyên nhân của bệnh chưa thực sự rõ ràng, nhưng nhiều yếu tố nguy cơ đã được đề cập đến, trong đó phải kể đến hút thuốc lá, béo phì, tăng huyết áp. [1], [2].

Các triệu chứng của bệnh đa dạng và kín đáo, thường biểu hiện khi ở giai đoạn muộn. Tiên lượng sống của bệnh nhân (BN) ung thư thận thay đổi tùy theo giai đoạn bệnh. Có nhiều phương pháp điều trị được áp dụng cho ung thư thận trong đó điều trị ngoại khoa vẫn giữ vai trò to lớn [2], [4], [6]. Chỉ định, phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào mức độ lan rộng của khối u, di căn hạch, di căn xa, huyết khối tĩnh mạch chủ dưới do u.

Hiện nay với sự tiến bộ của kỹ thuật mổ và gây mê hồi sức, điều trị phẫu thuật trong ung thư thận ngày càng mang lại hiệu quả tốt với ít biến chứng. Cùng với sự phát triển chung của các chuyên ngành khác, phẫu thuật nội soi cũng được ứng dụng ngày càng rộng trong điều trị ung thư thận bao gồm cả phẫu thuật nội soi sau và nội soi ổ bụng. Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn đã phẫu thuật điều trị ung thư thận bằng phương pháp nội soi từ năm 2019, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về phương pháp điều trị này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi sau phúc mạc điều trị ung thư thận tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn giai đoạn 2019-2023".

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Là các bệnh nhân ung thư thận được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận qua nội soi tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 01/2019 đến tháng 06/2023.

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư thận (Kết quả giải phẫu bệnh ung thư thận)

- Được điều trị bằng phẫu thuật cắt thận nội soi

- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư đường bài xuất trên bệnh nhân bị u thận

- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

- Địa điểm nghiên cứu là khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

- Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2023.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, không đối chứng.

**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

- Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện, bao gồm toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian nghiên cứu.

- Từ 2019 – 2023 có 73 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

**2.5. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

**2.5.1. Đánh giá kết quả trong mổ**

- Lượng máu mất: Tính bằng ml qua hút và thấm gạc, cần truyền máu và lượng máu truyền.

- Các biến chứng trong mổ: Tổn thương mạch máu (tĩnh mạch chủ dưới, tĩnh mạch sinh dục...), chảy máu, chọc trocar vào tạng, tổn thương tạng khác do phẫu tích, do đốt điện...

- Thời gian phẫu thuật: Tính bằng phút từ lúc rạch da đến lúc đóng các lỗ trocar.

- Chuyển mổ mở: Do khó khăn về kỹ thuật, do tai biến chảy máu hay tổn thương các tạng lân cận không thể tiếp tục phẫu thuật qua nội soi được.

**2.5.2. Đánh giá kết quả sau mổ**

- Sau mổ bệnh nhân được theo dõi về huyết động, tình trạng toàn thân, đau sau mổ, tình trạng ổ bụng, số lượng nước tiểu hàng ngày, tình trạng vết mổ, thời gian lập lại lưu thông tiêu hoá.

- Thời gian nằm viện (tính bằng ngày)

- Phân loại tai biến phẫu thuật theo Clavien Dindo [5]

+ Độ I: Biến chứng nhẹ, không cần điều trị thuốc đặc hiệu, can thiệp thủ thuật hay phẫu thuật. Cho phép điều trị: thuốc hạ sốt, giảm đau, chống nôn, lợi tiểu, vật lý trị liệu. Biến chứng độ I cũng bao gồm nhiễm trùng vết mổ.

+ Độ II: Biến chứng cần điều trị nội khoa, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch hoặc cần truyền máu

+ Độ III: Biến chứng cần phải phẫu thuật hay nội soi can thiệp

IIIa. Can thiệp không cần gây mê toàn thân

IIIb. Can thiệp cần gây mê toàn thân

+ Độ IV: Biến chứng đe dọa đến tính mạng (bao gồm cả các biến chứng thần kinh trung ương) cần được điều trị tại ICU (Intensive Care Unit)

IVa. Thương tổn tại một cơ quan

IVb. Thương tổn nhiều cơ quan

+ Độ V: Biến chứng gây tử vong

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả cắt thận toàn bộ do ung thư bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc [2]

+ Kết quả tốt: Cắt được thận u thuận lợi; Không có tai biến và biến chứng trong và sau mổ; Chức năng thận còn lại bù trừ tốt: lượng nước tiểu bình thường, urê và creatinin máu bình thường.

+ Kết quả trung bình: Cắt được thận u nhưng có tai biến, biến chứng trong và sau mổ nhưng không phải can thiệp phẫu thuật lại.

+ Kết quả xấu: Chảy máu, phải can thiệp lại, tử vong, di chứng.

**2.6. Phương pháp phân tích số liệu**

Thống kê các số liệu theo bệnh án mẫu, áp dụng các thuật toán thống kê y học T-test, X<sup>2</sup> theo chương trình SPSS 20.0.

**2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu**

- Được sự đồng ý của phòng Kế hoạch Tổng hợp Bệnh viện Xanh Pôn cho phép nghiên cứu hồ sơ nghiên cứu phục vụ công tác khám chữa bệnh.

- Đảm bảo giữ bí mật thông tin của bệnh nhân nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.**

- Độ tuổi trung bình là 53,52 ± 12,17 tuổi (20- 84 tuổi).

- Tỷ lệ nam/nữ = 1,43

- Chụp cắt lớp vi tính: U thận ở giai đoạn T1 là 95,8%; Giai đoạn T2 chiếm 4,2%.

- Kích thước u trung bình là 43,2 ± 11,7mm

- Giải phẫu bệnh: chủ yếu gặp ung thư thận typ tế bào sáng chiếm 83,6%.

**3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật**

- Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được phẫu thuật thành công bằng nội soi không phải chuyển mổ mở.

- Tỷ lệ tai biến trong mổ 6,8%, lượng máu mất trung bình 235 ± 102ml

- Thời gian mổ trung bình là 106,72 ± 24,1 phút

**Bảng 3.1. Thời gian theo dõi hậu phẫu**

Thời gian	Ngày	Min-Max
Thời gian dùng thuốc giảm đau	2,53±1,44	1 – 4
Thời gian trung tiện sau mổ	1,57±0,49	1 – 3
Thời gian rút dẫn lưu	1,7±1,02	2 – 4
Thời gian hậu phẫu	6,2±1,7	4 – 9

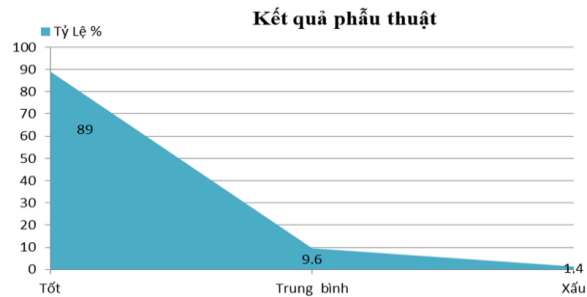
**Bảng 3.2. Các biến chứng theo phân loại Clavien - Dindo**

Clavien	Biến chứng sau mổ	Số BN N(%)	Ngày sau mổ	Điều trị
Độ I	Nhiễm trùng	2(2,7%)	D3	Thay băng

	vết mổ			vết mổ
	Sốt	4(5,5%)	D5	Truyền thuốc hạ sốt
Độ II	Chảy máu sau mổ	1(1,4%)	D2	Truyền máu
Độ III	Mổ lại	1(1,4%)	D0	Mổ lại cầm máu
Tổng		8(11%)		

**Bảng 3.3. Thời gian nằm viện**

Thời gian nằm viện	N	Tỷ lệ %
< 5 ngày	14	19,2
5-7 ngày	47	64,4
>7 ngày	12	16,4
Trung bình	6,2 ± 1,7 ngày	



**Biểu đồ 3.1. Kết quả chung của phẫu thuật**

**Nhận xét:** Số bệnh nhân đạt kết quả tốt sau khi xuất viện chiếm đến 89%, kết quả trung bình chiếm 9,6%, có 1 bệnh nhân có kết quả xấu do phải mổ lại cầm máu chiếm 1,4%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Thời gian mổ.** Thời gian mổ được tính bắt đầu từ lúc rạch da đến khi kết thúc mũi chỉ khâu da cuối cùng. Thời gian mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như; kích thước u lớn hay nhỏ, xâm lấn tổ chức xung quanh, có huyết khối tĩnh mạch, đường mổ, thể trạng bệnh nhân gầy hay béo, kinh nghiệm phẫu thuật viên. Thời gian mổ càng ngắn thì hồi tỉnh cho bệnh nhân sau mổ càng nhanh. Thời gian mổ cũng phản ánh được cuộc mổ có thuận lợi hay gặp khó khăn. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu có thời gian phẫu thuật dưới 120 phút, chỉ có 5 bệnh nhân có thời gian mổ hơn 120 phút. Thời gian mổ trung bình là 106,72 ± 24,1 phút. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như: Eskicorapci và cộng sự tổng hợp các báo cáo của nhiều tác giả điều trị u thận bằng phẫu thuật nội soi trong và sau phúc mạc, thời gian mổ trung bình 135 phút ( 90-410 phút) [8]. Theo Cicco thời gian mổ trung bình là 145 phút (80- 330 phút) [4]. Theo Ngô Đậu Quyền nghiên cứu cắt thận nội soi trong và sau phúc mạc điều trị ung thư thận có thời gian phẫu thuật trung bình là 116 ± 27,5

phút và 114 ± 24,1 phút [2]. Với những u nằm cực dưới thì quá trình phẫu thuật thuận lợi hơn so với u cực trên do đó thời gian phẫu thuật cũng có thể thay đổi.

Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tình trạng viêm dính, mổ cũ của khoang sau phúc mạc, kích thước u, giai đoạn của bệnh, kỹ năng của phẫu thuật viên. Tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật thì thời gian phẫu tích xử trí cuống thận mất nhiều thời gian nhất. đặc biệt ở những bệnh nhân có u lớn, u đè đẩy vào rốn thận nhiều làm hạn chế quá trình bộc lộ động mạch, tĩnh mạch thận, làm tăng nguy cơ chảy máu, kéo dài thời gian mổ. Trường hợp u lớn, phẫu thuật viên có thể mở rộng vết mổ lấy thận u trong túi nilon ( nối 2 lỗ trocar hoặc rạch vết mổ dưới sườn để lấy u. làm vậy đảm bảo giữ nguyên cấu trúc thận u và rốn thận và rút ngắn thời gian phẫu thuật) [1], [2], [5].

**4.2. Tai biến trong mổ.** Phẫu thuật cắt thận bằng mổ mở hay nội soi sau phúc mạc hay qua phúc mạc đều có những ưu điểm riêng với những nguy cơ tai biến nhất định. Các tổn thương hay gặp là chảy máu, tổn thương mạch máu, tổn thương các tạng trong ổ bụng và lồng ngực, phẫu thuật khó chuyển mổ mở, tử vong...

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 5 bệnh nhân tai biến chảy máu trong mổ chiếm tỷ lệ 6,8% (trong đó 1 ca tổn thương động mạch thận, 2 ca chảy máu do rách tĩnh mạch thận, 1 ca chảy máu do mạch phụ cực trên và 1 ca chảy máu mạch nuôi tuyến thượng thận), lượng máu mất trung bình 235 ± 102ml, không có ca nào phải chuyển mổ mở, không có trường hợp nào tổn thương các tạng hoặc tử vong trong lúc mổ.

Các tai biến trong cắt thận nội soi đã được ghi nhận trong y văn, trong đó tai biến chảy máu và tổn thương mạch máu vẫn là tai biến thường gặp nhất. Việc phẫu tích cuống thận cũng như lớp mỡ quanh thận khó khăn do lớp mỡ dày rất dễ có nguy cơ tổn thương động mạch – tĩnh mạch thận cũng như các nhánh động mạch cực, tĩnh mạch sinh dục hay thậm chí là động mạch – tĩnh mạch chủ. Các tổn thương mạch máu nếu không được xử lý kịp thời sẽ là nguyên nhân cần phải chuyển mổ mở. Ngô Đậu Quyền phẫu thuật cho 34 bệnh nhân u thận nội soi trong và sau phúc mạc thấy có 2 bệnh nhân (5,9%) chảy máu, phải truyền 500ml máu trong mổ, trong đó có 1 ca phải chuyển mổ mở (2,9%) [2]. Eskicorapci và cs tổng hợp các báo cáo của nhiều tác giả điều trị u thận bằng phẫu thuật nội soi trong và sau phúc mạc, chảy máu trong mổ chiếm 2%, thuyên tắc phổi 1%, hẹp hồi tràng 1%. Trong nghiên cứu này tác giả thấy lượng

máu mất trung bình 140 ml (100 - 700ml) [8]. Theo Wille và cộng sự tỷ lệ tai biến trong mổ khoảng 8%, lượng máu mất trung bình khoảng 210ml [7]. Cicco nghiên cứu 29 ca phẫu thuật nội soi sau phúc mạc thì có 1 ca chảy máu trong mổ phải chuyển mổ mở chiếm 3,4%, lượng máu mất trung bình 150ml [4]. A.K. Hemal nghiên cứu trên 41 BN gặp 3 trường hợp (7,3%) chảy máu trong mổ trong đó 2 trường hợp (4,9%) phải chuyển mổ mở cầm máu cuống thận [6]. Khi mổ nội soi mà mỡ quanh thận dày, cuống thận dính, phẫu tích động mạch – tĩnh mạch khó khăn thì cần thay đổi tư thế BN, đặt thêm các trocar để bộc lộ rõ tổn thương là các biện pháp được đặt ra. Nếu vẫn còn quá khó để thực hiện, cần cân nhắc chuyển mổ mở đảm bảo an toàn cho BN. Thương tổn các tạng trong ổ bụng cũng là một trong những tai biến có thể gặp. Cicco nghiên cứu 29 BN đã báo cáo 1 trường hợp tổn thương đại tràng phải làm hậu môn nhân tạo [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào bị tổn thương tạng, ống tiêu hóa trong quá trình phẫu thuật. Khi lấy bệnh phẩm thường mở rộng vết mổ 3-5 cm hay nối 2 lỗ trocar, thận và u được cho vào túi nilon để lấy, giữ được cấu trúc thận và u trong quá trình lấy bệnh phẩm, đảm bảo giải phẫu bệnh.

**4.3. Biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien – Dindo.** Trong phẫu thuật nội soi cắt thận tỉ lệ gặp phải biến chứng sau mổ là rất thấp và biến chứng chảy máu sau mổ thường được đề cập đến trong các nghiên cứu, nó có liên quan đến kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2], [4]. Thực tế, biến chứng chảy máu sau mổ do tổn thương mạch máu và những vùng hay gặp là diện bóc tách tuyến thượng thận, móm cắt tĩnh mạch sinh dục, móm cắt tĩnh mạch thượng thận, móm cắt niệu quản. Trong nghiên cứu này biến chứng sau mổ theo phân loại Clavien-Dindo là 8 BN chiếm 11%. Trong đó có 2 (2,7%) BN bị nhiễm trùng chỗ mở rộng chân Trocar để lấy thận vào ngày thứ 3 sau mổ, bệnh nhân được thay bằng vết mổ; 4 (5,5%) BN bị sốt vào ngày thứ 5 sau mổ, BN được đổi kháng sinh và truyền thuốc hạ sốt; 1 BN chảy máu qua dẫn lưu dai dẳng từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 5, mỗi ngày dẫn lưu ra khoảng 80-120ml máu loãng, BN được theo dõi và truyền máu ổn định; 1 BN chảy máu nhiều qua dẫn lưu ngay sau khi về phòng chờ tỉnh, số lượng 400 ml, bệnh nhân được mổ cấp cứu lại để kiểm tra và cầm máu. Trong mổ phát hiện nguyên nhân chảy máu do tụt Clip mạch máu động mạch thận. Theo Bilgo phẫu thuật nội soi cắt thận cho 68 bệnh nhân từ 2017-2019, trong đó có cả cắt thận do u và thận lành

tính. Tác giả thấy biến chứng sau mổ theo Clavien-dindo là 22%, trong đó nhiễm trùng vết mổ là 10,3%; đau và sốt 5,9%; chảy máu phải truyền máu 4,4%; tử vong 1 BN (1,5%) [3]. Theo Eskicorapci biến chứng sau mổ chiếm 5% [8].

**4.4. Thời gian nằm viện và hậu phẫu sau mổ.** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, thời gian nằm viện từ 5-7 ngày chiếm đa số 64,4%, không có bệnh nhân nào nằm quá 10 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là  $6,2 \pm 1,7$  ngày. Các kết quả theo dõi sau mổ: thời gian trung bình dùng thuốc giảm đau, trung tiện sau mổ, thời gian rút ống dẫn lưu đều trong khoảng thời gian 1-4 ngày, thời gian hậu phẫu 4-9 ngày.

Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu của nhiều tác giả trong nước và trên thế giới như: Ngô Đậu Quyền là  $4,5 \pm 0,95$  ngày [2] Eskicorapci là 7 ngày [8]; Theo Wille là 6 ngày [7]. Do diễn biến trong và sau mổ nhẹ nhàng hơn cho nên thời gian nằm viện được rút ngắn, đây là ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở truyền thống. Thời gian nằm viện rút ngắn đã mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, tiết kiệm chi phí điều trị.

So sánh với các báo cáo của các tác giả tiến hành phẫu thuật nội soi trong hoặc sau phúc mạc cắt thận do ung thư ở giai đoạn T1-T2 chúng tôi thấy thời gian nằm viện và diễn biến sau mổ không có sự khác biệt đáng kể. Nhưng so với mổ mở, bệnh nhân nằm viện lâu hơn, do đau hơn và thời gian hồi phục lâu hơn, điều đó cũng đồng nghĩa người bệnh trở lại lao động bình thường sẽ muộn hơn so với mổ nội soi (Eskicorapci là 21 ngày sau mổ nội soi [8]).

#### 4.5. Kết quả sớm sau mổ

- Tốt: Đánh giá sau mổ, nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có 65/73 BN (chiếm 89%) có kết quả tốt, trong đó u chủ yếu bệnh ở giai đoạn T1 (95,8%) và u < 7cm. Trong quá trình phẫu thuật có 5 BN chảy máu nhưng đã xử lý ngay trong mổ, không phải chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật trung bình ngắn. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như: Hoàng Long và cs [1] báo cáo 17 trường hợp cắt thận nội soi sau phúc mạc điều trị ung thư thận cho kết quả tốt; Ngô Đậu Quyền và cs [2] báo cáo 34 trường hợp cắt thận nội soi điều trị ung thư thận cho kết quả tốt là 88%.

- Trung bình: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ có kết quả trung bình ở 7/73 BN chiếm 9,6%. Trong đó cuộc mổ diễn ra khó khăn hơn, thời gian mổ kéo dài > 120 phút gặp ở 5 BN, do u trên 7cm (1 BN) hoặc u ở giai đoạn T2 (3 BN) và 1 BN chảy máu sau mổ phải truyền máu.

- Xấu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau mổ có kết quả xấu ở 1/73 BN chiếm 1,4%. Bệnh nhân chảy máu nhiều qua dẫn lưu ngay sau khi về phòng chờ tỉnh, số lượng 400 ml, bệnh nhân được mổ mổ cấp cứu lại để kiểm tra và cầm máu. Trong mổ phát hiện nguyên nhân chảy máu do tụt Clip mạch máu động mạch thận. Sau mổ lại BN ổn định, ra viện ngày thứ 8.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 73 trường hợp ung thư thận được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 1/2019 - 6/2023 cho thấy kết quả tốt đạt 89%, kết quả trung bình đạt 9,6% và có bệnh nhân đạt kết quả xấu chiếm 1,4%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Long (2012), kết quả điều trị cắt u thận rộng rãi qua nội soi sau phúc mạc. Tạp chí y học lâm sàng 108.7(3), 59-63.
2. Ngô Đậu Quyền (2015), Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận bệnh lý lành tính mất chức năng tại bệnh viện Việt Đức, trường đại học Y Hà Nội.
3. Abdoulazizi Bilgo, Amine Saouli\*, Tarik Karmouni, Khalid El Khader, Abdellatif Koutani and Ahmed Iben Attya Andaloussi (2021). Laparoscopic nephrectomy: Moroccan experience of 68 cases. Afr J Urol (2021) 27:70
4. Cicco A., Salomon L., Gasman D., Hoznek A., Chopin D., Abbou CC. (1999). Retrospective study of laparoscopic peritoneal radical nephrectomy. Proa Urol. 9(3).453-9.
5. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240(2):205-213.
6. Hemal, A.K., et al. (1999). Transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for giant hydronephrosis. J Urol, 162(1), 35-9.
7. Wille, A.H., Roigas, J., Deger, S., Tullmann, M., Turk, I., and Loening, S.A. (2004). Laparoscopic Radical Nephrectomy: Techniques, Results and Oncological Outcome in 125 Consecutive Cases. Eur. Urol. 45, 483– 489
8. Saadettin Yilmaz Eskircapci, Dogu Teber, Michael Schulze, Mutlu Ates, Christian Stock, and Jens J. Rassweiler\* (2007), Laparoscopic Radical Nephrectomy: The New Gold Standard Surgical Treatment for Localized Renal Cell Carcinoma, TheScientificWorldJOURNAL (2007) 7, 825–836

# KẾT QUẢ THAY HUYẾT TƯƠNG CHO BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG GUILLIAN – BARRÉ VÀ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Chu Quang Liên<sup>1</sup>, Nguyễn Tất Thành<sup>1,2</sup>,  
Nguyễn Văn Ánh<sup>2</sup>, Hoàng Bùi Hải<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, hiệu quả của liệu pháp thay huyết tương và một số biến chứng có thể gặp trong quá trình điều trị cho nhóm bệnh nhân nhược cơ và Guillain- Barré. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là một nghiên cứu mô tả, hồi cứu các bệnh án. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhân, trong đó có 32 Guillain-Barré (71,1%) và 13 bệnh nhân nhược cơ (28,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 22/23; 237 cuộc thay huyết tương: 114 cuộc bằng huyết tương tươi đông lạnh và 123 cuộc bằng albumin 5%; cơ lực của các nhóm cơ chính đều cải thiện sau đợt điều trị; 26/237(11%) trường hợp phản vệ, trong đó có 23 trường hợp thay bằng huyết tương tươi đông lạnh xuất hiện phản vệ ở các mức độ và phải chuyển sang albumin 5%, 7 trường hợp bắt buộc phải dừng thủ thuật do phản vệ; các biến chứng khác gặp với tỷ lệ ít hơn: viêm phổi (17,8%), nhiễm trùng catheter

(4,2%), chảy máu có ý nghĩa (2,1%), tắc quả lọc (0,8%). Ở nhóm Guillain- Barré: tỷ lệ phải thông khí xâm nhập là 6/32; số cuộc thay huyết tương trung bình là 5,3±0,9; tỷ lệ cải thiện nhiều theo điểm Hughes chiếm 87,5%. Ở nhóm bệnh nhân nhược cơ: tỷ lệ phải thông khí xâm nhập là 7/13; số cuộc thay huyết tương trung bình là 5,3±1,6; tỷ lệ cải thiện nhiều theo điểm MGC là 92%. **Kết luận:** Thay huyết tương cải thiện tình trạng yếu cơ ở bệnh nhân Nhược cơ và Guillain-Barré. Thay huyết tương có tính an toàn cao, biến chứng hay gặp là phản vệ, đa số là phản vệ mức độ nhẹ. **Từ khóa:** Thay huyết tương, hội chứng Guillian – Barré, nhược cơ

## SUMMARY

### RESULTS OF PLASMA EXCHANGE FOR PATIENTS WITH GUILLIAN-BARRÉ SYNDROME AND MYASTHENIA GRAVIS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

**Objective:** The study aimed to describe the clinical characteristics, effectiveness of plasma exchange therapy, and potential complications during treatment in patients with myasthenia gravis and Guillain-Barré syndrome. **Methods:** This was a retrospective, descriptive study of patient medical records. **Results:** The study included 45 patients, of which 32 had Guillain-Barré syndrome (71.1%) and 13

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: hoangbuihai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.9.2024

Ngày duyệt bài: 16.10.2024