

họ thấy rằng 80,46% bệnh nhân có giá trị CBF < 19,14 ml/100 g/phút có kết quả điều trị kém<sup>8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Chuỗi xung tưới máu não CHT không tiêm thuốc không chỉ giúp xác định chính xác vùng não bị tổn thương mà còn đánh giá được mức độ thiếu máu não thông qua chỉ số CBF, hỗ trợ cho quá trình chẩn đoán và điều trị. So với các chuỗi xung thường quy, chuỗi xung tưới máu não CHT không tiêm thuốc mang lại nhiều lợi ích, đặc biệt là giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân do không cần sử dụng chất tương phản từ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sacco, R. L. et al.** An updated definition of stroke for the 21st century: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 44, 2064–2089 (2013).
2. **Murphy, S. JX. & Werring, D. J.** Stroke: causes and clinical features. *Medicine (Abingdon)* 48, 561–566 (2020).
3. **Smith, W. S., Johnston, S. C. & Hemphill, I., J. Claude.** Cerebrovascular Diseases. in *Harrison's Principles of Internal Medicine* (eds. Jameson, J. L. et al.) (McGraw-Hill Education, New York, NY, 2018).
4. **Peters, S. A. E., Carcel, C., Millett, E. R. C. & Woodward, M.** Sex differences in the association between major risk factors and the risk of stroke in the UK Biobank cohort study. *Neurology* 95, e2715–e2726 (2020).
5. **Saver, J. L.** Time is brain--quantified. *Stroke* 37, 263–266 (2006).
6. **Heiss, W.-D. & Zaro Weber, O.** Validation of MRI Determination of the Penumbra by PET Measurements in Ischemic Stroke. *J Nucl Med* 58, 187–193 (2017).
7. **Ma, X. et al.** Evaluation of infarct core and ischemic penumbra by absolute quantitative cerebral dynamic susceptibility contrast perfusion magnetic resonance imaging using self-calibrated echo planar imaging sequencing in patients with acute ischemic stroke. *Quantitative Imaging in Medicine and Surgery* 12, 4286295–4284295 (2022).
8. **ASL perfusion in acute ischemic stroke: The value of CBF in outcome prediction - ScienceDirect.** <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0303846720302511>.

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THẬN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Nguyễn Vĩnh Nghi<sup>1</sup>, Trương Công Thành<sup>1</sup>, Trương Minh Khoa<sup>1</sup>,  
Phạm Hữu Tân<sup>1</sup>, Đỗ Anh Toàn<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư thận là tổn thương ác tính của thận chiếm 2 – 3 % tổng số bệnh ung thư ở người lớn. Trong đó ung thư biểu mô tế bào thận (RCC-Renal Cell Carcinoma) là phổ biến nhất chiếm 80 đến 85%. Phẫu thuật nội soi cắt thận được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1990 và đã tạo ra một cuộc cách mạng phẫu thuật ít xâm lấn cho đến ngày nay. Tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, phẫu thuật nội soi cắt thận trong điều trị ung thư thận đã và đang được thực hiện cả qua ngã sau phúc mạc và trong phúc mạc. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị ung thư thận bằng phẫu thuật nội soi cắt thận tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 40 bệnh nhân được chẩn đoán u thận và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt thận tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 55 tuổi (41-73 tuổi), tỉ lệ nam/ nữ là 1,3; tỉ lệ u thận phải/ trái là

13/27, kích thước khối u trung bình là 5,2 cm (4-6 cm), RCC chiếm 60% (24 trường hợp). Thời gian phẫu thuật trung bình là 125,3 phút (90-260 phút). Thời gian nằm viện trung bình là 8 ngày (7-10 ngày). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt thận trong điều trị u thận là một phẫu thuật ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, tai biến biến chứng thấp.

**Từ khóa:** U thận, Phẫu thuật nội soi, bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

## SUMMARY

### THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC NEPHRECTOMY IN TREATMENT OF RENAL CANCER AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Renal cancer is a malignant lesion of the kidney that accounts for 2–3% of all cancers in adults. Among these, renal cell carcinoma (RCC) is the most common, accounting for 80 to 85%. Laparoscopic nephrectomy was first performed in 1990 and has since revolutionized minimally invasive surgery. At Can Tho Central General Hospital, laparoscopic nephrectomy for the treatment of renal cancer has been conducted both through the retroperitoneal and intraperitoneal approaches. **Objectives:** To evaluate the results of laparoscopic nephrectomy in the treatment of renal cancer at Can Tho Central General Hospital. **Materials and**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Nghi

Email: bsnguyenvinhnghe@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.10.2024

Ngày duyệt bài: 12.11.2024

**methods:** 40 patients diagnosed with renal tumors underwent laparoscopic nephrectomy at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The average age was 55 years old, with a male-to-female ratio of 1,3; the ratio of right/left renal tumors was 13/27, and the average tumor size was 5,2 cm, with RCC comprising 60%. The average surgical time was 125,3 minutes (90-260 minutes) and the average hospital stay was 8 days (7-10 days). **Conclusion:** Laparoscopic nephrectomy for renal tumors is a minimally invasive procedure with a quick recovery time and low complication rates.

**Keywords:** Renal cancer, laparoscopic surgery, Can Tho Central General Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư thận là tổn thương ác tính của thận chiếm 2 – 3% tổng số bệnh ung thư ở người lớn [1]. Trong đó ung thư biểu mô tế bào thận (RCC-Renal Cell Carcinoma) là phổ biến nhất chiếm 80 đến 85% trong tổng số ung thư thận [2]. Có nhiều phương pháp điều trị ung thư thận mà trong đó ngoại khoa vẫn là giữ vai trò chủ đạo [3]. Hiện nay với sự tiến bộ của kĩ thuật mổ và gây mê hồi sức, phẫu thuật trong điều trị ung thư thận ngày càng mang lại hiệu quả cao. Phẫu thuật nội soi cắt thận được Clayman và cộng sự thực hiện lần đầu tiên vào năm 1990 tại bệnh viện trường đại học Washington, Hoa Kỳ [4]. Phẫu thuật này ngày càng phổ biến rộng rãi trên khắp thế giới, hoàn thiện hơn và thật sự đã mở ra một cuộc cách mạng phẫu thuật ít xâm lấn cho đến ngày nay. Tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, phẫu thuật nội soi cắt thận trong điều trị ung thư thận đã và đang được thực hiện cả qua đường sau phúc mạc và trong phúc mạc. Nhằm đánh giá hiệu quả của phương pháp, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán u thận và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt thận tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

### - Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán u thận và được chỉ định cắt thận triệt căn bằng phẫu thuật nội soi

+ Có đầy đủ hồ sơ theo dõi

### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa  
+ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

## 2.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi, giới tính, triệu chứng khiến bệnh nhân vào viện, vị trí u thận bao gồm bên phải hay bên trái, u cực trên, cực giữa hoặc cực dưới, kích thước khối u, giai đoạn bệnh và kết quả mô bệnh học

+ Đặc điểm phẫu thuật: Đường vào bụng trong phúc mạc hoặc sau phúc mạc, số lượng trocar, số lượng động và tĩnh mạch thận, thời gian nằm viện, tai biến trong phẫu thuật, tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật

### - Kỹ thuật phẫu thuật:

**Tạo khoang sau phúc mạc (đôi với PTNS sau phúc mạc):** Rạch da 1 cm ở vị trí đặt trocar số 1, dùng Pince tách cân cơ cho tới dưới lớp cân ngang vào khoang SPM. Sau đó đưa bóng tự tạo bằng ngón tay găng vào và bơm 400-600ml khí để nở rộng khoang SPM, đưa trocar 10mm vào trong khoang. Sau khi đặt được trocar đầu tiên, bơm hơi CO<sub>2</sub> áp lực 12 – 15mmHg, đưa camera vào soi và đánh giá khoang SPM. Còn đôi với PTNS trong phúc mạc thì vào trocar thẳng vào ổ phúc mạc.

**Đặt các trocar tiếp theo:** sau khi đã bơm hơi đủ áp lực và dùng dụng cụ phẫu tích rộng thêm phẫu trường.

**Phẫu tích niệu quản:** Sau khi vào khoang sau phúc mạc hoặc khoang phúc mạc, tìm mốc là cơ thắt lưng chậu để xác định tìm niệu quản và bó mạch sinh dục (nếu PTNS trong phúc mạc).

**Phẫu tích tìm cuống mạch thận:** Tùy theo kinh nghiệm từng PTV có thể có các cách tìm cuống thận khác nhau:

+ Phẫu tích dọc NQ lên cuống thận, hoặc đi theo TM sinh dục để tìm TM thận.

+ Hoặc phẫu tích trực tiếp vào cuống thận, ĐM thận thường được tìm thấy trước vì nằm nông hơn và ở phía sau TM thận (PTNS sau phúc mạc). Tĩnh mạch thận sẽ được tìm thấy trước nếu tiếp cận rốn thận theo đường vào trong phúc mạc.

### Xử lý cuống thận:

+ **Với ĐM thận:** phẫu tích đến sát nguyên uỷ của nó ở ĐMC. Có thể phẫu tích rộng dọc theo mặt bên ĐMC. Quan sát sự phân nhánh của ĐM thận: chia sớm hay muộn, có ĐM thận phụ không. Sử dụng hem-o-lok: 2 hoặc 3 ở phía đầu trung tâm, 1 ở đầu ngoại vi.

+ **Với TM thận:** không nên bộc lộ về phía rốn thận mà cố gắng bộc lộ về phía sát TMC đặc biệt là với thận phải, có thể bộc lộ cả đoạn TMC nơi TM thận đổ vào, để lấy hạch cuống thận và hạch dọc TMC nếu có. Có thể buộc tăng cường bằng chỉ Vicryl (2/0 hay 3/0), để thu nhỏ đường kính TM, sau đó cặp 2 – 3 hemo-lok và cắt. Với thận trái khi bộc lộ TM thận cần chú ý sự đổ vào

của TM sinh dục, TM thượng thận chính trái, và TM thắt lưng lên bên trái. Cần bộc lộ rõ vì biến chứng chảy máu hay gặp do tổn thương các nhánh TM này. Bộc lộ, cắt cắt các ĐM – TM thận phụ và các ĐM - TM cực. Trong nhiều trường hợp, đây là nguyên nhân gây khó khăn cho việc giải phóng thận hoặc gây biến chứng chảy máu trong hoặc sau mổ.

- **Xử lý niệu quản:** giải phóng niệu quản, cặp clip và cắt xuống thấp đến trên chỗ bắt héo ĐM chậu

- **Giải phóng thận.** Sau khi đã cắt rời ĐM, TM thận, niệu quản, lúc này thận chỉ còn được liên kết với các tổ chức lỏng lẻo dễ dàng cắt bỏ bằng kéo, móc điện. Lấy toàn bộ thận và tổ chức mỡ quanh thận, cạnh thận thành một khối. Kiểm tra cầm máu kỹ những điểm chảy máu từ điện bóc tách.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### 2.3 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

**Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới tính của nhóm nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Giới tính		Tỉ lệ (%)
	Nam	Nữ	
41-50 tuổi	4	3	17,5
51-60 tuổi	11	8	47,5
61-70 tuổi	5	4	22,5
>70 tuổi	3	2	12,5
<b>Tổng</b>	<b>23</b>	<b>17</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là  $55,23 \pm 13,18$  tuổi, trong đó bệnh nhân trẻ nhất ghi nhận được là 42 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 84, nhóm tuổi ghi nhận mắc bệnh nhiều nhất là nhóm từ 51-60 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ là 1,35.

• **Lý do vào viện:** Phần lớn bệnh nhân vào viện vì tiểu máu chiếm tỉ lệ 42,5% với 17 trường hợp, kế đến là bệnh nhân phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe định kì với 27,5% trường hợp; đau hố thắt lưng chiếm 20% với 8 trường hợp và sờ thấy khối cứng ở vùng thắt lưng với 4 trường hợp (10%).

**Bảng 2. Đặc điểm khối u**

Đặc điểm khối u	Số lượng (%) hoặc tỷ lệ
Bên thận u (phải/trái)	13/27
Kích thước khối u (cm)	5,2 (4-6)
Vị trí khối u	
• Cực trên	15 (37,5%)
• Cực giữa	8 (20%)
• Cực dưới	17 (42,5%)
Giai đoạn bệnh pT1a	9 (22,5%)

pT1b	19 (47,5%)
pT2	7 (17,5%)
≥pT3	5 (12,5%)
Kết quả mô bệnh học	
RCC	24 (60%)
Carcinoma tế bào sán	10 (25%)
Loại khác	6 (15%)

**Nhận xét:** Về bên thận chứa u, u thận trái chiếm ưu thế với 27 trường hợp so với 13 trường hợp bên phải, kích thước khối u trung bình là 5,2 cm, trong đó u cực dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,5%. Về giai đoạn bệnh, giai đoạn pT1b chiếm tỉ lệ cao nhất với 47,5% trường hợp. Về phân loại mô bệnh học, ung thư tế bào thận chiếm tỉ lệ cao nhất với 60% trường hợp.

#### 2.4 Đặc điểm phẫu thuật

**Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật**

Đặc điểm trong phẫu thuật	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng (%)
Đường vào	
• Trong phúc mạc	16 (40%)
• Sau phúc mạc	24 (60%)
Số trocar	
• 3	22 (55%)
• 4	18 (45%)
Số lượng động mạch thận	
• 1 ĐM	35 (87,5%)
• 2 ĐM	4 (10%)
• >2 ĐM	1 (2,5%)
Số lượng tĩnh mạch thận	
• 1 TM	29 (72,5%)
• 2 TM	11 (27,5%)
• >2 TM	0(%)
Lượng máu mất (ml)	300 (200– 500)
Thời gian phẫu thuật (phút)	125,2 (90 – 260)
Tai biến trong phẫu thuật	
• Chảy máu diện phẫu tích	6 (15%)
• Chảy máu mạch cuống thận	1 (2,5%)
• Chuyển mổ hở	3 (7,5%)

**Nhận xét:** Về ngã tiếp cận u trong phẫu thuật, chúng tôi thực hiện 24 trường hợp sau phúc mạc chiếm tỉ lệ 60% và 16 trường hợp trong phúc mạc chiếm tỉ lệ 40%. Phần lớn các trường hợp chúng tôi sử dụng 3 trocar trong phẫu thuật, các trường hợp sử dụng 4 trocar là do mổ trong phúc mạc, có 2 trường hợp mổ sau phúc mạc sử dụng 4 trocar. Chúng tôi ghi nhận phần lớn các trường hợp thận đều có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch thận chiếm tỉ lệ lần lượt là 87,5% và 72,5%, có một trường hợp ghi nhận thận có >2 động mạch thận. Lượng máu mất trung bình trong lúc mổ là 300ml. Thời gian phẫu

thuật trung bình là 125,2 phút. Tai biến ghi nhận nhiều nhất trong phẫu thuật là chảy máu diện phẫu thích chiếm 15% trường hợp, có 3 trường hợp phải chuyển mổ mở chiếm tỉ lệ 7,5%.

**Bảng 4. Đặc điểm sau phẫu thuật**

Đặc điểm sau phẫu thuật	Trung bình (khoảng) hoặc số lượng (%)
Thời gian rút ống dẫn lưu (ngày)	3,6 (3 – 5)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	8 (7 – 10)
Biến chứng sau phẫu thuật	
• Chảy máu	0 (0%)
• Nhiễm khuẩn vết mổ	2 (5%)
• Phẫu thuật lại	0 (0%)

**Nhận xét:** Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là 3,6 ngày. Thời gian hậu phẫu trung bình là 8 ngày. Biến chứng ghi nhận chủ yếu sau phẫu thuật là nhiễm khuẩn vết mổ chiếm 5% và đều được điều trị thành công bằng nội khoa.

**• Tỷ lệ tái phát theo dõi từng thời điểm:**

Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật 1-3 tháng hầu như không có bệnh nhân nào. Sau 6 tháng thì tỷ lệ là 5% (2 trường hợp). Sau 1 năm tái khám chỉ có 33 trường hợp, mất dấu 7 trường hợp không tái khám hoặc mất dữ liệu.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình ghi nhận được là  $55,23 \pm 13,18$  tuổi. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 42 tuổi và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 84 tuổi. Độ tuổi có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất là nhóm từ 51-60 tuổi chiếm 47,5%. Kết quả này tương tự với các tác giả khác về độ tuổi mắc bệnh như Nguyễn Minh An ( $53,52 \pm 12,17$  tuổi) và Thái Minh Sâm ( $53,4 \pm 11,3$  tuổi) [1][6]. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam/nữ là 1,35. Kết quả này tương đồng với các tác giả khác như Nguyễn Minh An (1,43) và Nguyễn Huy Hoàng (1,41) [1],[5]. Có thể thấy phần lớn u thận được phát hiện ở độ tuổi sau 50 và chiếm ưu thế ở nam giới trong hầu hết các nghiên cứu.

Tiểu máu là biểu hiện chính khiến bệnh nhân đến khám bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân vào viện vì tiểu máu là chủ yếu chiếm 42,5% trường hợp. Tác giả Nguyễn Minh An cũng cho kết quả tương tự với 52,5% trường hợp. Tác giả Nguyễn Huy Hoàng cho kết quả tiểu máu thấp hơn với 22,5% trường hợp. Sự khác biệt này có thể đến từ sự khác biệt trong giai đoạn bệnh khi đến khám. Chúng tôi cũng ghi nhận đến 27,5% trường hợp bệnh nhân phát hiện bệnh khi khám bệnh tình cờ. Điều này cho thấy bệnh nhân cũng đã có ý thức hơn trong việc tầm soát sớm bệnh cho bản thân [1],[5].

Chỉ định điều trị phẫu thuật cho các trường hợp u thận nói chung thường căn cứ vào các đặc điểm cũng như giai đoạn bệnh của khối u. Với những khối u còn ở giai đoạn pT1, chỉ định cắt bán phần thận; còn với những khối u ở giai đoạn PT2 và T3a, ưu tiên lựa chọn cắt thận triệt căn. Các phẫu thuật cắt bán phần thận hay cắt thận triệt căn đều có thể thực hiện được bằng phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, phần lớn tác giả thống nhất: Phẫu thuật nội soi cắt bán phần thận thường chỉ định cho những khối u thận ở giai đoạn dưới pT1a, u nằm không quá sâu vào nhu mô thận, có khoảng cách vừa đủ với hệ thống đài bể thận và không nằm gần các mạch máu lớn của thận; còn phẫu thuật nội soi cắt thận triệt căn, thường chỉ định cho các khối u thận từ pT1b - pT3a, với các khối u thận từ pT3b trở lên, rất ít khi cắt thận bằng phẫu thuật nội soi, do khối u thận lúc này đã xâm lấn tạng xung quanh hay xâm lấn tĩnh chủ, tĩnh mạch thận [9],[10].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 87,5% trường hợp có u giai đoạn từ pT2 trở xuống, trong đó kích thước trung bình là 5,2 cm, khối u ở giai đoạn pT1b chiếm chủ yếu với 47,5%. Ung thư tế bào thận chiếm tỉ lệ cao nhất với 60%. Khi phẫu thuật chúng tôi phải cắt tối đa phần niệu quản có thể tiếp cận được để đảm bảo tối đa về mặt diện cắt và tránh tái phát khối u lan theo đường bài xuất về sau.

Đối với phẫu thuật nội soi cắt thận, thực hiện qua đường trong hay sau phúc mạc đều có tính khả thi. Đường vào trong phúc mạc thường rộng, các mốc giải phẫu rõ ràng. Tuy nhiên, việc tiếp cận mạch máu cuống thận không trực tiếp như đường sau phúc mạc. Ono Y cho rằng đường sau phúc mạc mặc dù có khoang làm việc nhỏ hơn, nhưng thời gian mổ ngắn hơn so với đường qua ổ bụng, đặc biệt những trường hợp có mô cũ trong ổ bụng, đường sau phúc mạc sẽ là lựa chọn tối ưu. Đường qua ổ bụng rất phù hợp cho những trường hợp có chỉ định cắt toàn bộ thận, niệu quản và một phần thành bàng quang do u đường bài xuất, vì sau khi cắt thận và niệu quản trên, phẫu thuật viên chỉ cần quay xuống cắt niệu quản dưới và phần thành bàng quang mà không phải bóc tách tạo khoang như đường sau phúc mạc [9],[10].

#### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt thận trong điều trị u thận là một phẫu thuật ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, tai biến biến chứng thấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh An và cộng sự (2024), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh

- nhân ung thư thận được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Xanh Pôn, Y học Việt Nam, 536(1), tr.66-70.
2. **Nguyễn Bửu Triều (2003)**, Ung thư thận. In: Bệnh Học Tiết Niệu. Nhà xuất bản Y học, (2023).
  3. **Lê Vũ Chuyên (2013)**, Bệnh Lý Các Khối u Đường Tiết Niệu. Nhà xuất bản Y học; 2013
  4. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2010)**. Phẫu thuật nội soi cắt thận điều trị ung thư thận. Y học thành phố Hồ Chí Minh, pp: 9 – 16.
  5. **Nguyễn Huy Hoàng (2023)**, Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận triệt căn điều trị ung thư biểu mô tế bào thận tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội, (2024).
  6. **Thái Minh Sâm và cộng sự (2015)**: Vai trò của siêu âm trong chẩn đoán ung thư thận. Y học Việt Nam.
  7. **Trương Thanh Tùng**. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mô bệnh học và chẩn đoán ung thư thận ở người lớn. Luận văn Thạc sỹ Y học. Học viện Quân y. 2005.
  8. **Liu G, Yulei Ma, Shouhua Wang, Xiancheng Han, Dianjun Gao**. Laparoscopic versus open radical nephrectomy for renal cell carcinoma: a systematic review and meta-analysis. Translational Oncology. 2017, August, 10 (4), pp.501-510.
  9. **Ono Y et al**. Laparoscopic radical rephrectomy for renal cell carcinoma. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/136/3-13.pdf>.
  10. **Rendon R.A, Kapoor A, Breau R, Leveridge M, Feifer A, Black P.C, So A**. Surgical management of renal cell carcinoma: Canadian Kidney Cancer Forum Consensus. Can Urol Assoc J. 2014, 8 (5-6), pp.E398-E412.

## NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH MÁU VÀ CƠ QUAN TẠO MÁU TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2022-2023

Vũ Thị Hồng Phúc<sup>1</sup>, Bạch Quốc Khánh<sup>1</sup>, Lê Quang Tường<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô hình bệnh máu và cơ quan tạo máu góp phần nâng cao hiệu quả quản lý và điều trị bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu sự phân bố các loại bệnh máu và cơ quan tạo máu ở bệnh nhân được điều trị tại viện Huyết học-Truyền máu Trung ương giai đoạn 1/2022-6/2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 10.037 bệnh nhân được điều trị tại Viện Huyết học- Truyền máu Trung ương từ 1/2022 – 6/2024. **Kết quả:** Bệnh ác tính cơ quan tạo máu chiếm tỷ lệ cao nhất (51%), bệnh lý dòng hồng cầu ngoại vi đứng thứ 2 (15,9%), bệnh lý dòng tiểu cầu ngoại vi, bệnh lý huyết sắc tố, các bệnh lý khác liên quan đến máu gặp với tỷ lệ lần lượt là (13%), (7,7%), (5,4%). Nhóm bệnh lý rối loạn đông máu, suy tủy và giảm sinh tủy, bệnh lý màng, enzym ít gặp hơn. **Từ khóa:** bệnh máu và cơ quan tạo máu, mô hình.

### SUMMARY

#### STUDY ON DISTRIBUTION OF PATIENTS WITH BLOOD DISEASES IN NIHBT 2022-2023

Study on distribution of blood diseases and blood-forming organs to improve the efficiency of management and treatment of patients. **Objective:** To study the distribution of blood diseases and blood-

forming organs in patients treated at the National Institute Hematology and Blood Transfusion from 1/2022-6/2023. **Subjects and research methods:** Retrospective study 10.0037 patients were treated at the National Institute Hematology and Blood Transfusion from 1/2022 -6/2023. **Results:** malignant hematopoietic organs has highest proportion (51%), peripheral erythrocyte 2<sup>nd</sup> (15,9%), platelet disease, hemoglobinopathy, other disease related to blood have rates respectively (13%), (7,7%), (5,4%). Coagulation disorders, bone marrow failure, pathologies in associated membranes, enzymes are low common.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu mô hình bệnh máu và cơ quan tạo máu có ý nghĩa quan trọng trong việc hoạch định công tác quản lý bệnh nhân, giúp có định hướng đúng và sát thực hơn nữa trong việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân mắc bệnh máu và cơ quan tạo máu. Đồng thời cũng biết được xu thế mắc các bệnh máu và cơ quan tạo máu hiện nay để phát triển chuyên ngành phù hợp với tình hình khám, chữa bệnh của bệnh viện, đáp ứng nhu cầu của người bệnh. Hiểu rõ được tầm quan trọng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu mô hình bệnh máu và cơ quan tạo máu tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương giai đoạn 2022-2023".

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

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 10.037 bệnh nhân vào viện lần đầu tại Viện Huyết học-Truyền máu Trung ương từ 1/2022 đến 6/2023.

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương  
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hồng Phúc  
Email: hongphuchhtm@gmail.com  
Ngày nhận bài: 6.9.2024  
Ngày phản biện khoa học: 16.10.2024  
Ngày duyệt bài: 18.11.2024