

2. **Nguyễn Bình An.** Nhận xét về kết quả điều trị u nang buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện phụ sản trung ương từ trong 6 tháng đầu năm 2008. 2008. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Marek Nowak, Marian Szpakowski, Andrzej Malinowski et al.** Ovarian tumors in the reproductive age group. Ginekologia polska. 2002. 73(4):354-358.
4. **Trần Thị Len.** Nhận xét chẩn đoán và kết quả phẫu thuật u buồng trứng lành tính tại bệnh viện đại học Y Thái Bình. 2016. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Phạm Huy Hiền Hào, Phùng Văn Huệ.** Phẫu thuật nội soi trong điều trị u buồng trứng lành tính tại bệnh viện 198. Hội nghị sản phụ khoa Việt - Pháp. Hà Nội 2014:43.
4. **Trần Thanh Hồng.** Nghiên cứu phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại bệnh viện đa khoa Hà Tĩnh. 2019. Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Tăng Văn Dũng, Trần Minh Hiếu.** Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương - Tạp chí Y học Việt Nam, Tháng 6 số 1B năm 2024
6. **Nguyễn Hải Linh, Vũ Bá Quyết.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp phẫu thuật các khối u buồng trứng tại bệnh viện phụ sản trung ương từ 1-2012 đến 12-2012. Trường Đại học Y Hà Nội. 2014.
7. **Trần Thị Ngọc Hà, Lê Minh Toàn.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi u nang buồng trứng tại bệnh viện Trung Ương Huế năm 2014-2015. Tạp chí y học Việt Nam. 2015.
8. **Nguyễn Thanh Hải.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật nội soi khối u buồng trứng tại bệnh viện Sản - Nhi Bắc Giang. 2016. Đại học Y Dược Thái Nguyên, Thái Nguyên.

PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN: QUY TRÌNH KỸ THUẬT TỪNG BƯỚC ĐỂ CẢI THIỆN KỸ NĂNG, KINH NGHIỆM QUA 25 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá và phân tích kinh nghiệm phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận, quy trình kỹ thuật từng bước để cải thiện kỹ năng cho các phẫu thuật viên tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận đặc chẩn đoán bằng CT scan hoặc MRI hệ niệu tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc từ 12/2023 đến 10/2024 theo đúng quy trình kỹ thuật. **Kết quả:** Ghi nhận 25 bệnh nhân (14 nam, 11 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,3/1, trung bình 59,5 tuổi; từ 35 đến 70) được điều trị cắt thận tận gốc bằng phẫu thuật robot. Bướu thận vị trí bên trái là 13 trường hợp (52%), bên phải là 12 (48%). Kích thước bướu thận là 74 ± 39 mm, trong đó có 5 trường hợp giai đoạn cT₁N₀M₀ (20%), 18 trường hợp giai đoạn cT₂N₀₋₁M₀ (72%), 2 trường hợp giai đoạn cT_{3a}N₀M₀ (8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là 132 phút. Lượng máu mất ước lượng 88ml. Trường hợp cần truyền máu 0 trường hợp. Biến chứng chính (Clavien ≥ 3) không có. Thời gian nằm viện 2,9 ngày. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật của 25 trường hợp ung thư biểu mô tế bào thận gồm: 18 trường hợp là loại tế bào sáng (72%), 5 là dạng nhú (20%) và 2 tế bào kỳ màu (chromophobe, chiếm 4%). **Kết luận:** Nghiên

cứu này bao gồm 25 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong khoảng thời gian phẫu thuật chấp nhận được, khả thi và an toàn mà không có biến chứng đáng kể.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào thận, cắt thận tận gốc, phẫu thuật robot cắt bướu thận.

SUMMARY

ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY IN THE TREATMENT OF RENAL CELL CARCINOMA: OUR STEP-BY-STEP TECHNICAL TO IMPROVE SURGEON SKILLS, EXPERIENCE THROUGH 25 CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: To evaluate and analyze the experience of robot - assisted radical nephrectomy in the treatment of renal cell carcinoma, step - by - step technical procedures to improve the skills of surgeons at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** Our study describe a series of cases, we selected all patients with solid kidney tumors diagnosed by CT scan or MRI of the urinary system at Binh Dan Hospital who underwent robot - assisted radical nephrectomy from December 2023 to October 2024 according to step - by - step technical procedures. **Results:** Recorded 25 patients (14 men, 11 women, male/female ratio: 1.3/1, average age 59.5 years; range from 35 to 70) underwent robot - assisted radical nephrectomy. Kidney tumors were located on the left side in 13 cases (52%), on the right side in 12 cases (48%). The size of the kidney tumor is 74 ± 39 mm, including 5 cases of stage cT₁N₀M₀ (20%), 18

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông
Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025
Ngày duyệt bài: 7.3.2025

cases of stage cT₂N₀-M₀ (72%), 2 cases of stage cT_{3a}N₀M₀ (8%). The average surgery time is 132 minutes. Estimated amount of blood loss is 88ml. Cases requiring blood transfusion: 0 cases. Major complications (Clavien $\geq$ 3) were absent. Hospital stay about 2.9 days. Post - operative pathology of 25 cases of renal cell carcinoma includes: 18 cases of clear cell type (72%), 5 cases of papillary type (20%) and 2 cases of chromophobe cells (4%). **Conclusion:** This study were 25 patients with localized renal cell carcinoma, including cases with tumor thrombus in the renal vein; robot - assisted radical nephrectomy was performed within an acceptable surgical time frame, feasible, and safe without significant complications.

Keywords: Renal cell carcinoma, radical nephrectomy, robot - assisted radical nephrectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (UTBMTBT – Renal cell carcinoma: RCC) chiếm khoảng 3% trong số tất cả các bệnh ung thư, với tỷ lệ mắc cao nhất xảy ra ở các nước phương Tây. Vào năm 2020, ước tính có khoảng hơn 431.000 trường hợp mắc UTBMTBT mới trên toàn cầu, trong đó có hơn 138.000 trường hợp ở Châu Âu. Tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở châu Âu và Bắc Mỹ được đưa ra giả thuyết là do tỷ lệ khối bướu thận nhỏ (SRM - Small Renal Mass) cao hơn ở những khác. Cũng năm 2020, ở Lithuania báo cáo tỷ lệ mắc UTBMTBT chung cao nhất, tiếp theo là ở Cộng hòa Czech với tỷ lệ chuẩn hóa theo độ tuổi ước tính lần lượt là 14,5/100.000 và 14,4/100.000. Một người sống ở Czech có 2,83% nguy cơ mắc UTBMTBT. Nói chung, trong suốt hai thập kỷ qua cho đến gần đây, tỷ lệ mắc bệnh tăng hàng năm khoảng 2% trên toàn thế giới và ở châu Âu. Vào năm 2022, tỷ lệ tử vong trên toàn thế giới do UTBMTBT là 179.368 ca tử vong (115.600 nam và 63.768 nữ)¹. Ở đường tiết niệu, UTBMTBT là loại ung thư phổ biến nhất của thận với tỉ lệ trên 90%. Nguyên nhân của loại ung thư này đến nay vẫn chưa biết được chính xác, tuy nhiên có nhiều yếu tố nguy cơ đã được đề cập, nghĩ đến nhiều có thể là thuốc lá, ngoài ra còn có yếu tố như lớn tuổi, béo phì, tăng huyết áp, suy thận... Bệnh thường phổ biến ở nam giới, trong độ tuổi từ 50 đến 70.²

Năm 1969, Robson đã đưa kỹ thuật cắt thận tận gốc thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị UTBMTBT giai đoạn khu trú, với tỉ lệ sống sót sau 5 năm là 66% và 64% (giai đoạn I và II)¹. Cho đến nay, cắt thận tận gốc vẫn được xem là điều trị tiêu chuẩn cho khối bướu thận khu trú giai đoạn từ I đến giai đoạn III và cũng là lựa chọn ưu tiên cho các khối bướu giai đoạn T1 không phù hợp với phẫu thuật cắt thận một phần. Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội

soi có hỗ trợ robot đã phát triển nhanh chóng, ứng dụng cho một loạt các phẫu thuật do lợi ích nhất định của nó, bao gồm: cung cấp tầm nhìn ba chiều (3D) rõ ràng, sắc nét, cho phép thực hiện các động tác tinh tế và chính xác, giảm thiểu rung động tự nhiên của cơ thể do phẫu thuật viên gây ra và giúp các thao tác kẹp, nắm dễ dàng với phạm vi chuyển động rộng, tư thế phẫu thuật viên ngồi thoải mái... Trong lĩnh vực phẫu thuật thận tận gốc, cắt một phần thận với sự hỗ trợ của robot thì số lượng ca đã tăng đáng kể vì những ưu điểm của hệ thống phẫu thuật robot.

Hơn nữa, kể từ báo cáo ban đầu của Klinger và đồng nghiệp^{1,3}, phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ thận có hỗ trợ robot được xem là phương pháp điều trị thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật mở hoặc phẫu thuật nội soi, và tỉ lệ bệnh nhân mắc bướu tế bào thận được thực hiện phẫu thuật có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc đã tăng đáng kể trong thập kỷ qua. Lợi thế quan trọng nhất của robot là đường cong học tập ngắn, cho phép phẫu thuật viên tầm trung có thể thao tác tương tự như bác sĩ phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm bởi những ưu điểm vượt trội của hệ thống phẫu thuật robot mang lại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu của chúng tôi là mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận đặc chẩn đoán bằng CT scan hoặc MRI hệ niệu khám tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc từ 12/2023 đến 10/2024 theo đúng quy trình kỹ thuật.

2.1. Dụng cụ và trang thiết bị robot⁴



Hình 1. Bộ trocar để kết nối với các cánh tay robot⁴

Hệ thống robot hỗ trợ phẫu thuật Da Vinci Si và các dụng cụ đi kèm có thể thao tác như: Kéo cong điện đơn cực HotShears, Forceps điện lưỡng cực Maryland, Forceps ProGrasp, Forceps điện lưỡng cực có lỗ (Fenestrated) và Kẹp mang kim. Ngoài ra còn có: 1 trocar 12mm (đèn), 3 trocar 8mm (cho các tay thao tác).

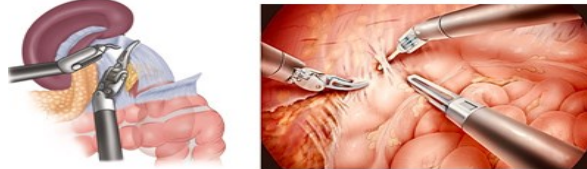
2.2. Lắp các cánh tay robot vào trocar đã đặt (docking). Phần thân robot nên được đặt ở một góc khoảng 15 - 20 độ về phía đầu và qua vai của BN (tùy thuộc vào giải phẫu) để phù hợp với vị trí tự nhiên của thận. Gắn cánh tay camera bằng cách sử dụng ly hợp trên cánh tay

để điều chỉnh camera phù hợp phẫu trường. Sau đó gắn các cánh tay thao tác sau cho tối đa hóa khoảng cách giữa tất cả các cánh tay robot.

2.3. Quy trình kỹ thuật từng bước của phẫu thuật robot cắt thận tận gốc qua phúc mạc⁴

2.3.1. 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.

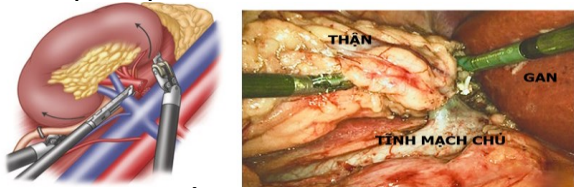


Hình 2. Phẫu tích để di động đại tràng về đường giữa⁴

2.3.2. Phẫu tích để bộc lộ tá tràng (chỉ cho bên phải): Bộc lộ rõ ràng tá tràng để tránh làm tổn thương do đốt điện hay tác nhân khác. Đồng thời ở bước này, khi phẫu tích rõ tá tràng thì tĩnh mạch chủ dưới cũng sẽ nằm ngay sau vị trí đó, tạo nên mặt phẳng phẫu thuật cho việc xác định rốn thận và làm mốc cho các bước tiếp theo.

2.3.3. Xác định mặt phẳng phẫu thuật cơ psoas: Ở bên phải, mặt phẳng cơ psoas thường được xác định bằng cách đi vào bên cạnh tĩnh mạch chủ ngay mức cực dưới thận. Cắt Gerota mặt sau được tách ra khỏi cơ psoas và nâng lên cao cùng với khối thận và mỡ quanh thận. Động tác này giúp làm căng vùng rốn thận tạo thuận lợi cho bước kiểm soát mạch máu rốn thận. Ở bên trái, thì mặt phẳng cơ psoas khó xác định hơn, bóc tách vào khoang giữa niệu quản ở trên và động mạch chủ bên cạnh.

2.3.4. Kẹp cắt động tĩnh mạch rốn thận: Số lượng động tĩnh thận có thể biết trước nhờ vào khảo sát CT scan mạch máu thận. Thông thường thì có 1 động mạch thận nằm sau 1 tĩnh mạch thận. Ở bên phải, tĩnh mạch thận được tiếp cận dọc theo mặt bên của tĩnh mạch chủ dưới khi thận đã được nâng lên. Còn ở bên trái, có thể đi theo tĩnh mạch sinh dục đến vị trí đổ vào tĩnh mạch thận. Động mạch thận thường được bóc tách riêng biệt và kẹp cắt trước khi kiểm soát tĩnh mạch thận.



Hình 3. Kẹp cắt động tĩnh mạch thận trong phẫu thuật robot⁴

2.3.5. Phẫu tích giải phóng cực trên thận và cắt tuyến thượng thận: Sẽ rất có lợi nếu phẫu thuật viên giải phóng cực trên trước tránh để thận và tuyến thượng thận bị lên cao và che khuất tầm nhìn vào hố thận, tuyến thượng thận cùng bên có thể bảo tồn nếu không bị khối u xâm lấn.

2.3.6. Hoàn thiện phần còn lại: Bóc tách toàn bộ mỡ quanh thận cực dưới, kẹp cắt niệu quản đoạn lưng để di động phần cực dưới của thận. Giải phóng chu vi còn lại ở mặt sau thận, làm sạch phẫu trường và lấy khối mẫu mô ra ngoài.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu gồm 25 trường hợp phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt thận tận gốc điều trị ung thư biểu mô tế bào thận 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)	59,5±6,24 (35 - 70)
Giới tính:	
Nam (%)	14 (56%)
Nữ (%)	11 (44%)
Vị trí bướu theo bên cơ thể:	
Phải (%)	12 (48%)
Trái (%)	13 (52%)
Kích thước bướu (mm):	74±39
Giai đoạn bướu theo hình ảnh học:	
cT1aN0M0	2 (8%)
cT1b N0M0	3 (12%)
cT2a N0M0	7 (28%)
cT2b N0M0	10 (40%)
cT2bN1M0	1 (4%)
cT3a N0M0	2 (8%)

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

Bảng 2. Phân tích trong và sau phẫu thuật:

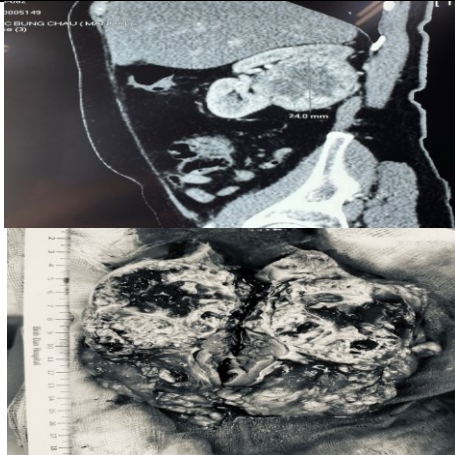
Thời gian phẫu thuật	132±19,9 phút
Thời gian lắp cánh tay robot (docking)	16±4,3 phút
Thời gian điều khiển máy (console)	117±15,6 phút
Lượng máu mất (ước lượng)	88±28,3 ml
Trường hợp cần truyền máu	0 trường hợp
Chuyển mổ mở	0 trường hợp
Biến chứng chính (Clavien ≥3)	0 biến chứng
Thời gian nằm viện (ngày)	2,9±1,6

Đặc điểm bướu thận sau khi có kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận ở bảng 3

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật

Hoại tử, xuất huyết bên trong bướu thận	8 (32%)
Xâm lấn mô quanh thận và mô mỡ	5 (20%)

xoang thận	
Hạch rốn thận dương tính	1 (4%)
Có chồi bướu trong tĩnh mạch thận	2 (8%)
Phân loại mô học sau mổ:	
Ung thư biểu mô loại tế bào sáng trường hợp	18 (72%)
Ung thư biểu mô dạng nhú trường hợp	5 (20%)
Ung thư biểu mô loại tế bào kỵ màu trường hợp	2 (8%)



Hình 4. Bướu thận bên phải và thận kèm mô quanh thận trên CT scan và sau phẫu thuật robot được lấy ra từ người bệnh trong mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 25 trường hợp thì có 1 trường hợp phát hiện có hạch vùng rốn thận, tuy nhiên khi nạo hạch rốn thận thì kết quả sau mổ cho thấy có 1 trường hợp là hạch viêm, 1 trường hợp hạch dương tính (do ung thư di căn hạch) nên phân loại sau mổ là pT2bN1M0. Ngoài ra, trong mẫu nghiên cứu 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 25 người bệnh sau phẫu thuật robot: 0 trường hợp tái phát (Lâu nhất là 12 tháng, sớm nhất là 2 tháng). Có 2 trường hợp tu dịch hố thận, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ đều trị nội khoa thành công không cần can thiệp ngoại khoa.

IV. BÀN LUẬN

Kể từ khi Klinger và đồng nghiệp^{1,3} giới thiệu phẫu thuật nội soi 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 từ năm 2003 - 2015 và cho thấy việc sử dụng phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc tăng từ 1.5% lên đến 27% đối với toàn bộ đội ngũ phẫu thuật bướu thận trong khoảng thời gian này.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi gồm 25 trường hợp, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc 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 132, 16 và 117 phút, ngắn hơn khi đối chiếu với tác giả Helmers MR⁶ hay Anele UA⁷ và không có biến chứng trong phẫu thuật lớn nào xảy ra. Thời gian nằm viện cũng tương đồng với các tác giả, chi phí cho cuộc phẫu thuật ở mức chấp nhận chi trả được cho thấy việc áp dụng quy trình từng bước này là hoàn toàn khả thi trong điều kiện dụng cụ và con người tại Bệnh viện Bình Dân nói riêng và Việt Nam nói chung.

Bảng 4. So sánh kết quả phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi và các tác giả

Biến số	Helmers MR et al (n=76) ⁶	Anele UA et al (n=404) ⁷	Chúng tôi (n=25)
Thời gian phẫu thuật (phút)	139	185	132
Kích thước bướu trung bình (mm)	70	85,5	74
Lượng máu mất (ml)	100	100 (50-200)	88±28,3
Trường hợp cần truyền máu	0	22 (5,4%)	0
Biến chứng chính (Clavien ≥ 3)	2%	14 (3,5%)	0
Chuyển mổ mở	-	-	0
Thời gian nằm viện (ngày)	2	3 (2 - 4)	2,9±1,6

Trong nghiên cứu này, có 5 trường hợp là bướu cT1 nhưng do bướu được đánh giá đều có điểm R.E.N.A.L (Bảng điểm đánh giá độ phức tạp của bướu) > 10 với 4 bướu vị trí trung tâm, gần như toàn bộ chìm hẳn trong nhu mô thận và nằm trọn giữa hai đường phân chia cực và 1 bướu nằm sát rốn thận nên phẫu thuật viên đã quyết định cắt thận tận gốc.

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 nội soi có hỗ trợ robot trong cắt thận tận gốc và loại bỏ chồi ở tĩnh mạch chủ dưới. 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, 2 trường hợp bướu giai đoạn cT3a có chồi nằm trong tĩnh mạch thận được cô lập, khâu bảo tồn được lòng ống tĩnh mạch chủ, 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 nối chung.^{8,9}



Hình 5. Vết mổ trên bụng bệnh nhân sau 1 tháng phẫu thuật robot cắt thận tận gốc

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này bao gồm 25 bệnh nhân mắc ung thư biểu mô tế bào thận khu trú, bao gồm cả những trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc đã được thực hiện trong khoảng thời gian phẫu thuật chấp nhận được, khả thi và an toàn mà không có biến chứng đáng kể. Do đó, quy trình từng bước này đối với phẫu thuật robot trong cắt thận tận gốc là áp dụng được và có thể phù hợp với bướu thận phức tạp hoặc bướu thận không thích hợp cho phẫu thuật cắt một phần thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Bex A, Albiges L et al**, "EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma", European Association of Urology, Limited Update March 2024.
2. **Motzer RJ, Jonasch E, Agarwa N et al**, "NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Kidney Cancer", National Comprehensive Cancer Network, Version 1, 2025.
3. **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.
4. **Abaza R**, "Robotic Radical Nephrectomy", Robotic Surgery, Springer International Publishing AG 2018, pp. 71 - 77. doi: 10.1007/978-3-319-65864-3.
5. **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.
6. **Helmers 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.
7. **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.
8. **Davila HH, Storey RE, Rose MC. et al**, "Robotic-assisted laparoscopic radical nephrectomy using the Da Vinci Si system: how to improve surgeon autonomy. Our step-by-step technique", J Robotic Surg, 10, 2016, pp. 285 - 288. DOI 10.1007/s11701-016-0608-6.
9. **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.

U KHOẢNG BÊN HỌNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Nguyễn Văn Hải¹

TÓM TẮT

U khoảng bên họng là những u phát sinh và phát triển trong cấu trúc của thành bên họng. Các khối u khoảng bên họng rất hiếm, chỉ chiếm 0,5% trong tất cả các khối u ở đầu và cổ. Khoảng 80% khối u khoảng bên họng là lành tính và 20% là ác tính [1,2]. Do các triệu chứng không đặc hiệu, mức độ hiểm gấp kèm cấu trúc giải phẫu phức tạp của vùng này nên việc

chẩn đoán và điều trị với các khối u khoảng bên họng vẫn là một thách thức với các bác sĩ [3]. **Báo cáo ca lâm sàng:** Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng bệnh nhân u khoảng bên họng bên phải được chẩn đoán và phẫu thuật tại bệnh viện K. **Bàn luận:** Trong bài báo cáo này, chúng tôi bàn luận về đặc điểm lâm sàng và phương thức điều trị đối với u khoảng bên họng. **Kết luận:** U khoảng bên họng là rất hiếm gặp, việc điều trị các bệnh nhân này vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Chiến lược điều trị cần cá thể hóa trên từng đối tượng cụ thể, tuy nhiên phẫu thuật với các cách tiếp cận khác nhau là phương pháp điều trị chính ở các bệnh nhân được chẩn đoán khối u vùng này.

SUMMARY

PARAPHARYNGEAL SPACE TUMORS: CLINICAL CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hải

Email: doctorvanhai84@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 11.3.2025