

- Report of US and Global Data From the American Heart Association. Circulation. 2024;149(8):e347-e913. doi:10.1161/cir.0000000000001209
2. **Tao Yan, Shijie Zhu, Xiujie Yin, et al.** Burden, Trends, and Inequalities of Heart Failure Globally, 1990 to 2019: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease 2019 Study. 2023;12(6): e027852. doi:doi:10.1161/JAHA.122.027852
 3. **Giancarlo Marenzi, Nicola Cosentino, Livio Imbarato, et al.** Temporal trends (2003–2018) of in-hospital and 30-day mortality in patients hospitalized with acute heart failure. International journal of cardiology. 2025;419:132693. doi: https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2024.132693
 4. **Khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn (Hội Tim mạch học Việt Nam)** (2022).
 5. **J. P. Collet, H. Thiele, E. Barbato, et al.** 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. European heart journal. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
 6. **Xavier Rossello, Héctor Bueno, Víctor Gil, et al.** MESSI-AHF risk score performance to predict multiple post-index event and post-discharge short-term outcomes. European heart journal. 2020; 10(2): 142-152. doi: 10.1177/2048872620934318
 7. **D. Wussler, N. Kozuharov, Z. Sabti, et al.** External Validation of the MESSI Acute Heart Failure Risk Score: A Cohort Study. Annals of internal medicine. 2019;170(4):248-256. doi:10.7326/m18-1967
 8. **Hoàng Văn Sỹ, Triệu Khánh Vinh, Trương Phi Hùng, et al.** Đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;524(1B)doi: 10.51298/vmj.v524i1B.4801
 9. **Gurmehar Singh, Hyma Bamba, Pugazhendi Inban, et al.** The role of biomarkers in the prognosis and risk stratification in heart failure: A systematic review. Disease-a-Month. 2024;101782. doi:https://doi.org/ 10.1016/j.disamonth.2024.101782

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN GIAI ĐOẠN PT3A ĐƯỢC PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC: KINH NGHIỆM QUA 8 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá và phân tích kinh nghiệm về phương pháp phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn pT3a tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận giai T3a được chẩn đoán hình ảnh hoặc giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong thời gian từ 12/2023 đến 12/2024. **Kết quả:** Gồm 8 bệnh nhân (5 nam, 3 nữ), trung bình 60,5 tuổi từ 49 đến 70. Kích thước bướu trung bình là 84 mm. Tổng thời gian phẫu thuật và lắp cánh tay robot trung bình lần lượt là 159 và 17 phút. Lượng máu mất ước tính trung bình là 112 ml và không có trường hợp cần truyền máu. Trong thời gian chu phẫu, không có biến chứng chính (Clavien $\geq$ 3), thời gian nằm viện khoảng 3,5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào thận pT3aN0M0 ghi nhận: 3 trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, 3 trường hợp xâm lấn mỡ quanh thận, 2 trường hợp xâm lấn mỡ xoang thận. **Kết luận:** Chúng tôi bước đầu nhận thấy rằng phẫu thuật robot cắt thận tận gốc cho bướu thận giai đoạn

pT3a là phương thức an toàn và hiệu quả. Với kết quả chu phẫu từ những kinh nghiệm ban đầu có thể được coi là thuận lợi. Nghiên cứu này giúp củng cố thêm chứng cứ về phẫu thuật robot cắt thận tận gốc là khả thi, ứng dụng tốt và có thể là một giải pháp thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật nội soi cổ điển hay mổ mở trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn pT3a hay bướu thận lớn.

Từ khóa: Phẫu thuật robot cắt thận tận gốc, bướu thận giai đoạn pT3a, ung thư biểu mô tế bào thận, bướu thận có chồi bướu trong tĩnh mạch thận.

SUMMARY

RENAL CELL CARCINOMA STAGE pT3a IN ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY: EXPERIENCE THROUGH 8 CASES

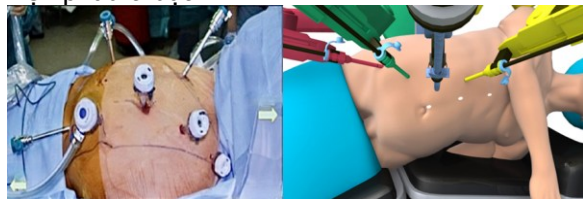
Introduction: To evaluate and analyze experience with robotic radical nephrectomy in the treatment of stage pT3a renal cell carcinoma at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** Designing a study to describe a series of cases, we selected all patients with stage T3a kidney tumors who were diagnosed by imaging or post - operative pathology at Binh Dan Hospital and underwent robotic radical nephrectomy during the period from December 2023 to December 2024. **Results:** Including 8 patients (5 men, 3 women), average age 60.5 years from 49 to 70. Average tumor size is 84 mm. Mean total surgery and docking times were 159 and 17 minutes, respectively. The average estimated blood loss was 112 ml and there were no cases requiring blood transfusion. During the peri - operative time, there

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025
Ngày duyệt bài: 25.2.2025

tất cả các bệnh nhân bị bướu thận giai T3a được chẩn đoán hình ảnh hoặc giải phẫu bệnh sau mổ, tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc thời gian từ 12/2023 đến 12/2024.

Phẫu thuật. Tất cả các phẫu thuật đều được tiến hành dưới gây mê toàn thân. Phẫu thuật thực hiện bằng đường vào qua phúc mạc. Đặt thông mũi dạ dày và thông tiểu. Tư thế bệnh nhân và lắp các vị trí trocar với cánh tay robot (docking). Đặt BN ở tư thế nghiêng về bên đối diện với bên cần phẫu thuật khoảng 60 - 90 độ, hông nằm nghiêng trên bàn, bàn có thể uốn cong khoảng 15 độ tại điểm giữa. Đem cánh tay và các điểm tì đè, cố định vị trí BN vào bàn; kiểm tra bàn nghiêng để xác nhận BN vẫn ở vị trí an toàn nếu bàn di chuyển trong quá trình lắp các cánh tay robot.⁵

Thiết lập các trocar, sau đó gắn các cánh tay thao tác sau cho tối đa hóa khoảng cách giữa tất cả các cánh tay robot (docking). Tiến hành thực hiện phẫu thuật.



Hình 3: Thiết lập các vị trí đặt trocar và docking máy⁵

Di động đại tràng về đường giữa: Tiến hành cắt phúc mạc (mạc Told) hạ đại tràng góc gan (bên phải) hoặc đại tràng góc lách (bên trái) về phía đường giữa để bộc lộ vùng cần phẫu thuật và tránh tổn thương đại tràng. Phẫu tích mặt phẳng phẫu thuật cơ psoas và bộc lộ rốn thận: Bóc tách vào rốn thận có thể tìm thấy động mạch thận nhờ vào mạch đập. Hoặc nếu khó, phía bên phải đi theo tĩnh mạch chủ dưới, phía bên trái đi theo tĩnh mạch sinh dục hoặc động mạch chủ lên trên để tìm rốn thận. Hoặc có thể đi dọc theo niệu quản, khi qua hết bể thận là đến vùng rốn thận. Kẹp và cắt động tĩnh mạch thận: Bộc lộ rõ động mạch thận dài khoảng 1cm càng gần gốc càng tốt để tránh nhầm lẫn với nhánh của động mạch thận, kẹp bằng Hem - O - Lok và cắt động mạch. Làm tương tự với tĩnh mạch thận. Phẫu tích giải phóng cực trên, dưới và cắt đoạn niệu quản. Sau đó làm sạch phẫu trường và kiểm tra cầm máu toàn bộ. Trong trường hợp có hạch đại thể vùng quanh rốn thận, sẽ nạo hạch kèm theo sau khi đã cắt rời thận.⁵

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu có 8 trường hợp phẫu thuật có

hỗ trợ robot thỏa mãn các tiêu chí nghiên cứu:

Đặc điểm trước mổ của bệnh nhân được thể hiện trong bảng 1

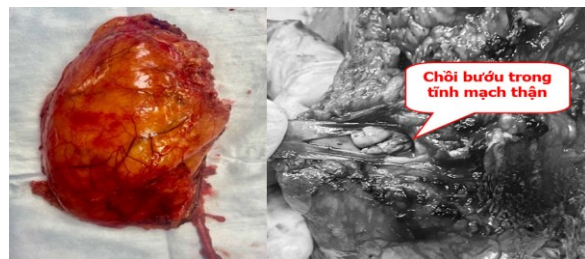
Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

Tuổi (năm)	60,5±9,24 (49-70)
Giới tính	
Nam (%)	5 (62,5%)
Nữ (%)	3 (37,5%)
Vị trí bướu	
Phải (%)	5 (62,5%)
Trái (%)	3 (37,5%)
Kích thước bướu	84±25,5 mm
Giai đoạn lâm sàng	
cT2a	1 (12,5%)
cT2b	4 (50%)
cT3a	3 (37,5%)

Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân được thể hiện qua bảng 2

Bảng 2. Phân tích trong mổ

Thời gian phẫu thuật	159±25,4 phút
Thời gian lắp cánh tay robot (docking)	17±5,7 phút
Thời gian điều khiển máy (console)	142±18 phút
Lượng máu mất	112±34,5 ml
Trường hợp cần truyền máu	0 trường hợp
Các biến chứng chính (Clavien ≥3)	0 biến chứng



Hình 4: Bướu thận có chồi trong tĩnh mạch thận và thận kèm mỡ quanh thận được lấy ra sau phẫu thuật robot trong mẫu nghiêng cứu

Theo dõi hậu phẫu được ghi nhận ở bảng 3

Bảng 3. Theo dõi hậu phẫu

Biến chứng: Tụ dịch ổ thận	1 (12,5%) trường hợp
Thời gian rút dẫn lưu	2,1±1,2 ngày
Thời gian nằm viện	3,5±1,9 ngày
Giải phẫu bệnh sau mổ của các trường bướu thận pT3aN0M0 của nghiên cứu	
Chồi bướu trong tĩnh mạch thận	3(37,5%)
Xâm lấn mỡ quanh thận	3(37,5%)
Xâm lấn mỡ xoang thận	2(25%)
Xâm lấn hệ thống ống góp	0

Trong tổng số 8 trường hợp thì có 5 trường hợp (1 bướu thận cT2a và 4 bướu thận cT2b) có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là xâm lấn mô quanh thận và mô mỡ xoang thận dẫn đến gia

tăng phân độ lên thành pT3a.

Hiện theo dõi 8 người bệnh sau phẫu thuật robot: 0 trường hợp tái phát (Lâu nhất là 13 tháng, sớm nhất là 1 tháng). Có 1 trường hợp tu dịch hố thận, bệnh nhân đau hông lưng phát hiện vào ngày hậu phẫu 3, được điều trị kháng sinh và giảm đau, bệnh nhân ổn định.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả ung thư dựa trên phân loại khối bướu thận T3a³: Ngược lại với cách phân loại UTBMTBT giai đoạn T1 và T2 theo kích thước, phân loại T3 chỉ dựa trên phần mở rộng xâm lấn tại chỗ theo giải phẫu. Tuy nhiên, vẫn có bằng chứng ủng hộ kích thước khối bướu thận là yếu tố tiên lượng quan trọng trong bệnh T3a. Bệnh nhân bướu thận pT3a nhỏ hơn 7 cm được phẫu thuật có tỷ lệ sống sót sau 5 năm theo bệnh là 63%, trong khi tỷ lệ này giảm xuống chỉ 46% khi kích thước khối bướu lớn hơn 7 cm. Ở những bệnh nhân pT3a thứ phát do xâm lấn mỡ quanh thận hay xoang thận, kích thước khối bướu tăng mỗi 1 cm có liên quan đến việc giảm tỷ lệ sống sót sau 5 năm khoảng 9%. Bệnh nhân có liên quan đến xâm lấn mỡ xoang thận có nguy cơ tử vong liên quan đến UTBMTBT cao hơn 1,47 lần so với những người chỉ bị xâm lấn mỡ quanh thận, điều này có thể là do khả năng tiếp cận hệ thống tĩnh mạch tăng lên. Sự liên quan đến tĩnh mạch trước đây được cho là yếu tố tiên lượng kém: Chồi bướu đi vào tới tĩnh mạch thận chính mang tiên lượng xấu hơn so với việc xâm lấn tĩnh mạch thận nhánh. Tuy nhiên, khả năng di căn của UTBMTBT vẫn chưa được hiểu đầy đủ và nghiên cứu sâu hơn có thể cung cấp cái nhìn sâu sắc về các giai đoạn bệnh và dạng tiến triển của bướu có lợi ích cho việc đưa ra quyết định phương pháp phẫu thuật cắt thận tận gốc. Do sự đa dạng của khối bướu thận cT3a, điều quan trọng là các bác sĩ phẫu thuật viên phải xem xét dạng xâm lấn của khối bướu và khả năng đạt được bờ biên âm tính.

Kể từ khi Klinger và đồng nghiệp⁴ giới thiệu phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc, tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu thận, không phù hợp để cắt một phần thận được thực hiện loại phẫu thuật này được báo cáo tăng đáng kể. Ví dụ, Jeong và đồng nghiệp thực hiện một nghiên cứu dựa trên dân số lớn để xem xét xu hướng sử dụng phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tại Hoa Kỳ từ năm 2003 - 2015 và cho thấy việc sử dụng phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc tăng từ 1.5% lên đến 27% trong khoảng thời gian này.⁶

Trong nhóm 8 người bệnh của nghiên cứu

này, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc cho bướu thận cT3a có thể được thực hiện mà không cần truyền máu ở tất cả các trường hợp, thời gian phẫu thuật, thời gian docking, thời gian điều khiển máy trung bình tương ứng chỉ là 159, 17 và 142 phút, kéo dài hơn so với tác giả Helmers MR⁷ nhưng ngắn hơn so với tác giả Anele UA⁸ và không có biến chứng trong phẫu thuật lớn nào xảy ra (bảng 4). Về thời gian phẫu thuật của phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc, một nghiên cứu trước đó của Anele và đồng nghiệp cũng cho thấy thời gian kéo dài hơn so với phẫu thuật nội soi đơn thuần, nhưng phẫu thuật robot được thực hiện trong bối cảnh bệnh tình phức tạp và khó khăn cho phẫu thuật hơn so với nội soi đơn thuần. Vì vậy, những kết quả này cho thấy nếu được thực hiện bởi Bác sĩ phẫu thuật robot có kinh nghiệm, phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc có thể mang lại kết quả phẫu thuật tương tự hoặc thậm chí là tốt hơn phẫu thuật nội soi cổ điển mà không tăng nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật.

Bảng 4: So sánh kết quả của nghiên cứu chúng tôi với các tác giả.

Biến số	Helmers MR et al (n=76) ⁷	Anele UA et al (n=404) ⁸	Chúng tôi (n=8)
Thời gian phẫu thuật (phút)	139	185	159
Kích thước bướu trung bình (mm)	70	85,5	84
Lượng máu mất (ml)	100	100 (50-200)	112 ±34,5
Trường hợp cần truyền máu	0	22(5,4%)	0
Biến chứng chính (Clavien ≥ 3)	2%	14(3,5%)	0
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	-	-	2,1±1,2
Thời gian nằm viện (ngày)	2	3(2-4)	3,5 ±1,9

Các đặc điểm riêng biệt của nền tảng robot có thể hữu ích trong việc thực hiện các phẫu thuật khó, thường được thực hiện bằng phẫu thuật mở, như điều trị các bướu liên quan đến các mạch máu lớn. Trên thực tế, đã có một số báo cáo mô tả những kết quả tích cực về phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc và loại bỏ chồi ở tĩnh mạch chủ dưới^{3,9}. Hơn nữa, trong loạt bệnh nhân này, bướu thận kèm theo huyết khối ở tĩnh mạch thận đã được loại bỏ thành công bằng công cụ khâu robot ENDOWRIST. Cụ thể, 3 trường hợp bướu giai đoạn cT3a có chồi nằm trong tĩnh mạch thận được cô lập, điều này rất quan trọng vì giúp ngăn ngừa các biến chứng

mạch máu hạ lưu liên quan đến việc giảm dòng chảy. Vì vậy, khi xem xét những kết quả này, chỉ định của phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc có thể được mở rộng cho các bướu thận phức tạp hơn, bao gồm cả những trường hợp có chồi tĩnh mạch.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cho thấy phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn pT3a đã được thực hiện trong thời gian phẫu thuật chấp nhận được, lượng máu mất ít và tai biến biến chứng không đáng kể. Do đó, kinh nghiệm của chúng tôi với phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc sẽ là đề xuất gợi ý vai trò quan trọng đối với các bướu thận phức tạp, có thể là lựa chọn thay thế cho nội soi hoặc mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Motzer RJ, Jonasch E, Agarwa N et al**, "NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer", National Comprehensive Cancer Network, Version 1, 2025.
2. **Ljungberg B, Bex A, Albiges L et al**, "EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma", European Association of Urology, Limited Update March 2024.
3. **Stout TE, Gellhaus PT et al**, "Robotic Partial vs Radical Nephrectomy for Clinical T3a Tumors: A

- Narrative Review", Journal Of Endourology, Volume 37, Number 9 (2023), pp. 978 – 985. doi: 10.1089/end.2023.0173.
4. **Klingler DW, Hemstreet GP, Balaji KC et al**, "Feasibility of robotic radical nephrectomy initial results of single-institution pilot study", J Urology, 65, 2005, pp. 1086 - 1089.
 5. **Abaza R**, "Robotic Radical Nephrectomy", Robotic Surgery, Springer International Publishing AG 2018, pp. 71 - 77. doi: 10.1007/978-3-319-65864-3.
 6. **Jeong IG, Khandwala YS, Kim JH, et al**, "Association of robotic-assisted vs laparoscopic radical nephrectomy with perioperative outcomes and health care costs", JAMA, 318, 2017, pp. 1561 - 1568.
 7. **Helmert MR, Ball MW, Gorin MA et al**, "Expand Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: comparative analysis and cost considerations", Can J Urology, 23(5), 2016, pp. 8435 - 8440.
 8. **Anele UA, Marchioni M, Yang B et al**, "Robotic versus laparoscopic radical nephrectomy: a large multi-institutional analysis", World J Urol, 37(11), 2019, pp. 2439 – 2450. doi: 10.1007/s00345-019-02657-2.
 9. **Shen D, Du S, Huang Q, et al**, "A modified sequential vascular control strategy in robot-assisted level III-IV inferior vena cava thrombectomy: initial series mimicking the open 'milking' technique principle", BJU Int. 2020, 126, pp. 447 - 456.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SÀNG LỌC TRƯỚC SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH

Phạm Huy Cường¹, Vũ Thị Hà², Nguyễn Việt Trung²,
Nguyễn Minh Đức², Đào Khắc Hùng¹,
Nguyễn Văn Bình¹, Nguyễn Cao Thắng¹

TÓM TẮT

Sàng lọc trước sinh cho các thai phụ đóng vai trò rất quan trọng trong chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em, nhằm nâng cao sức khỏe dân số. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sàng lọc trước sinh cho các thai phụ tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Bắc Ninh. **Đối tượng và phương pháp:** 1319 thai phụ có thai từ trên 10 tuần đến khám và quản lý thai kỳ tại Trung tâm Sàng lọc và Chẩn đoán trước sinh, Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, trong thời gian từ 01/2021 tới 12/2024. **Kết quả:** 100% thai phụ thực hiện siêu âm, số thai phụ thực hiện siêu âm kết hợp double test, triple test và NIPT

lần lượt là 51,6%, 10% và 38,4%, trong đó, số thai phụ nguy cơ cao trên siêu âm là 2,05%, đối với double test, triple test và NIPT lần lượt là 0,15%, 0,79% và 4,6%. **Kết luận:** Nghiên cứu đã đánh giá kết quả sàng lọc trước sinh cho các thai phụ tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Kết quả sàng lọc trước sinh là tiền đề cho tư vấn di truyền, chẩn đoán trước sinh về sau đồng thời góp phần giảm tỷ lệ thai mắc dị tật bẩm sinh và tử vong chu sinh. **Từ khóa:** Sàng lọc trước sinh, chẩn đoán trước sinh, dị tật bẩm sinh.

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF PRENATAL SCREENING AT BAC NINH OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL

Prenatal screening for pregnant women plays a very important role in maternal and child health care, in order to improve population quality. **Objective:** Evaluate the results of prenatal screening for pregnant women who were examined at Bac Ninh Provincial Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and**

¹Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cao Thắng

Email: nguyencaothang.3107@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025