

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHÁT HIỆN ĐỘT BIẾN GÂY BỆNH UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG GIẢI TRÌNH TỰ GEN (NGS)

Trần Vĩnh Hưng¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{2,3},
Lê Nguyễn Minh Hoàng⁴, Mai Bá Tiến Dũng⁵

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tuyến tiền liệt (PCa) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất ở nam giới ở trên thế giới. Nếu không được chẩn đoán sớm, tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt rất cao, là loại ung thư gây tử vong cao thứ sáu ở nam giới (Dejous, 2020) (2). Việc điều trị và tiên lượng bệnh phụ thuộc nhiều vào giai đoạn phát hiện ung thư. Hiện nay người ta nhận thấy đột biến gen có thể ảnh hưởng đến điều trị, tiên lượng của nhiều khối u trong đó có ung thư tuyến tiền liệt (PCa). Do đó, nghiên cứu về các đột biến cụ thể liên quan đến kết quả khối u có thể giúp bác sĩ xác định phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Nghiên cứu tiến hành trên nhóm bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt tại bệnh viện Bình Dân tiến hành từ 7/2023 đến 3/2024. Sau đó bệnh

nhân được chia làm 2 nhóm (không ngẫu nhiên): thử nghiệm dòng tế bào mầm (germline testing) và thử nghiệm khối u bản thể (solid tumour testing).

Kết quả: Có 23 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn T2 đến T4 đã tiến hành phẫu thuật (LRP hoặc RRP), xạ trị hoặc điều trị nội tiết. Tuổi trung bình $65,9 \pm 8,15$, với kích thước tuyến tiền liệt $47,6 \pm 20,2$ mL, PSA = $22,02 \pm 14,52$. Bệnh nhân nhóm thử nghiệm dòng tế bào mầm (nhóm A, N = 11) có kết quả âm tính với BRCA1/2 đạt 100% (11/11 bệnh nhân) và nhóm thử nghiệm khối u bản thể (nhóm B, N = 12) có tỷ lệ âm tính 41,67% (5/12), tỷ lệ dương tính là 58,3% (7/12). Trong số 7 bệnh nhân có kết quả dương tính có 57,14% (4/7) là có 1 xuất hiện 1 loại đột biến và 42,86% (3/7) có từ 2 loại đột biến trở lên.

Kết luận: Có mối liên hệ giữa các xét nghiệm NGS cho thấy tình trạng đột biến gây ra ung thư tuyến tiền liệt. Các đột biến liên quan với dòng tế bào mầm tuy âm tính 100% trong nghiên cứu này nhưng cần lấy mẫu số lượng lớn hơn để xác định BRCA1/2 trong nhóm bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Riêng nhóm thử nghiệm khối u bản thể bước đầu cho thấy mối tương quan với ung thư tuyến tiền liệt.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt, đột biến, giải trình tự gen, thử nghiệm dòng tế bào mầm, thử nghiệm khối u bản thể.

¹Khoa Ngoại Tổng quát, Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Nội C, Bệnh viện Bình Dân

³Bộ môn Thận nội Nam khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Khoa Nội Nữ Bệnh viện Bình Dân

⁵Khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng
SĐT: 0913809110

Email: npchoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

SUMMARY**EVALUATION OF THE RESULTS OF THE DETECTING OF DISEASE-CAUSING MUTATIONS IN PROSTATE CANCER BY NEXT - GENERATION SEQUENCING (NGS)**

Objective: Prostate cancer (PCa) is the most common cancer of man in the world. In absence of early diagnosis, the mortality rate for PCa patients is very high (2). The treatment and prognosis of prostate cancer depends largely on the stage of cancer detection. Currently, they recognize that genetic mutations can affect the treatment and prognosis of many tumors including prostate cancer (PCa). Therefore, research on specific mutations associated with tumor outcomes may help physicians determine the best therapy for Pca patients.

Method: Observation study design. All patients with prostate cancer in all stages were diagnosed at Binh Dan hospital from July, 2023 to March, 2024. They were divided in 2 groups (non- randomized): the germline testing group and the solid tumor testing group.

Results: There were 23 patients diagnosed with Pca stage. From T2 to T4 prostate cancer who underwent surgery (LRP or RRP), radiotherapy or endocrine therapy. Mean age 65.9 ± 8.15 , with prostate size 47.6 ± 20.2 mL, PSA = 22.02 ± 14.52 ng/mL. Patients in the germline testing group (group A, N=11) had negative results for BRCA1/2 reaching 100% (11/11 cases) and the solid tumor testing group (group B, N=12) had a negative rate of 41,67% (5/12 cases), positive rate is 58.3% (7/12 cases). Among the 7 patients with positive results, 57,14% (4/7 cases) had 1 type of mutation, 42,86% (3/7 cases) had 2 or more types of mutations.

Conclusions: It has the relation between NGS tests that show mutations can cause prostate

cancer. The germline testing group was 100% negative in this study, but we need larger amount of patients to identify BRCA1/2 in the prostate cancer patients. Particularly, the solid tumor testing group initially showed a correlation with Pca.

Keywords: Prostate cancer, mutation, next-generation sequencing, the germline testing, solid tumor testing.

I. TỔNG QUAN**1.1. Tỷ lệ mắc bệnh**

- Ung thư tuyến tiền liệt là một trong những loại ung thư thường gặp ở nam giới. Theo thống kê của Globocan năm 2022, ung thư Tuyến tiền liệt đứng thứ 2 trong các loại ung thư phổ biến với 1.414.259 ca mắc mới và tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 8 trong các loại bệnh ung thư¹.

- Tại Việt Nam, Ung thư này đứng hàng thứ 5 với 6.248 ca mắc mới và có tới 3.964 ca tử vong do ung thư tuyến tiền liệt mỗi năm. Tỷ lệ mắc chuẩn hóa theo tuổi là 8,7/100.000 dân, thấp hơn nhiều so với các nước phát triển nhưng đang có xu hướng tăng.

- Nguyên nhân bệnh UTTTL chưa được xác định rõ. Các nghiên cứu không xác lập được sự liên hệ với thói quen hút thuốc lá và uống rượu bia². Các yếu tố dinh dưỡng như ăn nhiều thịt, chất béo không liên quan rõ rệt đến UTTTL. Cho đến hiện nay người ta vẫn chưa tìm thấy các gen có ý nghĩa sinh ung thư dù nhiều quan sát lâm sàng ghi nhận có vai trò của yếu tố gia đình trong UTTTL, tuy nhiên đây là hướng nghiên cứu đang được tập trung chú ý³

1.2. Khuyến cáo tầm soát UTTTL

- **Nghiên cứu IMPACT⁴:**

Là nghiên cứu quốc tế đa trung tâm đánh giá hiệu quả tầm soát UTTLT ở nam giới mang đột biến BRCA1/2.

Sử dụng ngưỡng PSA ≥ 3.0 ng/ml để xác định khả năng tiến hành sinh thiết TTL

Phân tích từ gần 2500 người tham gia cho thấy:

- Tầm soát PSA phát hiện tỷ lệ cao các khối u lâm sàng quan trọng ở nhóm BRCA1/2.

- PSA dự đoán UTTLT hiệu quả hơn ở nhóm BRCA1/2 so với nhóm không mang đột biến.

- Theo Hiệp hội Ung thư Y khoa Ý (AIOM), Hiệp hội Ung thư Lâm sàng Hoa Kỳ (ASCO), và Hiệp hội Ung thư Y khoa Châu Âu (ESMO), xét đột biến gen trong bệnh lý ung thư TTL nên được thực hiện trên cả mẫu mô TTL được cố định với formalin và nhúng paraffin(FFPE) và mẫu máu để phát hiện các biến thể dòng u bản thể và dòng mầm⁵.

- Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng một số thay đổi gen di truyền (đột biến dòng mầm) có khả năng làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt di truyền, tỷ lệ chiếm khoảng 10%⁶:

- Đột biến di truyền của gen BRCA1 hoặc gen BRCA2, trong gia đình có tiền sử ung thư vú và buồng trứng, cũng có thể làm tăng nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt ở nam giới (đặc biệt là đột biến ở gen BRCA2).

- Nam giới mắc hội chứng Lynch (còn được gọi là ung thư đại trực tràng di truyền không đa polyp - HNPCC), một tình trạng do đột biến gen di truyền (MLH1, MSH2, MSH6 và PMS2) làm tăng nguy cơ cao mắc một số bệnh ung thư, bao gồm cả ung thư tuyến tiền liệt.

- Đột biến gen ATM, PALB2, CHEK2, MLH1, MSH2, MSH6, PMS2, EPCAM

1.3. Ý nghĩa của sự xuất hiện của đột biến gen:

Đột biến gen trên BN UTTLT nhất là các đột biến BRCA1, BRCA2 dẫn đến:

- Gây tăng nguy cơ ung thư tiền liệt tuyến (UTTLT) từ 2,5–8,6 lần trước 65 tuổi.

- Liên quan đến bệnh xuất hiện sớm, tiến triển lâm sàng nặng, tỷ lệ di căn hạch, di căn xa và tử vong cao hơn.

- Đột biến BRCA2 được xem là yếu tố tiên lượng độc lập cho kết quả xấu.

- Các khối u có đột biến BRCA2 ở giai đoạn khu trú có xu hướng bất ổn về gen, thường thấy ở UTTLT kháng cắt tinh hoàn di căn (mCRPC).

1.4. Công cụ xét nghiệm đột biến gen trên UTTLT⁵:

- Các panel xét nghiệm sinh học phân tử hiện nay rất đa dạng, bao gồm:

- Panel nhỏ: Tập trung vào BRCA1/2 hoặc 5–6 gene liên quan.

- Panel ung thư đặc hiệu: Bao gồm 10–15 gene liên quan đến các loại ung thư cụ thể.

- Panel toàn diện: Phát hiện đột biến trên hơn 80 gene.

- Có thể dùng nhiều phương pháp phát hiện đột biến BRCA1/2 dòng mầm trên mẫu máu từ bệnh nhân ung thư TTL như:

- PCR (Polymerase Chain Reaction).

- Giải trình tự gen bằng phương pháp Sanger

- Sắc ký lỏng hiệu năng cao (DHPLC: Denaturing High-Performance Liquid Chromatography).

- Khuếch đại đầu dò phụ thuộc liên kết đa kênh (MLPA: Multiplex Ligation-Dependent Probe Amplification).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Nghiên cứu tiến hành trên nhóm bệnh nhân đã được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt tại bệnh viện Bình Dân tiến hành từ 7/2023 đến 3/2024. Chúng tôi chọn lựa những bệnh nhân đã được chẩn đoán UTTL và điều trị với các phương pháp Phẫu thuật, xạ trị, điều trị nội tiết. Sau đó bệnh nhân được tư vấn để xét nghiệm tìm đột biến gen và được chia làm 2 nhóm (không ngẫu nhiên):

- Thử nghiệm dòng tế bào mầm (germline testing): 12 mẫu

- Thử nghiệm khối u bản thể (solid tumour testing): 12 mẫu

Chúng tôi chia thành 12 BN mỗi nhóm nhưng trong nhóm thử nghiệm dòng tế bào mầm thì có 1 BN không tiến hành đủ XN trên cả mẫu mô và máu nên được loại ra khỏi nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 23 BN có kết quả GPB là carcinom tế bào tuyến sẽ chia làm 2 nhóm thử nghiệm dòng tế bào mầm và thử nghiệm khối u bản thể, chúng tôi ghi nhận được kết quả sau

3.1. Các chỉ số về ung thư tuyến tiền liệt

Bảng 1: Thống kê các biến số giữa 2 nhóm nghiên cứu

		XN dòng tế bào mầm	XN khối u bản thể	Chung
Số lượng BN		11	12	23
Tuổi		64,67 ± 8,02	67,92 ± 8,69	65,9 ± 8,15
Thể tích tiền liệt tuyến		44,07 ± 14,85	53,32 ± 18,2	47,6 ± 20,2
PSA		26,06 ± 18,07	20,05 ± 12,5	22,02 ± 14,52
Mô học	Carcinom biệt hóa cao	0	2 (16,8%)	2
	Carcinom biệt hóa vừa	8 (72,7%)	5 (41,6%)	13
	Carcinom biệt hóa kém	3 (27,3%)	5 (41,6%)	8
GS	6-7	7 (63,6%)	6 (50%)	13
	8-9	4 (36,7%)	5 (41,7%)	9
	10	0	1 (8,3%)	1
Nguy cơ	Thấp	3 (27,2%)	1 (8,3%)	4
	Trung bình	3 (27,2%)	4 (33,3%)	7
	Cao- Rất cao	5 (45,6%)	7 (58,3%)	12
pT	T1 - 2	6 (54,4%)	6 (50%)	12
	T3 - 4	5 (45,6%)	6 (50%)	11
pN	N1	1 (9,1%)	3 (25%)	4
	N0	10 (90,9%)	9 (75%)	19
pM	M1	1 (9,1%)	2 (16,7%)	3
	M0	10 (90,9%)	10 (83,3%)	20
Di căn xương		1 (9,1%)	2 (16,7%)	3
	Phẫu thuật	10	11	21
	PP khác	1	1	2

Kết quả đột biến gen	Dương tính	0	7/12 (58,3%)	7
	Âm tính	11/11 (100%)	5/12 (41,67%)	16

2 nhóm trên khá tương đồng về các mặt xét nghiệm sinh hóa, giai đoạn và phân tầng nguy cơ ung thư UTTTL. Trong đó, nhóm BN được phân tầng nguy cơ cao và rất cao chiếm số lượng lớn. Đây là nhóm kỳ vọng sẽ có xuất hiện nhiều đột biến gen khi được khảo sát

3.2. Kết quả đột biến gen trên nhóm bệnh nhân thực hiện XN dòng tế bào

Bảng 2: Kết quả đột biến gen trong UTTTL với XN dòng tế bào mầm

	Kirchhoff, 2004 ⁷	Gallagher, 2020 ⁸	Edwards, 2010 ⁹	Leongamornlert, 2012 ¹⁰
BRCA1	2,0%	0,7%	-	5,4%
BRCA2	3,2%	2,4%	2,3%	-

Có lẽ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ nhiều để đánh giá tỷ lệ đột biến gen BRCA1/2 ở những bệnh nhân UTTTL

Ngoài ra, các tác giả cũng ghi nhận tần suất xuất hiện đột biến BRCA2 (0,5% đến 10,7%), là cao hơn đáng kể so với BRCA1 (0.2% đến 8.4%)⁵.

3.3. Kết quả đột biến gen trên nhóm BN thực hiện XN khối u bản thể

Kết quả của nghiên cứu:

mầm: cho kết quả 100% âm tính với các gen BRCA1/2

Chúng tôi chưa nhận thấy các trường hợp đột biến gen thông qua các xét nghiệm phân tích qua mẫu máu của bệnh nhân ung thư TTL trong nghiên cứu này. Khi so sánh với các tác giả khác trên thế giới, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ là khác biệt so với nghiên cứu này:

- 5/12 TH (41,67%) âm tính
- 7/12 TH (58,3%) dương tính:
 - Loại gen đột biến:
 - 2/7 TH có đột biến gen BRCA2
 - 3/7 có đột biến gen ATM
 - 3/7 có đột biến gen APC
 - 2/7 có đột biến gen PTEN
 - Số lượng gen đột biến xuất hiện:
 - 4/7 TH có 1 loại đột biến gen
 - 3/7 TH có > 1 loại đột biến gen

Bảng 3: Kết quả đột biến gen trong UTTTL với hiện XN khối u bản thể

	Chúng tôi	Beltran, 2013 ¹¹	Jenzer, 2019 ¹²	Gilson, 2020 ¹³	Yadav, 2020 ¹⁴ .
BRCA1	0	0%	0%	0%	24.2 %
BRCA2	16,7%	11.1 %	87.5 %	1,7%	42.4 %

Qua bảng trên, chúng ta nhận thấy tỷ lệ các đột biến là rất thay đổi, nhất là các đột biến BRCA 2. Điều này khác nhau có lẽ tùy thuộc vào tần suất của mỗi vùng địa lý, chủng tộc khác nhau trên thế giới.

Theo Pritchard và cs¹⁵, trong UTTTL tỷ lệ các đột biến khác bên cạnh đột biến gen BRCA1/2, được ghi nhận như sau: ATM (1.6%), CHEK2 (1.9%), BRCA1 (0.9%), RAD51D (0.4%), and PALB2 (0.4%)

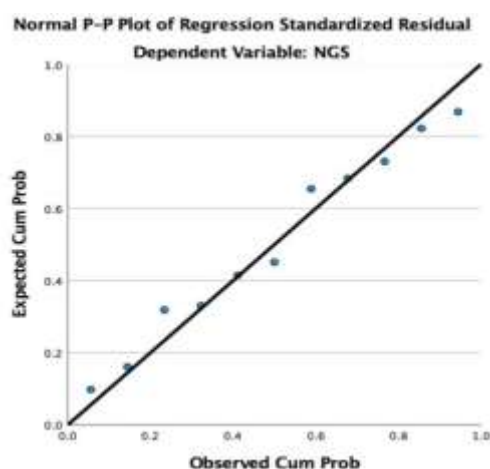
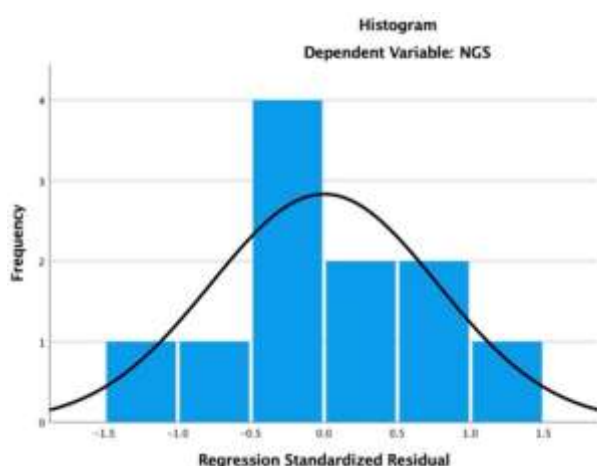
3.4. Phân tích các mối liên quan trong nhóm XN khối u bản

Tương quan Pearson cho thấy Kết quả Mô học và Phân tầng nguy cơ ung thư có mối tương quan với kết quả đột biến gen với P lần lượt là 0,022 và 0,038.

Phép kiểm hồi quy đa biến cũng ghi nhận Kết quả Mô học và Phân tầng nguy cơ ung thư có tác động lên kết quả đột biến gen (với

P lần lượt là 0,018 và 0,029), trong khi các xét nghiệm PSA hay chỉ số Gleason chưa có tác động lên kết quả đột biến gen (với P lần lượt là 0,667 và 0,632)

Ngoài ra, mức độ tác động lên tỷ lệ UTTL của Phân tầng nguy cơ ung thư là mạnh hơn kết quả Mô học (với Beta lần lượt là 0,723 và 0,526).



Tác giả Agalliu, 2009¹⁶ lại ghi nhận có sự khác biệt rõ ràng của nhóm có GS ≥ 7 khi tỷ lệ đột biến BRCA2 tăng rõ rệt (OR: 3.2, 95% CI, 1.4-7.3). Ngoài ra tác giả cũng ghi nhận có tỷ lệ đột biến gen tăng cao ở nhóm UTTL nguy cơ cao¹⁶.

Nhiều tác giả cũng ghi nhận chưa có mối liên hệ của việc xuất hiện đột biến gen BRCA và tăng PSA, chỉ đưa ra khuyến cáo nên tiến hành sinh thiết ở nhóm có đột biến gen BRCA kèm PSA ≥ 3 ng/mL⁴.

IV. KẾT LUẬN

Việc khảo sát khảo sát đột biến gen đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng, và điều trị cá nhân hóa ung thư tuyến tiền liệt. Đặc biệt sau điều trị ban đầu UTTL

thì việc khảo sát đột biến giúp tiên lượng khả năng tái phát, diễn tiến kháng cắt tinh hoàn, từ đó chọn lựa phương pháp theo dõi và điều trị tiếp theo cho bệnh nhân. Tầm quan trọng của việc ứng dụng khảo sát đột biến gen ngày càng được chú trọng.

Tuy nhiên, có sự khác biệt kỹ thuật đáng kể trong việc phát hiện đột biến BRCA giữa các mẫu mô và máu, do đó việc tối ưu hóa các phân tích phân tử hiện đang rất cần thiết cho cả hai loại mẫu. Vì vậy, vai trò mở rộng của xét nghiệm BRCA trong UTTL nhấn mạnh tầm quan trọng của việc cải tiến các kỹ thuật phát hiện, tư vấn di truyền, và áp dụng cách tiếp cận đa ngành trong quản lý những bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global cancer statistics 2022.** GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. <https://gco.iarc.fr/en>.
2. **Boyle P, Severi G, Giles GG** The epidemiology of prostate cancer. *Urol Clin North Am.* 2003; 30: 209-217.
3. **Hội Tiết Niệu Thận học Việt Nam (VUNA).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Ung thư Tuyến tiền liệt. 2014.
4. **Page EC, Elizabeth K, Bancroft EK, Brook MN.** Interim Results from the IMPACT Study: Evidence for Prostate-specific Antigen Screening in BRCA2 Mutation Carriers. *European Urology.* 2019; 76 (6): 831-842.
5. **Zannini G, Facchini G, De Sio M et al.** BRCA1 and BRCA2 mutations testing in prostate cancer: Detection in formalin fixed paraffin embedded (FFPE) and blood samples. *Pathology - Research and Practice.* 2024; 266:155803.
6. **Schaeffer EM, Srinivas S, Nabil Adra N et al.** Prostate Cancer, Version 4.2023, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Practice Guideline J Natl Compr Canc Netw. 2023; 21(10):1067-1096.
7. **Kirchhoff T, Kauff ND, Mitra N et al.** BRCA mutations and risk of prostate cancer in Ashkenazi Jews. *Clin. Cancer Res.* 2004; 2918–2921, <https://doi.org/10.1158/1078-0432.ccr-03-0604>.
8. **Gallagher DJ, Gaudet MM, Pal P et al.** Germline BRCA mutations denote a clinicopathologic subset of prostate cancer. *Clin. Cancer Res.* 2020; 16 (7): 2115–2121, <https://doi.org/10.1158/1078-0432.CCR-09-2871>.
9. **Edwards SM, Evans DG, Hope Q et al.** Prostate cancer in BRCA2 germline mutation carriers is associated with poorer prognosis. *Br. J. Cancer.* 2010; 103(6):918–924, <https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6605822>.
10. **Leongamornlert D, Mahmud N, Tymrakiewicz M et al.** Germline BRCA1 mutations increase prostate cancer risk. *Br. J. Cancer.* 2012; 106(10): 1697–1701. <https://doi.org/10.1038/bjc.2012.146>.
11. **Beltran H, Yelensky R, Frampton GM et al.** Targeted next-generation sequencing of advanced prostate cancer identifies potential therapeutic targets and disease heterogeneity. *Eur. Urol.* 2013; 63 (5): 920-926.
12. **Jenzer M, Keß P, Nientiedt C et al.** The BRCA2 mutation status shapes the immune phenotype of prostate cancer. *Cancer Immunology, Immunotherapy.* 2019; 68: 1621–1633.
13. **Gilson C, Ingleby F, Gilbert DC et al.** Genomic profiles of de novo high- and low-volume metastatic prostate cancer: results from a 2-stage feasibility and prevalence study in the STAMPEDE trial. *JCO Precis Oncol.* 2020; 4: 882–897, <https://doi.org/10.1200/PO.19.00388>.
14. **Yadav S AM, Baddoo M et al.** Somatic mutations in the DNA repairome in prostate cancers in African Americans and Caucasians. *Oncogene.* 2020; 39(21): 4299–4311. <https://doi.org/10.1038/s41388-020-1280-x>.
15. **Pritchard CC, Mateo J, Walsh MF.** Inherited DNA-Repair Gene Mutations in Men with Metastatic Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2016; 375(5):443-53. doi: 10.1056/NEJMoa1603144. Epub 2016 Jul 6.
16. **Agalliu I, Gern R, Leanza S.** Associations of High-Grade Prostate Cancer with BRCA1 and BRCA2 Founder Mutations. *Clin Cancer Res.* 2009;15(3): 1112–1120. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-08-1822.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU CẤY SỎI THẬN TRONG PHẪU THUẬT LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐỐI VỚI SỎI THẬN PHỨC TẠP

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,3}, Trương Trung Hải¹,
Hoàng Thiên Phúc¹, Đoàn Hùng Dũng²

TÓM TẮT

Giới thiệu: Sỏi thận được biết là có liên quan tới nhiễm khuẩn hệ tiết niệu. Nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn hậu phẫu là những biến chứng nghiêm trọng xảy ra sau khi thực hiện phẫu thuật (PT) lấy sỏi thận qua da (LSTQD). Những biến chứng liên quan nhiễm khuẩn này có thể xảy ra mặc dù cấy nước tiểu giữa dòng (NTGD) trước PT cho kết quả âm tính. Sỏi thận đã được chứng minh là có thể chứa vi khuẩn và trong quá trình tán sỏi, lượng vi khuẩn được phóng thích ra có thể gây nhiễm khuẩn huyết. Việc thực hiện nuôi cấy nước tiểu trước PT dường như không thể dự đoán chính xác sự xuất hiện của các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau PT. Do đó, việc thực hiện cấy sỏi thận trong PT có thể đưa ra hướng xử trí sớm các trường hợp (TH) này. Mục đích của nghiên cứu này là xác định liệu có sự liên quan nào giữa kết quả cấy nước tiểu giữa dòng (NTGD) trước PT, cấy nước tiểu bề thận (NTBT) trong PT và cấy sỏi trong PT LSTQD với các biến cố liên quan nhiễm khuẩn sau LSTQD hay không.

¹Khoa Niệu B, Bệnh viện Bình Dân

²Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn, Bệnh viện Bình Dân

³Bộ môn Thận niệu và Nam khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trương Trung Hải

SĐT: 0359954440

Email: trunghai2698@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Phương pháp: Đây là nghiên cứu quan sát mô tả loạt trường hợp các bệnh nhân (BN) được chẩn đoán sỏi thận phức tạp có chỉ định LSTQD từ tháng 08/2024 đến tháng 11/2024. Các bệnh phẩm được thu thập bao gồm (1) NTGD trước PT, (2) nước tiểu bề thận (NTBT), (3) sỏi thận. NTGD được lấy từ 3-5 ngày trước phẫu thuật, NTBT và sỏi thận được thu thập trong khi LSTQD và tiến hành nuôi cấy định danh, kháng sinh đồ. Trong trường hợp cấy NTGD trước mổ dương tính, BN sẽ được điều trị kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ và thực hiện cấy lại trước khi phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi về các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn (Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS), nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn)

Kết quả: Có 30 TH được mô tả. Tỷ lệ cấy dương tính ở NTGD, NTBT và sỏi thận lần lượt là 53,3%; 6,7% và 26,7%. Có 14/30 TH biểu hiện SIRS, 4/30 TH nhiễm khuẩn huyết và 1/30 TH sốc nhiễm khuẩn.

Bàn luận: Tác nhân vi sinh tìm thấy khi cấy NTGD dường như không tương đồng tác nhân vi sinh tìm thấy trong sỏi thận. Những TH biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật LSTQD hầu hết có kết quả cấy NTGD trước phẫu thuật âm tính và cấy sỏi thận trong mổ dương tính. Việc thực hiện cấy sỏi thận giúp đưa ra những hướng dẫn điều trị kháng sinh đối với những TH cấy dương tính và có biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Từ khóa: Lấy sỏi thận qua da, cấy sỏi thận, hội chứng đáp ứng viêm toàn thân, nhiễm khuẩn huyết.

SUMMARY**INITIAL RESULTS OF STONE CULTURE IN PERCUTANEOUS NEPHRO-LITHOTOMY FOR COMPLEX RENAL STONES**

Introduction: Kidney stones are known to be associated with urinary tract infections (UTIs). Sepsis and septic shock are severe complications that can occur following percutaneous nephrolithotomy (PCNL). These infection-related complications may arise even when preoperative midstream urine culture (MSUC) results are negative. Kidney stones have been shown to harbor bacteria, and during stone fragmentation, bacterial release can lead to sepsis. Preoperative urine culture alone does not appear to accurately predict the occurrence of infection-related complications postoperatively. Therefore, performing stone cultures during surgery may help facilitate early management of such cases. The aim of this study is to determine whether there is any association between preoperative urine culture, intraoperative renal pelvic urine culture, and intraoperative stone culture with infection-related events following PCNL.

Methods: This is an observational case series study involving patients diagnosed with complex kidney stones and indicated for PCNL between August 2024 and November 2024. Samples collected include (1) preoperative midstream urine (PMU), (2) intraoperative renal pelvic urine (RPU), and (3) kidney stones. PMU was collected 3-5 days before surgery, while RPU and stones were collected during PCNL for culture, identification, and antibiotic susceptibility testing. In cases where preoperative PMU cultures were positive, patients were treated with antibiotics based on susceptibility results, and repeat urine cultures were performed prior to surgery. Postoperatively, patients were

monitored for infection-related complications, including systemic inflammatory response syndrome (SIRS), sepsis, and septic shock.

Results: A total of 30 cases were described. The positive culture rates for MSU, RPU, and kidney stones were 53.3%, 6.7%, and 26.7%, respectively. Of the 30 cases, 14 exhibited SIRS, 4 developed sepsis, and 1 case progressed to septic shock.

Discussion: The microbial agents found in midstream urine (MSU) cultures do not appear to be consistent with those found in kidney stones. In complicated cases involving infections following percutaneous nephrolithotomy (PCNL), most preoperative MSU cultures were negative, while intraoperative kidney stone cultures were positive. Performing kidney stone cultures provides guidance for antibiotic treatment in cases with positive cultures and infection-related complications after surgery.

Keywords: percutaneous nephrolithotomy (PCNL), systemic inflammatory response syndrome (SIRS), renal stone culture, sepsis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật LSTQD là một loại phẫu thuật an toàn và hiệu quả trong việc điều trị sỏi thận. Trong quá trình điều trị, ngoài việc quan tâm đến yếu tố như tỷ lệ sạch sỏi thì tỷ lệ tai biến - biến chứng cũng là một yếu tố cực kỳ quan trọng ảnh hưởng đến kết cục điều trị của bệnh nhân. Trong đó, sốt hay nhiễm khuẩn sau LSTQD là biến chứng thường gặp nhất, chiếm từ 15-30%, kèm theo đó là tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết là 2,5%.¹ Vấn đề ở đây là mặc dù xét nghiệm cấy nước tiểu giữa dòng trước khi thực hiện LSTQD cho kết quả âm tính và đã sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ, một số nghiên cứu vẫn chỉ ra vẫn có những trường hợp nhiễm khuẩn niệu, nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu

sau LSTQD và đưa ra bằng chứng rằng việc cắt sỏi thận hoặc cắt nước tiểu trực tiếp từ bể thận có giá trị tiên lượng hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS) và nhiễm khuẩn huyết hơn khi so với cắt nước tiểu trước mổ.² Vì vậy, Hội Tiết niệu Châu Âu (EAU) đã khuyến cáo nên thực hiện cắt sỏi hoặc cắt nước tiểu trực tiếp từ bể thận nếu có thể.³

Những năm gần đây, trên thế giới đã và đang có càng nhiều nghiên cứu chứng minh giá trị của cắt sỏi thận trong việc tiên lượng nhiễm khuẩn huyết từ đường niệu sau can thiệp LSTQD.^{2,4,6-9} Tuy nhiên tại Việt Nam vẫn còn ít nghiên cứu chính thống về vấn đề này, trong khi phẫu thuật LSTQD đang là một phương pháp ngày càng được áp dụng rộng rãi trong việc điều trị sỏi thận, đặc biệt là sỏi thận phức tạp, sỏi lớn và sỏi thận san hô. Nhằm mục đích trả lời câu hỏi liệu cắt sỏi thận trong LSTQD có giá trị như thế nào trong việc tiên lượng các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau LSTQD trong bối cảnh tại Bệnh viện Bình Dân, từ đó có cơ sở dữ liệu vi sinh học nhằm hỗ trợ điều trị kháng sinh đối với các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau LSTQD, chúng tôi thực hiện đề tài: **"Khảo sát kết quả xét nghiệm cấy sỏi thận trong phẫu thuật lấy sỏi thận qua da cho sỏi thận phức tạp tại Bệnh viện Bình Dân"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30 BN được chẩn đoán sỏi thận phức tạp và được thực hiện LSTQD tại khoa Niệu B, Bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2024 đến 11/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận phức tạp có chỉ định phẫu thuật LSTQD.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân < 18 tuổi
- Bệnh nhân có bệnh lý ác tính đường tiết niệu
- Bệnh lý suy giảm miễn dịch kèm theo (đái tháo đường không kiểm soát, HIV,...)
- Bệnh nhân đã được điều trị kháng sinh phổ rộng trước khi thực hiện cắt nước tiểu giữa dòng trước phẫu thuật
- Bệnh nhân đã được đặt thông niệu đạo kéo dài hoặc đã được mở thận ra da trước khi phẫu thuật LSTQD.

Định nghĩa sỏi phức tạp theo Rassweiler¹⁰

Bao gồm các yếu tố sau:

- Gánh nặng sỏi và sự phân bố của sỏi: phần lớn sỏi phức tạp có dạng san hô bao gồm sỏi ở bể thận và có các nhánh vào các đài thận, hoặc dạng sỏi ở bể thận kèm các sỏi khu trú trong các đài thận.
 - Bất thường về giải phẫu học bên trong thận như hẹp khúc nối bể thận – niệu quản, túi thừa, hẹp cổ đài thận gây ra bế tắc cục bộ ở những vị trí khác nhau dẫn đến sự hình thành các viên sỏi trong đó.
 - Nhiễm khuẩn đường tiết niệu và suy giảm chức năng thận mang sỏi.
- Từ các yếu tố trên, Rassweiler phân loại sỏi phức tạp thành các dạng sau:
- Sỏi có kích thước $\geq 3\text{cm}$.
 - Sỏi san hô bán phần.
 - Sỏi san hô toàn phần.
 - Sỏi giáp biên.
 - Nhiều sỏi trong các đài thận khác nhau.
 - Sỏi trên thận có bất thường về giải phẫu bên trong thận như: hẹp khúc nối bể thận-niệu quản, sỏi nằm trong các đài thận bị hẹp ở cổ đài hoặc sỏi nằm trong các túi thừa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Trong khoảng 1 tuần trước phẫu thuật, BN được thực hiện cấy

NTGD, nếu kết quả cấy âm tính, BN sẽ được sử dụng một liều kháng sinh dự phòng qua đường tĩnh mạch trước phẫu thuật. Nếu kết quả cấy dương tính, BN được điều trị kháng sinh đường tĩnh mạch theo kháng sinh đồ trong ít nhất 7 ngày và tiến hành cấy lại NTGD. BN chỉ được phẫu thuật khi kết quả cấy NTGD trở về âm tính.

NTBT được thu thập khi đặt thông niệu quản ngược dòng hoặc khi chọc dò đài bể thận, trong trường hợp sỏi san hô chiếm trọn các đài thận, NTBT được thu thập bằng cách lấy nước rửa bể thận ngay khi soi máy soi thận vào đài thận. Ngoài ra, mẫu sỏi thận được thu thập trong quá trình tán sỏi, được rửa bằng dung dịch nước muối sinh lý và nghiền nhỏ và pha với 5ml dung dịch nước muối sinh lý để tiến hành nuôi cấy định danh vi khuẩn.

Sau phẫu thuật, bệnh nhân được theo dõi chặt chẽ về các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn như SIRS, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn.

Hội chứng đáp ứng viêm toàn thân (SIRS): được xác định khi có ít nhất hai trong bốn tiêu chí sau:

- Sốt hoặc hạ thân nhiệt: Nhiệt độ cơ thể $> 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 36^{\circ}\text{C}$.

- Nhịp tim nhanh: Nhịp tim > 90 nhịp/phút.

- Nhịp thở nhanh hoặc giảm CO_2 trong máu: Nhịp thở > 20 lần/phút hoặc áp lực CO_2 trong máu động mạch (PaCO_2) < 32 mmHg.

- Bất thường số lượng bạch cầu: Bạch cầu $> 12.000/\text{mm}^3$ hoặc $< 4.000/\text{mm}^3$, hoặc có trên 10% bạch cầu non (band forms).

Nhiễm khuẩn huyết: Rối loạn chức năng cơ quan gây ra bởi rối loạn điều hòa đáp ứng của vật chủ đối với tình trạng nhiễm khuẩn. Trong thực hành lâm sàng, rối loạn chức

năng cơ quan được định nghĩa là tăng từ 2 điểm trên thang điểm SOFA.

Choáng nhiễm khuẩn: Choáng nhiễm khuẩn được định nghĩa là tình trạng nhiễm khuẩn huyết có rối loạn chức năng tuần hoàn, tế bào và chuyển hóa, làm tăng nguy cơ tử vong so với nhiễm khuẩn huyết đơn độc. Trong thực hành lâm sàng, choáng nhiễm khuẩn được chẩn đoán xác định khi có tình trạng nhiễm khuẩn huyết mà đòi hỏi phải sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp động mạch trung bình ≥ 65 mmHg và lactate máu ≥ 2 mmol/L ($> 18\text{mg/dL}$) mặc dù đã bù dịch thỏa đáng.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp

Cỡ mẫu: Lấy tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu trong khoảng thời gian tháng 08/2024 đến 11/2024.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Dịch tễ học: Tuổi, giới tính

- Các đặc điểm chu phẫu: Bệnh nền, vị trí sỏi, số đường hầm, mở thận ra da, đặt thông double J, kết quả cấy NTGD, kết quả cấy NTBT, kết quả cấy sỏi thận. các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn đánh giá mẫu cấy là dương tính:

- Cấy NTGD: $\geq 10^5$ cfu/mL trong mẫu cấy nước tiểu sạch giữa dòng ở phụ nữ, hoặc $\geq 10^4$ cfu/mL trong mẫu cấy nước tiểu sạch giữa dòng ở nam giới, hoặc trong nước tiểu lấy qua ống thông.

- Cấy NTBT: $\geq 10^3$ cfu/mL trong mẫu cấy NTBT.

- Cấy sỏi: $\geq 10^3$ cfu/mL trong mẫu cấy sỏi.

Xử lý số liệu: chương trình toán thống kê SPSS 27 và các thuật toán thống kê y học.

2.3. Cấy sỏi thận

Sỏi thận được lấy ra khỏi thận trong quá trình phẫu thuật được rửa từ 4-5 lần với dung dịch nước muối sinh lý. Mẫu sỏi được đồng nhất hoá bằng cách nghiền sỏi thận bằng kèm nghiền sỏi vô khuẩn sau đó hoà mẫu sỏi thận đã được nghiền vào 5-10ml dung dịch nước muối sinh lý, đựng trong lọ đựng nghiệm phẩm vô khuẩn và chống rỉ. Sau đó nghiệm phẩm được vận chuyển xuống phòng vi sinh và thực hiện nuôi cấy ngay. Nghiệm phẩm được nuôi dưỡng trong môi trường tăng trưởng thioglycolate tại nhiệt độ 37°C trong 18-24 giờ, sau đó được thực hiện nuôi cấy định danh và kháng thuốc trên môi trường thạch máu và thạch MacConkey tại nhiệt độ 37°C trong 24 giờ.^{4,5}

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 30 TH được mô tả từ tháng 08/2024 đến 11/2024 với độ tuổi trung bình 57,6±11,2. Các đặc điểm về lâm sàng chu phẫu của bệnh nhân được thể hiện trong Bảng 1. Cấy NTGD trước mổ dương tính ở 16/30 TH (53,3%), những TH này được điều

trị kháng sinh trước mổ và được phẫu thuật khi cấy lại NTGD âm tính. Cấy NTBT dương tính ở 2/30 TH (6,7%), cả 2 TH này đều dương tính khi cấy NTGD trước đó. Cấy sỏi thận dương tính trong 8/30 TH (26,7%), trong đó có 1 TH cấy NTBT âm tính trước đó. Kết quả tương đồng về chủng vi khuẩn giữa cấy sỏi thận và cấy NTGD ở 6/8 TH (75%). Các chủng vi khuẩn được phân lập khi cấy sỏi bao gồm Escherichia coli (50%) theo sau là Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae và Staphylococcus aureus (Bảng 3).

Theo dõi hậu phẫu có 14/30 TH (46,7%) có SIRS, trong đó có 4 TH (28%) được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết và 1 TH diễn tiến đến sốc nhiễm khuẩn cần được điều trị tại khoa hồi sức tích cực. Cấy máu cho kết quả âm tính ở tất cả các TH có SIRS, khi so sánh với nhóm không SIRS sau phẫu thuật, có sự tương quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian phẫu thuật ($p = 0,017$), cấy sỏi thận dương tính ($p < 0,001$) với SIRS sau phẫu thuật (Bảng 2).

Bảng 1. Các đặc điểm về lâm sàng và chu phẫu của bệnh nhân được phẫu thuật LSTQD

	Số lượng TH (%)		Số lượng TH (%)
Giới tính		Đặt double J	
Nam	12/30 (40)	Có	4/30 (13,3)
Nữ	18/30 (60)	Không	26/30 (86,7)
Đái tháo đường		Truyền máu	
Có	3/30 (10)		0/30 (0)
Không	27/30 (90)		
Vị trí sỏi được PT		Cấy NTGD	
Trái	17/30 (56,7)	Âm tính	14/30 (46,7)
Phải	13/30 (42,3)	Dương tính	16/30 (53,3)
Số lượng đường hầm		Cấy NTBT	
Một đường hầm	24/30 (80)	Âm tính	28/30 (93,3)
Nhiều đường hầm	6/30 (20)	Dương tính	2/30 (6,7)

Mở thận ra da	30/30 (100)	Cấy sỏi thận Âm tính Dương tính	22/30 (73,3) 8/30 (26,7)
SIRS	14/30 (46,7%)	Nhiễm khuẩn huyết Sốc nhiễm khuẩn	4/30 (13,3) 1/30 (3,3)

Nhận xét: Kết quả cho thấy tỷ lệ cấy dương tính của NTBT trước mổ, NTGD trong mổ và cấy sỏi lần lượt là 53,3%; 6,7% và 26,7%. Tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, SIRS sau phẫu thuật lần lượt là 13,3%; 3,3% và 46,7%. Tất cả các TH nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn sau mổ đều có kết quả cấy sỏi thận dương tính và 8/14 TH có SIRS sau phẫu thuật có kết quả cấy sỏi thận dương tính

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic các biến số liên quan SIRS sau PT LSTQD

	OR (95% CI)	Giá trị p
Tuổi (< 65 và ≥65)	0,57 (0,10 - 3,19)	0,67 [†]
Giới tính (Nam và Nữ)	1,25 (0,29 - 5,40)	0,76
Đái tháo đường	2,50 (0,20 - 30,99)	0,58 [†]
Vị trí sỏi (trái và phải)	0,60 (0,14 - 2,57)	0,49
Số lượng đường hầm (một và nhiều)	5,90 (0,59 - 58,48)	0,175 [†]
Thời gian mổ (≥90 phút và <90 phút)	13,00 (1,36 - 124,29)	0,017* [†]
Cấy NTGD	2,31 (0,53 - 10,09)	0,26
Cấy sỏi thận		< 0,001* [†]
Cấy NTBT	2,33 (1,5 - 3,5)	0,21 [†]

†: Kiểm định Fisher's; *: Có ý nghĩa thống kê

Nhận xét: Phân tích hồi qui đơn biến cho thấy có 2 yếu tố tiên lượng SIRS sau mổ bao gồm thời gian phẫu thuật trên 90 phút (61,9% so với 11,1%, p =0,017) và cấy sỏi thận dương tính (100% so với 27,3%, p <0,001)

Bảng 3. Chủng vi khuẩn ở những TH cấy sỏi thận dương tính

STT	Chủng vi khuẩn cấy sỏi	Chủng vi khuẩn cấy NTGD	Chủng vi khuẩn cấy NTBT
1	E.coli ESBL	E.coli	âm tính
2	E.coli	E.coli	E.coli
3	P.aeruginosa	P.aeruginosa	nấm men
4	S.aureus MRSA	âm tính	âm tính
5	E.coli	E.coli	âm tính
6	K.pneumoniae ESBL	K.pneumoniae	âm tính
7	P.aeruginosa	âm tính	âm tính
8	E.coli ESBL	E.coli	âm tính

Nhận xét: Các chủng vi khuẩn được phân lập khi cấy sỏi bao gồm Escherichia coli (50%) theo sau là Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae và Staphylococcus aureus. Kết quả giữa cấy NTGD và cấy sỏi tương đồng trong 6/8 TH (75%). Tuy nhiên kết quả cấy dương tính mẫu NTBT chỉ 2/30 TH. Sự tương đồng (hệ số Kappa) tỷ lệ cấy dương giữa cấy sỏi và NTGD đạt mức thấp (K=0,224).

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, hầu hết các cơ sở y tế thực hiện cấy nước tiểu giữa dòng trước phẫu thuật để xác định việc có hay không nhiễm khuẩn đường tiết niệu trước khi thực hiện phẫu thuật LSTQD. Tuy nhiên, mặc dù các trường hợp cấy NTGD dương tính được điều trị kháng sinh cho đến khi cấy lại âm tính, vẫn có những trường hợp nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, SIRS sau phẫu thuật LSTQD, điều đó cho thấy đường như cấy NTGD không phải là một chỉ dấu tiên lượng cho các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật LSTQD. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra, không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa cấy NTGD dương tính với tình trạng SIRS sau phẫu thuật LSTQD ($p=0,26$), trong khi đó các yếu tố có liên quan có ý nghĩa thống kê với SIRS sau phẫu thuật bao gồm thời gian phẫu thuật trên 90 phút (61,9% so với 11,1%, $p=0,017$) và cấy sỏi thận dương tính (100% so với 27,3%, $p<0,001$).

Nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho kết quả về tỷ lệ dương tính khi cấy sỏi thay đổi từ 13% đến 51%.^{4,6,7} Nghiên cứu của tác giả Abhimanyu Gupta khi so sánh giữa cấy NTGD trước mổ và cấy sỏi thận trong mổ ở 122 BN chỉ ra tỷ lệ cấy dương tính của NTGD và sỏi thận lần lượt là 24,59% và 50,82%. Trong đó tỷ lệ cả hai xét nghiệm cùng dương tính là 15% các TH và có 6,5% TH cho kết quả cùng một tác nhân.⁴ Nghiên cứu của tác giả Walton-Diaz thực hiện cấy sỏi thận, cấy NTGD và cấy NTBT ở 124 bệnh nhân thực hiện LSTQD cho kết quả cấy ở mẫu sỏi thận (13,9%); NTBT (14,7%) và NTGD (3,2%).⁶ Nghiên cứu của tác giả Ruslan Korets trên 204 BN được phẫu thuật LSTQD cho thấy kết quả cấy dương tính ở mẫu sỏi thận (16,2%); NTGD (23,5%) và

NTBT (10,3%).⁷ Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng các yếu tố có liên quan tới SIRS sau phẫu thuật bao gồm nữ giới ($p=0,02$); nhiều đường hầm ($p=0,001$); gánh nặng sỏi > 10cm² ($p=0,004$); sỏi struvite ($p=0,002$), cấy sỏi thận dương tính ($p=0,01$). Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cấy dương tính ở NTGD, NTBT và sỏi thận lần lượt là 53,3%; 6,7% và 26,7%. Tuy nhiên số lượng TH quan sát còn hạn chế.

Mặc dù các nghiên cứu có sự khác nhau về tỷ lệ cấy sỏi dương tính. Tuy nhiên các nghiên cứu trên đều chỉ ra rằng cấy NTGD không phản ánh đúng tác nhân vi sinh tìm thấy trong sỏi thận. Những TH biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật LSTQD hầu hết có kết quả cấy NTGD trước phẫu thuật âm tính và cấy sỏi thận trong mổ dương tính. Việc thực hiện cấy sỏi thận giúp đưa ra những hướng dẫn điều trị kháng sinh đối với những TH cấy dương tính và có biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi thấy rằng việc dự đoán rằng bệnh nhân nào sẽ mắc phải biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau LSTQD vẫn là một thách thức. Trong khi cấy NTGD cho khả năng tiên lượng các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn kém thì việc cấy sỏi thận và cấy NTBT lại không có kết quả ngay tức thì. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn khẳng định rằng việc cấy sỏi thận trong phẫu thuật LSTQD có thể giúp định hướng điều trị cho các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Ngay cả khi điều trị hiệu quả nhiễm trùng tiểu trước phẫu thuật LSTQD, các biến chứng liên quan nhiễm khuẩn sau phẫu thuật vẫn có thể xảy ra. Cấy NTGD trước phẫu thuật dường như không dự đoán được các

biến chứng nhiễm khuẩn sau phẫu thuật. Mặc dù cấy sỏi thận không cho kết quả ngay tức thì, việc cấy sỏi vẫn có thể giúp định hướng điều trị kháng sinh đối với các biến chứng nhiễm khuẩn sau LSTQD. Trong nghiên cứu này, các yếu tố liên quan SIRS sau phẫu thuật LSTQD bao gồm thời gian mổ trên 90 phút và cấy sỏi thận dương tính. Các tác nhân vi sinh trong sỏi thận có thể tìm thấy là *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* và *Staphylococcus aureus*. Chúng tôi khuyến nghị nên thu thập và thực hiện cấy mẫu sỏi thận nếu có thể đối với các trường hợp LSTQD để giúp định hướng điều trị đối với các trường hợp biến chứng nhiễm khuẩn hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dauw CA.** Fundamentals of Upper Urinary Tract Drainage. In: Partin AW, ed. Campbell - Walsh - Wein Urology. 12 ed. Elsevier; 2020:160:chap 12.
2. **Liu M, Chen J, Gao M, et al.** Preoperative Midstream Urine Cultures vs Renal Pelvic Urine Culture or Stone Culture in Predicting Systemic Inflammatory Response Syndrome and Urosepsis After Percutaneous Nephrolithotomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Endourol.* Oct 2021;35(10): 1467-1478. doi:10.1089/end.2020.1140
3. **European Association of Urology.** (2024). EAU Guidelines on Urolithiasis.
4. **Gupta A, Vyas N, Sharma G, Priyadarshi S, Maghnani D, Swain PK.** A comparison of pre-operative urine culture with intra-operative stone culture: a prospective observational study. *African Journal of Urology.* 2020/11/27 2020;26(1):78. doi:10.1186/s12301-020-00087-w
5. **M.C. Songra, Mahendra Damor, Rohit Kumar Namdev.** A study on positive stone culture and its association with rate of sepsis after urological procedures| April-June2015| Vol 2| Issue 2Page 239International Surgery Journal.
6. **Walton-Diaz A, Vinay JI, Barahona J, et al.** Concordance of renal stone culture: PMUC, RPUC, RSC and post-PCNL sepsis-a non-randomized prospective observation cohort study. *Int Urol Nephrol.* Jan 2017;49(1): 31-35. doi:10.1007/s11255-016-1457-y
7. **Korets R, Graversen JA, Kates M, Mues AC, Gupta M.** Post-percutaneous nephrolithotomy systemic inflammatory response: a prospective analysis of preoperative urine, renal pelvic urine and stone cultures. *J Urol.* Nov 2011;186(5): 1899-903. doi:10.1016/j.juro.2011.06.064
8. **Margel D, Ehrlich Y, Brown N, Lask D, Livne PM, Lifshitz DA.** Clinical implication of routine stone culture in percutaneous nephrolithotomy--a prospective study. *Urology.* Jan 2006;67(1):26-9. doi:10.1016/j.urology.2005.08.008
9. **Mariappan P, Smith G, Bariol SV, Moussa SA, Tolley DA.** Stone and pelvic urine culture and sensitivity are better than bladder urine as predictors of urosepsis following percutaneous nephrolithotomy: a prospective clinical study. *J Urol.* May 2005;173(5): 1610-4. doi:10.1097/01.ju.0000154350.78826.96
10. **Rassweiler J.J, Renner C, Eisenberger F** (2000), "The management of complex renal stones", *BJU International*, Aug. 86: pp. 919-928.

TÁN SỎI TRONG THẬN PHỐI HỢP HAI NGẢ NỘI SOI NGƯỢC CHIỀU VÀ QUA DA (ECIRS): KẾT QUẢ BAN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,2}, Hoàng Thiên Phúc², Nguyễn Minh Duật²,
Lê Trọng Thiên Long², Văn Diệu Nhân², Đào Việt Trung²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Trên thế giới hiện nay, đối với sỏi thận lớn, phức tạp, tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da (ECIRS) đang là xu hướng phát triển với tỉ lệ sạch sỏi trong một lần mổ cao, biến chứng thấp so với lấy sỏi thận qua da. Tại bệnh viện Bình Dân trong nhiều năm qua đã áp dụng nhiều phương pháp điều trị ít xâm hại điều trị sỏi thận phức tạp như: lấy sỏi thận qua da tiêu chuẩn, lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, lấy sỏi thận qua da nhiều đường hầm... Tuy nhiên, gần đây mới áp dụng kỹ thuật tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da. Bài báo này báo cáo 8 trường hợp đầu tiên áp dụng kỹ thuật này trên bệnh nhân sỏi thận san hô, sỏi thận phức tạp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 11/2024 đã phẫu thuật tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da cho 8 bệnh nhân sỏi thận phức tạp, sỏi bán san hô thận. Bệnh nhân được đặt giá thông JJ niệu quản trước phẫu thuật

hay không, sau khi gây mê bệnh nhân được soi bàng quang để rút thông JJ, đặt giá đỡ niệu quản số 11 Fr vào niệu quản. Sau đó bệnh nhân được chuyển qua tư thế nằm ngửa Valdivia biến đổi theo Galdakao. Dưới hướng dẫn của nội soi niệu quản ngược chiều và C-arm, một ê kíp mổ thứ hai chọc dò đài thận đích và nong tạo đường hầm vào thận qua da và đặt Amplatz số 18 Fr. Hai ê kíp mổ tiến hành kết hợp nội soi trong thận qua da qua đường hầm nhỏ và nội soi niệu quản bể thận ngược chiều bằng ống soi mềm. Dùng laser Holmium tán vỡ sỏi. Kiểm tra thấy hết sỏi sẽ đặt thông mở thận ra da và thông JJ niệu quản. Đánh giá kết quả 1 tháng và 3 tháng sau mổ bằng phim KUB và siêu âm.

Kết quả: Có 3 bệnh nhân nam (37,5%) và 5 nữ (62,5%), tuổi trung bình: $48,38 \pm 19,25$ (16-76). Sáu bệnh nhân mổ bên phải (75%), hai bệnh nhân mổ bên trái (25%). Hai trường hợp (TH) sỏi bán san hô (25%), 6 TH sỏi phức tạp (75%). Ba TH sỏi tái phát (37,5%), 4 TH sỏi mổ lần đầu (50%), 1 TH sỏi sót sau mổ (12,5%) Diện tích bề mặt sỏi trung bình (mm^2): 438 ± 250 (159,3 – 906,6). Độ Hounsfield sỏi trung bình: $1077 \pm 139,6$ (950-1300). MSCT trước mổ tất cả các TH chức năng thận đều tốt, 4 thận ứ nước độ I (50%), 4 thận ứ nước độ II (50%). Hai TH (25%) làm ECIRS thất bại vì có hẹp niệu quản. Hai trên sáu TH vào đài dưới thận (33,33%), 4/6 TH vào đài giữa (66,6%). Thời gian mổ trung bình: $137,5 \pm 41,9$ phút (90-185). Độ giảm Hb sau mổ trung bình: $1,52 \pm 0,93$ g/dL (0,1 - 2,3). Thời gian mang thông thận trung bình: $4,83 \pm 1,72$ ngày (2-7). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: $5,33 \pm$

¹Khoa - Bộ môn Thận niệu - Nam khoa Bệnh viện Bình Dân, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Niệu, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng
SĐT: 0913719346

Email: npchoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

1,63 ngày (3-7). Không có truyền máu quanh phẫu thuật. Kết quả sạch sỏi sau mổ 1 tháng: 2/6 (33,33%), sạch sỏi sau mổ 3 tháng: 5/6 (83,33%).

Kết luận: Bước đầu qua 8 TH áp dụng kỹ thuật ECIRS cho sỏi thận phức tạp nhận thấy: phẫu thuật an toàn: không truyền máu, nguy cơ nhiễm khuẩn thấp, tư thế Valdivia nằm ngửa biến đổi theo Galdakao có nhiều thuận lợi; hiệu quả: sạch sỏi khá cao trong một lần phẫu thuật, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Hạn chế: cần hai 2 ê-kíp phẫu thuật, chi phí còn cao. Cần thực hiện nhiều trường hợp hơn nữa để xác nhận lợi ích của phẫu thuật này.

Từ khóa: Tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da, tư thế nằm ngửa Valdivia biến đổi theo Galdakao, sạch sỏi.

SUMMARY

ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY (ECIRS): PRELIMINARY OUTCOMES AT BINH DAN HOSPITAL

Objectives: Nowadays, for large, complex kidney stones, the endoscopic combined intrarenal surgery (ECIRS) is a current trend with a high rate of stone clearance in one operation and low complications compared to percutaneous nephrolithotomy. So far, Binh Dan hospital has applied many minimally invasive treatment techniques to treat complex kidney stones such as: standard percutaneous nephrolithotomy, mini percutaneous nephrolithotomy, multi-tract percutaneous nephrolithotomy, etc. However, recently, the ECIRS has been applied. This article reports the first 8 cases of applying this technique on patients with staghorn kidney stones and complex kidney stones.

Materials and methods: From May to November 2024, eight patients with complex kidney stones and semi-staghorn kidney stones underwent ECIRS. The patient was placed with a

JJ ureteral stent two weeks before surgery. After anesthesia, the patient underwent cystoscopy to remove the JJ catheter and a 11 Fr ureteral access sheath was placed into the ureter. The patient was then placed to the Galdakao modified Valdivia supine position. Under the guidance of retrograde pyeloureteroscopy and C-arm, a second surgical team punctured the target renal calyx and dilated a tunnel the kidney through the skin and placed an 18 Fr Amplatz. The two surgical teams performed stone fragmentation combining the percutaneous endoscopy through a small tunnel and retrograde ureteroscopy using a flexible ureteroscope. Laser Holmium was used to fragment the stones. At the end of surgery, a nephrostomy tube and JJ ureteral stent were placed. The outcomes were evaluated 1 month and 3 months after surgery using KUB films and ultrasound.

Results: There were 3 male patients (37.5%) and 5 female patients (62.5%), mean age: 48.38 ± 19.25 (16-76). Six patients had surgery on the right side (75%), two patients had surgery on the left side (25%). Two cases of semi-staghorn stones (25%), 6 cases of complex stones (75%). Three cases of recurrent stones (37.5%), 4 cases of stones operated for the first time (50%), 1 case of stones left after surgery (12.5%). Average stone surface area (mm²): 438 ± 250 (159.3 - 906.6). Average Hounsfield stone grade: 1077 ± 139.6 (950-1300). Preoperative MSCT showed that all cases had good renal function, 4 had grade I hydronephrosis (50%), 4 had grade II hydronephrosis (50%). Two cases (25%) failed ECIRS because of ureteral stenosis. Two out of six cases the lower renal calyx was targeted (33.33%), four out of six cases the middle calyx was targeted (66.6%). Average operative time: 137.5 ± 41.9 minutes (90-185). Average postoperative Hb reduction: 1.52 ± 0.93 g/dL (0.1 - 2.3). Average nephrostomy time: $4.83 \pm$

1.72 days (2-7). Average postoperative hospital stay: 5.33 ± 1.63 days (3-7). There was no perioperative blood transfusion. Stone free rate 1 month after surgery: 2/6 (33.33%), stone-free rate 3 months after surgery: 5/6 (83.33%).

Conclusion: Initial outcomes from 8 cases applying ECIRS technique for complex kidney stones show that: surgery is safe with no blood transfusion, low risk of infection, GMSV supine position has many advantages; effectiveness: high rate of stone free rate in one surgery, minimal post-operative pain, short hospital stay. Limitations: need 2 surgical teams, high cost, thus more cases need to be performed to confirm the benefits of this surgery.

Keywords: Endoscopic combined intrarenal surgery (ECIRS), Galdakao modified Supine Valdivia position (GMSV), stone free.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hiện nay, đối với sỏi thận lớn, phức tạp, tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da (ECIRS) đang là xu hướng phát triển với tỉ lệ sạch sỏi trong một lần mổ cao, biến chứng thấp so với lấy sỏi thận qua da [3,5,8,10,11]. Tại bệnh viện Bình Dân trong nhiều năm qua đã áp dụng nhiều phương pháp điều trị ít xâm hại

điều trị sỏi thận phức tạp như: lấy sỏi thận qua da tiêu chuẩn, lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, lấy sỏi thận qua da nhiều đường hầm... Tuy nhiên, gần đây mới áp dụng kỹ thuật tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da. Bài báo này báo cáo 8 trường hợp đầu tiên áp dụng kỹ thuật này trên bệnh nhân sỏi thận san hô, sỏi thận phức tạp.

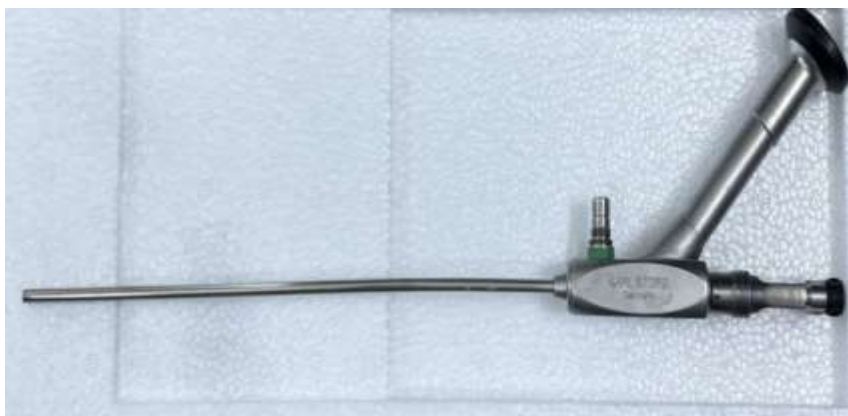
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân với sỏi thận phức tạp, sỏi bán san hô thận được phẫu thuật nội soi tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da. Tiêu chuẩn chẩn đoán sỏi phức tạp, sỏi san hô theo S.T.O.N.E [7]. Chẩn đoán hình ảnh trước mổ bằng MSCT hệ niệu có tiêm thuốc cản quang. Xét nghiệm nước tiểu trước mổ nếu không có nhiễm khuẩn đường tiết niệu sẽ được dùng kháng sinh dự phòng một liều Cephalosporin thế hệ II (Cefuroxim 0,75g x 2 ống) tiêm tĩnh mạch, tiêm lặp lại một liều nếu thời gian phẫu thuật trên 3 giờ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

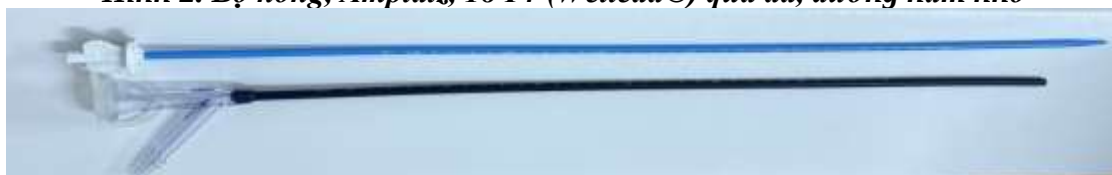
Dụng cụ phẫu thuật:



Hình 1. Ống soi thận cứng, 16 Fr. (Storz®) dùng để soi thận



Hình 2. Bộ nong, Amplatz, 18 Fr (Wellead®) qua da, đường hầm nhỏ



Hình 3. Giá đỡ niệu quản (UAS), 10 Fr



Hình 4. Ống soi niệu quản mềm Flex-XC1 (Storz®)



**Hình 5. Máy tán sỏi Laser Holmium Raykeen®110 Whoặc Pousen®,
Máy X quang C-arm kỹ thuật số**

Tư thế bệnh nhân: Tư thế Valdivia nằm ngửa biến đổi theo Galdakao (GMSV) (Hình 6).

Vô cảm: Gây mê nội khí quản



A



B



C

Hình 6. A.B.C. Tư thế Valdivia nằm ngửa biến đổi theo Galdakao (GMSV)

Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân được đặt thông JJ niệu quản trước phẫu thuật 2 tuần hay không, Sau khi gây mê bệnh nhân được soi bàng quang để rút thông JJ, đặt giá đỡ niệu quản số 11 Fr vào niệu quản. Sau đó bệnh nhân được chuyển qua tư thế nằm ngửa Valdivia biến đổi theo Galdakao (GMSV). Dưới hướng dẫn của nội soi niệu quản ngược chiều và C-arm, một ê kíp mổ thứ hai qua hướng dẫn siêu âm sẽ chọn đài thận đường vào và sau đó, dưới hướng dẫn C arm tiến hành chọc dò đài thận

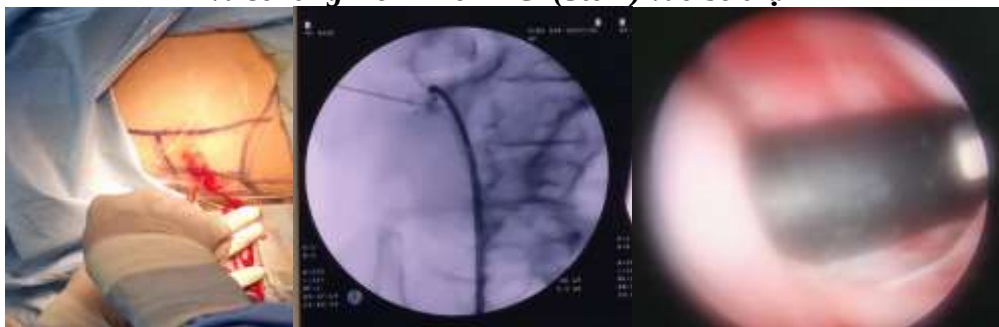
đích đã chọn và nong tạo đường hầm vào thận qua da và đặt Amplatz số 18 Fr. (đường hầm nhỏ). Ở thì nong có thể dùng thêm hướng dẫn của nội soi ngược chiều. Hai ê kíp tiến hành kết hợp nội soi trong thận qua da qua đường hầm nhỏ và nội soi niệu quản bề thận ngược chiều bằng ống soi mềm. Dùng laser Holmium tán vỡ sỏi. Kiểm tra thấy hết sỏi qua nội soi và trên C arm sẽ đặt thông mở thận ra da và thông JJ niệu quản, chấm dứt cuộc mổ.



Hình 7. Nội soi niệu quản ngược chiều bằng ống soi mềm



Hình 8. Nội soi ống bán cứng luồn dây dẫn đặt UAS 10Fr và soi ống mềm Flex-XC1(Storz) vào bể thận



Hình 9. Nong đường hầm qua da dưới hướng dẫn C arm và nội soi ngược chiều



Hình 10. Tán sỏi trong thận qua ống soi mềm



Hình 11. Dùng máy NS soi xuôi chiều qua da vào đài bể thận, dùng laser Holmium tán vỡ sỏi



Hình 12. Hình ảnh trước (bên phải) và sau tán sỏi (bên trái) trên màn tăng sáng

Theo dõi sau mổ: Đánh giá kết quả 1 tháng và 3 tháng sau mổ bằng phim KUB và siêu âm.

Tiêu chuẩn sạch sỏi: Sạch sỏi: không còn mảnh sỏi hoặc mảnh sỏi không có ý nghĩa lâm sàng ($< 4 \text{ mm}$). Không sạch sỏi: Còn mảnh sỏi $\geq 4 \text{ mm}$, một hoặc nhiều mảnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tại Khoa Nội B, Bệnh viện Bình Dân, trong thời gian từ tháng 5 đến tháng 11/2024 đã phẫu thuật tán sỏi trong thận phối hợp hai ngã nội soi ngược chiều và qua da cho 8

bệnh nhân sỏi thận phức tạp, sỏi bán san hô thận.

3.1. Bệnh nhân

3.1.1. Giới: 3 nam (37,5%); 5 nữ (62,5%)

3.1.2. Tuổi: $48,38 \pm 19,25$ (16 -76).

3.2. Sạn

3.2.1. Sạn bên trái: 2/8 (25%); **Sạn bên phải:** 6/8 (75%)

3.2.2. Sạn tái phát: 3/8 (37,5%); **Sạn mổ lần đầu:** 4/8 (50%), 1/8 TH sỏi sót sau mổ (12,5%)

3.2.3. Diện tích bề mặt sỏi trung bình (mm^2): 438 ± 250 (159,3 – 906,6).

3.2.4. Độ Hounsfield sỏi trung bình: $1077 \pm 139,6$ (950 - 1300).

3.2.5. Hình thức sạn: Sạn bán san hô: 2/8 (25%); Sạn phức tạp: 6/8 (75%).

3.2.5. MSCT trước mổ tất cả 8 TH chức năng thận đều tốt, 4 thận ứ nước độ I (50%), 4 thận ứ nước độ II (50%).

3.3. Phẫu thuật: có 2/8 TH nội soi niệu quản ngược chiều thất bại do hẹp niệu quản, vậy chỉ có 6/8 TH thực sự được phẫu thuật ECIRS. Có 4/8 TH (50%) được đặt thông JJ niệu quản trước mổ 2 tuần, 4/8 TH (50%) không đặt thông JJ trước mổ.

3.3.1. Đài thận đường vào (nội soi qua da đường hầm nhỏ): Đài giữa: 4/6 (66,6%); Đài dưới: 2/6 (33,33%)

3.3.2. Thời gian mổ trung bình (phút): $137,5 \pm 41,9$ (90-185)

3.3.3. Thời gian mang thông thận trung bình (ngày): $4,83 \pm 1,72$ (2-7)

3.3.4. Độ giảm Hb sau mổ trung bình (g/dL): $1,52 \pm 0,93$ (0,1 - 2,3)

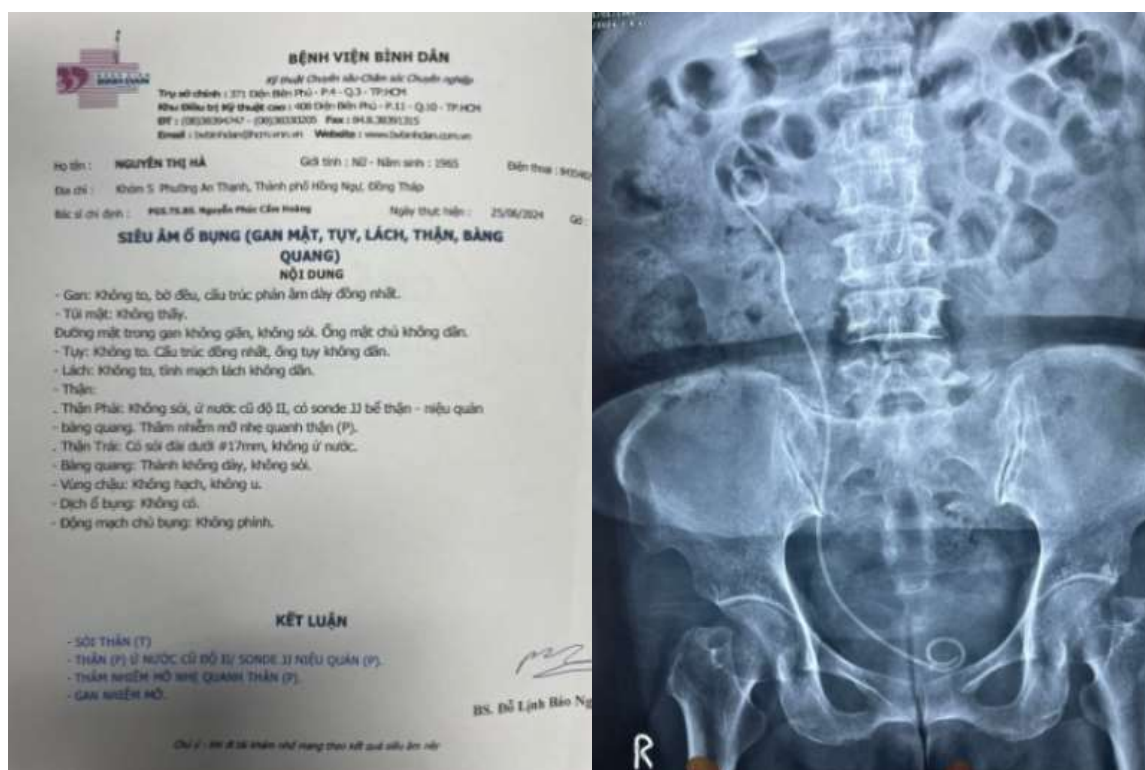
3.3.5. Không có truyền máu quanh lúc mổ

3.3.6. Thời gian mang thông thận trung bình (ngày): $4,83 \pm 1,72$ (2-7)

3.3.7. Nằm viện sau mổ trung bình (ngày): $5,33 \pm 1,63$ (3-7)

3.3.8. Kết quả sạch sỏi sau mổ: sau mổ 1 tháng: 2/6 (33,33%), sau mổ 3 tháng: 5/6 (83,33%).

3.3.9. Hai trường hợp thất bại: một TH sỏi bán san hô, sỏi mổ lần đầu, không đặt JJ niệu quản trước mổ, thất bại do hẹp niệu quản; một TH sỏi phức tạp, sỏi mổ cuộc mổ trước chưa sạch sỏi, có đặt thông JJ niệu quản trước mổ nhưng thất bại do hẹp niệu quản hai chỗ. Hai trường hợp này không nội soi niệu quản ngược chiều được.



Hình 13. Kết quả sạch sỏi trên siêu âm và KUB sau mổ 1 tháng

IV. BÀN LUẬN

Lịch sử: Thuật ngữ ECIRS (Endoscopic Combined Intrarenal Surgery) lần đầu được dùng vào năm 2008 [2]. Định nghĩa: kỹ thuật tán sỏi trong thận kết hợp giữa tán sỏi qua da và tán sỏi niệu quản ngược chiều bằng ống sỏi mềm hoặc ống soi bán cứng [2]. Kỹ thuật ECIRS sẽ không tồn tại nếu không có tư thế Valdivia nằm ngửa biến đổi theo Galdakao (GMSV) [9].

Y văn đương đại cho thấy ECIRS là một kỹ thuật an toàn với tỉ lệ biến chứng, truyền máu thấp và tỉ lệ sạch sỏi cao hơn so với lấy sỏi thận qua da (PCNL) một đường hầm [5,10]. Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống, Yung-Hao Liu và cs [5], với 7 nghiên cứu với tổng số 919 bệnh nhân sỏi thận phức tạp và sỏi san hô, từ năm 2013 đến 2020, so sánh ECIRS với PCNL cho thấy tỉ lệ sạch sỏi sau cùng cao hơn có ý nghĩa ở nhóm bệnh nhân ECIRS (OR 3,06, khoảng tin cậy 1,57-5,59), với tỉ lệ biến chứng chung thấp hơn hẳn ở nhóm ECIRS (OR=0,45; 95% khoảng tin cậy 0,29-0,70) và tỉ lệ biến chứng nặng cũng thấp hơn ở nhóm mổ ECIRS (OR 0,29; 95% CI 0,16-0,52). Về so sánh tính hiệu quả của hai phẫu thuật: thời gian mổ không khác biệt giữa hai phẫu thuật (MD -6,73 phút; 95% CI -19,91-6,46), thời gian nằm viện không khác biệt giữa hai phẫu thuật (MD- 2,05 ngày; 95% CI -4,14-0,05). Tác giả kết luận: bằng chứng cho thấy ECIRS thì hiệu quả hơn và an toàn hơn PCNL. Trong điều trị sỏi thận phức tạp, ECIRS có tỉ lệ sạch sỏi sớm và sạch sỏi sau cùng cao hơn với ít biến chứng chung, biến chứng nặng và ít truyền máu hơn so với PCNL.

Trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp và tổng quan hệ thống khác với 17 nghiên cứu, Gauhar V [3] cho kết quả ít nghiêng về ECIRS hơn: ECIRS có thời gian mổ ngắn hơn, tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ điều trị lại thấp hơn PCNL (OR 0,34 95%CI 0,14, 0,87, $p = 0,002$) nhưng PCNL lại có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn (OR 2,52; 95%CI 1,64-3,90, $p < 0,0001$).

Y văn chưa có nhiều báo cáo so sánh giữa PCNL nhiều đường hầm và ECRIS. Tuy nhiên, một báo cáo gần đây cho thấy có ECIRS có tỉ lệ biến chứng, thời gian nằm viện và thời gian phẫu thuật thấp hơn PCNL nhiều đường hầm. Tác giả Huang Y.L [4] so sánh PCNL nhiều đường hầm với ECIRS điều trị sỏi thận san hô với tư thế nội soi lấy sỏi bán nằm ngửa với tổng cộng 135 bệnh nhân cho thấy cả hai phương pháp mổ đều an toàn và hiệu quả với tỉ lệ sạch sỏi tương đương nhưng nhóm ECRS có tỉ lệ biến chứng sau mổ thấp hơn, thời gian mổ và thời gian nằm viện ngắn hơn.

ECIRS cũng giúp giảm được lượng máu mất và tránh nguy cơ chảy máu hậu phẫu nhờ vào kỹ thuật nong đường hầm qua da dưới quan sát qua nội soi ống mềm và giảm được số lượng đường hầm [2]. Đau sau mổ ít hơn khi so với PCNL nhiều đường hầm [1].

Tuy nhiên, chi phí điều trị của ECIRS vẫn còn cao khi so PCNL nhiều đường hầm. Ngoài ra, cần nhiều dụng cụ nội soi và nhân lực hơn (cần 2 ê kíp bác sĩ phẫu thuật) [2].

Tư thế Valdivia nằm ngửa sửa đổi theo Galdakao (GMSV) trong ECIRS có nhiều ưu điểm: tận dụng được ưu điểm của nội soi ống mềm giúp tiếp cận tất cả đài thận. Giảm lượng tia tiếp xúc và chảy máu khi nong

đường hầm qua da: kiểm soát trực quan qua nội soi ngược chiều quá trình nong đường hầm qua da và khắc phục khó khăn thận di động nhiều trong tư thế nằm ngửa, do đó khắc phục được những khuyết điểm tư thế nằm ngửa [9]. Các tư thế phẫu thuật khác có thể là: nằm sấp, nằm ngửa tùy theo từng tác giả nhưng xu thế áp dụng tư thế GMVS có xu hướng nổi trội hơn [3]. Riêng chúng tôi nhận thấy tư thế GMSV là thuận lợi cho cả hai thì nội soi niệu quản ngược chiều và nong đường hầm qua da dưới hướng dẫn của C arm.

Trong loạt 8 trường hợp này: thất bại hai trường hợp do hẹp niệu quản nên không nội soi niệu quản ngược chiều được. Trong hai trường hợp này có một trường hợp không đặt thông JJ trước mổ, sỏi bán san hô, tuy nhiên trường hợp còn lại dù có đặt thông JJ nhưng niệu quản hẹp hai chỗ nên vẫn thất bại trong soi niệu quản ngược chiều. Tỷ lệ sạch sỏi bước đầu qua 6 trường hợp thành công là đáng khích lệ: 83,33% ở thời điểm sau mổ 3 tháng với những trường hợp sỏi phức tạp, sỏi bán san hô, không có truyền máu quanh mổ, không có tai biến biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 5,33 ngày là tương đối ngắn. Trong 8 trường hợp, chỉ có 4 trường hợp được đặt thông JJ niệu quản trước mổ và trong hai trường hợp thất bại do hẹp niệu quản có 1 TH được đặt thông JJ trước mổ, điều này gợi ý việc đặt thông JJ trước mổ thường quy có thể là không thật cần thiết.

Nhìn chung, đây là loạt bệnh nhân đầu tiên với số ca thực hiện còn ít, nhưng so với các tác giả, kết quả của chúng tôi là đáng khích lệ và tương đương với các tác giả (có tỉ

lệ sạch sỏi là 61-91%) [6]. Cần thực hiện thêm nhiều trường hợp hơn nữa.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu qua 8 TH áp dụng kỹ thuật ECIRS cho sỏi thận phức tạp nhận thấy: phẫu thuật an toàn: không truyền máu, nguy cơ nhiễm khuẩn thấp, tư thế Valdivia nằm ngửa biến đổi theo Galdakao (GMSV) có nhiều thuận lợi; hiệu quả: sạch sỏi khá cao trong một lần phẫu thuật, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn. Hạn chế: cần hai 2 ê-kíp phẫu thuật, chi phí còn cao. Cần thực hiện nhiều trường hợp hơn nữa để xác nhận lợi ích của phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen ZH, Lee KH, Tseng WH, et al.** Comparison of mini endoscopic combined intrarenal surgery and multitract minimally invasive percutaneous nephrolithotomy specifically for kidney staghorn stones: a single-centre experience. *BMC Urol.* 2022;22(1): 93.2022 Jun 30. doi:10.1186/s12894-022-01030-7
2. **Cracco CM, Scoffone CM.** Endoscopic combined intrarenal surgery (ECIRS) - Tips and tricks to improve outcomes: A systematic review. *Turk J Urol.* 2020;46(Supp. 1):S46-S57. doi:10.5152/tud.2020.20282
3. **Gauhar V, Castellani D, Cracco CM, Scoffone CM, Lim EJ, Rubilotta E, Pretore E, Pirola GM, Maggi M, Rice P, Chan VW-S, Teoh J.Y.C, Heng C-T, Somani BK, Pavia MP.** Is endoscopic combined intrarenal surgery ready for primetime in endourology? Outcomes from a systematic review and meta-analysis. *Cent*

- European J Urol. 2022; 75: 171-181, doi: 10.5173/ceju.2022.0049.
4. **Huang YL, Li ZH, Liu C, et al. Zhonghua Yi Xue Za Zhi.** 2021;101(38):3121-3126. doi:10.3760/cma.j.cn112137-20210223-00473
 5. **Liu YH, Jhou HJ, Chou MH, et al.** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery Versus Percutaneous Nephrolithotomy for Complex Renal Stones: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pers Med.* 2022;12(4):532. Published 2022 Mar 28. doi:10.3390/jpm12040532.
 6. **Nedbal C, Jahrreiss V, Cerrato C, Castellani D, Kamal W.K, Hameed Z, Gauhar V, Juliebo-Jones P, Tzelves L, Kallidonis P, Tokas T, Somani B.K.** Current role of endoscopic combined intrarenal surgery in the management of renal stones: A scoping review. *Indian Journal of Urology*, Volume 39, Issue 4, October-December 2023.
 7. **Okhunov Z, Friedlander JI, George AK et al** (2013), “S.T.O.N.E. Nephrolithometry: Novel surgical classification system for kidney calculi”, *Urology*, 81(6): pp. 1154-60.
 8. **Pellanda AB, Fabio C. M. Torricelli, Denstedt J, Danilovic A, Marchini GS, Vicentini FC, Batagello CA, Nahas WC, Mazzucchi E.** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery: best practices and future perspectives. *Int Braz J Urol.* 2024; 50: 714-26 Vol. 50 (6): 714-726, November - December, 2024.
 9. **Scoffone, C. M., Hoznek, A., & Cracco, C. M. (Eds.).** (2013). *Supine percutaneous nephrolithotomy and ECIRS: The new way of interpreting PNL.* Springer Science & Business Media.
 10. **Widyokirono DR, Kloping YP, Hidayatullah F, Rahman ZA, Ng AC, Hakim L.** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery vs Percutaneous Nephrolithotomy for Large and Complex Renal Stone: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Endourol.* 2022;36(7):865-876. doi:10.1089/end.2021.0761
 11. **Zhou T, Zhu X.** Comparing ECIRS with MPCNL for Complex Renal Calculi: A Retrospective Single-Centre Study on Efficacy and Safety. *Archivos Españoles de Urología.* 2024, 77(4): 418-425.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN HỌC VÀ KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ ÁP XE TUYẾN TIỀN LIỆT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Ngọc Châu¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,2}, Nguyễn Hoàng Nam¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe tuyến tiền liệt là một tình trạng nhiễm khuẩn hiếm gặp nhưng nghiêm trọng, gây ra do sự hình thành ổ mủ trong tuyến tiền liệt, thường gặp ở nam giới có bệnh lý nền như đái tháo đường hoặc suy giảm miễn dịch. Chẩn đoán và điều trị áp xe tuyến tiền liệt gặp nhiều thách thức, đặc biệt là trong bối cảnh kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. Nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm vi khuẩn học và hiệu quả của các phác đồ kháng sinh trong điều trị áp xe tuyến tiền liệt trên bệnh nhân được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân được chẩn đoán áp xe tuyến tiền liệt và điều trị tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2020 đến tháng 10/2024. Dữ liệu lâm sàng, hình ảnh học và kết quả nuôi cấy vi khuẩn được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Đánh giá về các loại vi khuẩn phân lập được, tỉ lệ nhạy cảm và kháng kháng sinh, cùng các phác đồ điều trị kháng sinh đã sử dụng. Phân tích thống kê được tiến hành để so sánh hiệu quả điều trị của các phác đồ kháng sinh khác nhau.

Kết quả: Các kết quả nuôi cấy vi khuẩn cho thấy vi khuẩn Gram âm, chủ yếu là *Escherichia coli* và *Klebsiella pneumoniae*, chiếm phần lớn các trường hợp. Tỉ lệ kháng kháng sinh cao được ghi nhận ở các dòng vi khuẩn này, đặc biệt là với nhóm cephalosporin và fluoroquinolone. Phác đồ điều trị kết hợp kháng sinh nhóm carbapenem với aminoglycoside cho thấy hiệu quả cao trong kiểm soát nhiễm khuẩn, với tỉ lệ giảm triệu chứng và hồi phục tốt hơn các phác đồ khác. Tỉ lệ biến chứng và tái phát sau điều trị có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm điều trị.

Bàn luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy sự xuất hiện phổ biến của các dòng vi khuẩn kháng kháng sinh trong áp xe tuyến tiền liệt tại Việt Nam, đặt ra thách thức trong việc lựa chọn phác đồ điều trị tối ưu. Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc giám sát vi khuẩn học và kháng sinh đồ định kỳ, từ đó cập nhật phác đồ điều trị hiệu quả, hạn chế kháng kháng sinh và cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân áp xe tuyến tiền liệt.

SUMMARY

MICROBIAL CHARACTERISTICS AND ANTIBIOTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF PROSTATIC ABSCESS AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: Prostatic abscess is a rare but serious bacterial infection characterized by the formation of pus-filled cavities within the prostate gland. It is frequently observed in males with underlying conditions such as diabetes mellitus or immunosuppression. Diagnosing and treating prostatic abscess presents significant

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Thận Niệu – Nam khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Nam
SĐT: 0703439320

Email: hoangnam1796@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

challenges, especially in the context of rising antibiotic resistance. This study aims to evaluate the bacteriological characteristics and the effectiveness of antibiotic regimens in the treatment of prostatic abscess in patients treated at Binh Dan Hospital.

Methods: A retrospective study was conducted on 110 patients diagnosed with prostatic abscess and treated at Binh Dan Hospital from January 2020 to October 2024. Clinical data, imaging findings, and bacterial culture results were collected from medical records. Analyses focused on the bacterial species isolated, antibiotic susceptibility and resistance rates, and the antibiotic regimens used. Statistical analysis was performed to compare the treatment outcomes of different antibiotic regimens.

Results: Bacterial cultures revealed that Gram-negative bacteria, predominantly *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*, were the most common pathogens. High rates of antibiotic resistance were observed in these strains, particularly to cephalosporins and fluoroquinolones. Combination regimens involving carbapenems and aminoglycosides demonstrated superior effectiveness in controlling infections, with higher rates of symptom resolution and recovery compared to other regimens. Significant differences were noted in complication and recurrence rates between the treatment groups.

Discussion: The study highlights the prevalence of antibiotic-resistant bacterial strains in prostatic abscesses in Vietnam, posing challenges in selecting optimal treatment regimens. The findings underscore the importance of regular bacteriological surveillance and updated antibiograms to refine treatment protocols, limit antibiotic resistance,

and improve outcomes for patients with prostatic abscesses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe tuyến tiền liệt (AXTTL) là một bệnh lý hiếm gặp ở nam giới nhưng có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Chẩn đoán AXTTL thường gặp nhiều khó khăn do triệu chứng mơ hồ và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý tiết niệu khác. Bệnh lý này có thể dẫn đến tử vong nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời. Sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm qua trực tràng, chụp cắt lớp vi tính (CT), và cộng hưởng từ (MRI) đã góp phần quan trọng trong việc cải thiện khả năng chẩn đoán.^{1,2} Áp xe tuyến tiền liệt hiện nay là một bệnh lý không còn phổ biến nhờ vào việc sử dụng rộng rãi các loại kháng sinh hiện đại cũng như sự giảm thiểu tỷ lệ mắc bệnh viêm niệu đạo do lậu cầu. Trước kỷ nguyên kháng sinh, 75% các trường hợp áp xe tuyến tiền liệt là do vi khuẩn lậu cầu gây ra, với tỷ lệ tử vong dao động từ 6% đến 30%.³ Với sự ra đời của các nhóm kháng sinh phổ rộng, nhóm tác nhân gây bệnh của AXTTL đã có nhiều thay đổi, tỷ lệ nhiễm lậu cầu giờ trở nên rất hiếm và vi khuẩn Gram âm là tác nhân chủ yếu của AXTTL và viêm tuyến tiền liệt cấp.⁴ Trong kỷ nguyên hậu kháng sinh, áp xe tuyến tiền liệt đã chuyển từ một bệnh lý thường gặp ở nam giới trẻ tuổi, trong độ tuổi hoạt động tình dục, sang một bệnh lý thường xuất hiện ở những cá thể có bệnh lý nền hay suy giảm miễn dịch. Mặc dù việc dẫn lưu luôn đóng vai trò then chốt trong việc điều trị các bệnh lý áp xe, kháng sinh đóng vai trò hỗ trợ quan trọng trong điều trị giúp kiểm soát tốt tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu.¹

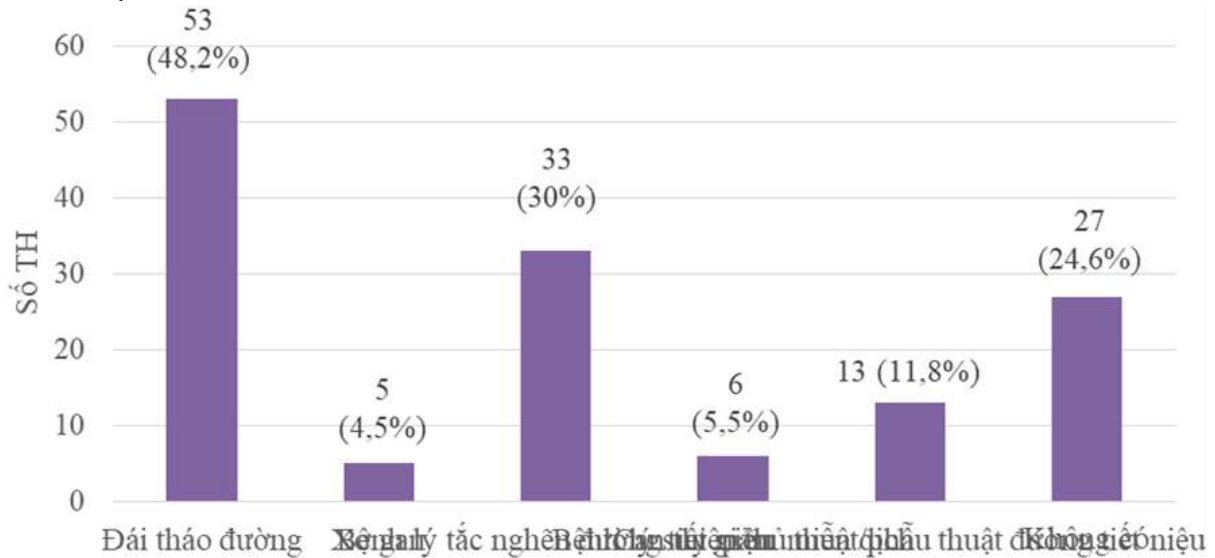
Tại Việt Nam, nghiên cứu về AXTTL còn hạn chế, đặc biệt là các nghiên cứu quy mô lớn với hướng dẫn lâm sàng cụ thể. Vì vậy, bài viết này nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn học và kết quả điều trị kháng sinh áp xe tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Bình Dân, một trong những trung tâm ngoại tiết niệu hàng đầu tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện dưới hình thức hồi cứu, mô tả hàng loạt trường hợp. Bệnh nhân được chẩn đoán AXTTL dựa vào

ghi nhận trên hồ sơ bệnh án từ bệnh sử, thăm khám lâm sàng và một trong các phương tiện hình ảnh học (Siêu âm bụng, siêu âm qua ngả trực tràng, chụp cộng hưởng từ bụng chậu, chụp cắt lớp vi tính bụng chậu) nhập viện bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án, bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp điều trị và kết quả điều trị. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm EpiData và Stata. Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Bình Dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1: Yếu tố nguy cơ của áp xe tuyến tiền liệt trong mẫu nghiên cứu

Trong khoảng thời gian 5 năm từ 01/2020 đến 10/2024 có 110 trường hợp được chẩn đoán và điều trị AXTTL tại bệnh viện Bình Dân. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 57,7 tuổi, dao động từ 19 - 94 tuổi. Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (48,2%), bệnh lý tắc nghẽn đường tiết niệu (30%). Có 11,8% trường hợp bị áp xe tuyến

tiền liệt có can thiệp thủ thuật/phẫu thuật đường tiết niệu trước đó.

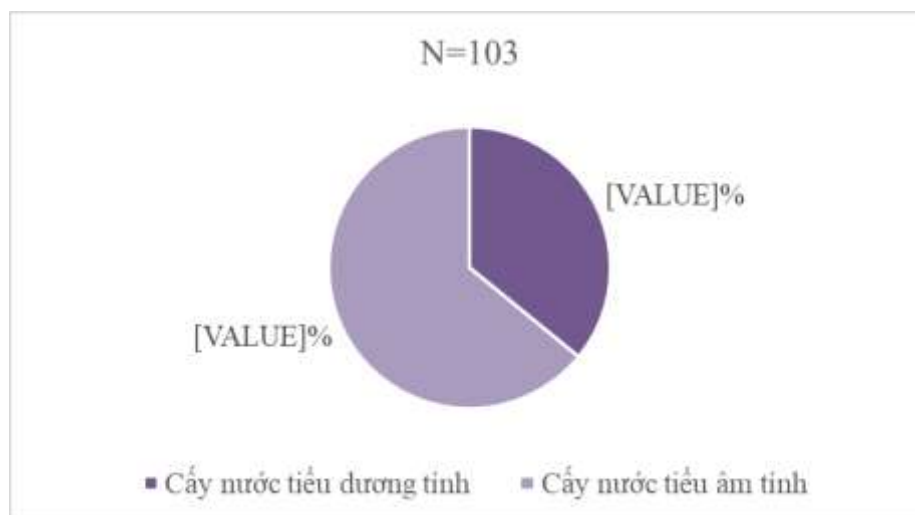
Triệu chứng thường gặp bao gồm sốt (78,2%), triệu chứng đường tiết niệu dưới (59,1%). Về cận lâm sàng, MSCT là phương tiện hình ảnh học được lựa chọn chiếm tỷ lệ cao nhất với 80% các trường hợp. Áp xe đơn ổ chiếm đa số các trường hợp của mẫu nghiên cứu với 57,3%, kích thước trung bình của ổ áp xe là $3,11 \pm 1,25$ cm.

Bảng 3.1: Tỷ lệ vi khuẩn phân lập được trong tất cả môi trường cấy trong mẫu nghiên cứu

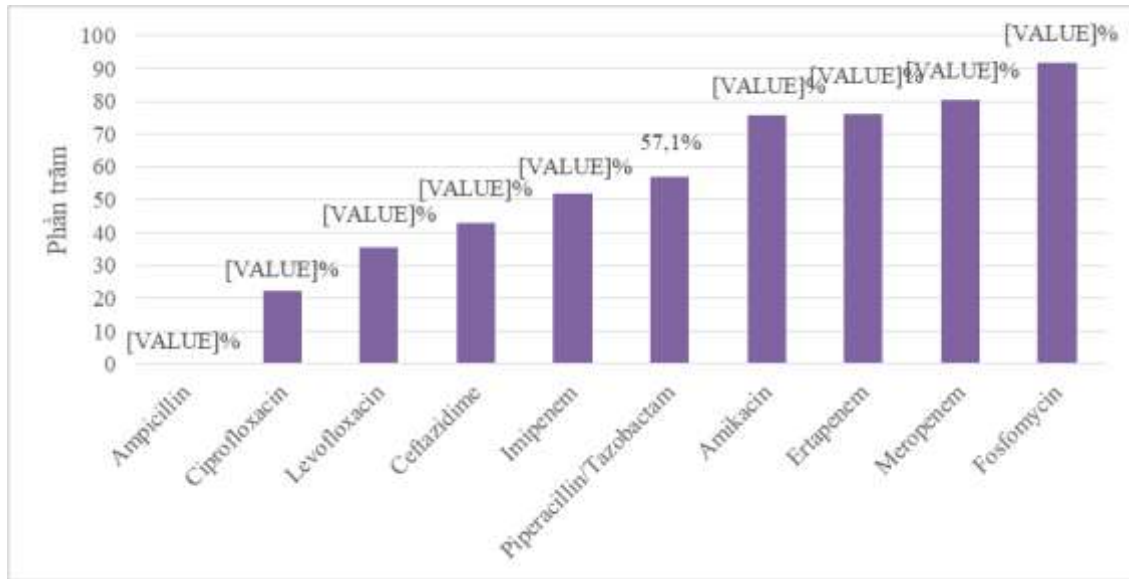
Tổng số bệnh phẩm cấy dương	61 bệnh phẩm
Gram âm	85,2%
E.coli	39,3
K.pneumoniae	13,1
P.aeruginosa	11,5
Burkholderia pseudomallei	9,8
P.mirabilis	4,9
A.baumannii	3,3
P.putida	1,6
E.cloacae	1,6
Gram dương	14,8%
Staphylococcus aureus	14,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy các tác nhân Gram âm đóng vai trò chính trong áp xe tuyến tiền liệt, trong đó vi khuẩn Escherichia coli là tác nhân thường gặp nhất với tỷ lệ 39,3%. Ngoài ra còn có Klebsiella pneumoniae (13,1%), Pseudomonas aeruginosa (11,5%). Tác nhân Gram dương duy nhất phân lập được là Staphylococcus aureus chiếm 14,8%. Hầu hết các trường hợp

đều được thực hiện cấy nước tiểu tại thời điểm nhập viện, mẫu nghiên cứu có 103/110 trường hợp thực hiện cấy nước tiểu, trong đó có 35,9% trường hợp phân lập được vi khuẩn. Các trường hợp có nghi ngờ nhiễm khuẩn huyết sẽ được cấy máu và nếu có can thiệp dẫn lưu áp xe thì sẽ được cấy mủ phân lập tác nhân.

**Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ các TH phân lập được vi khuẩn trong nước tiểu**

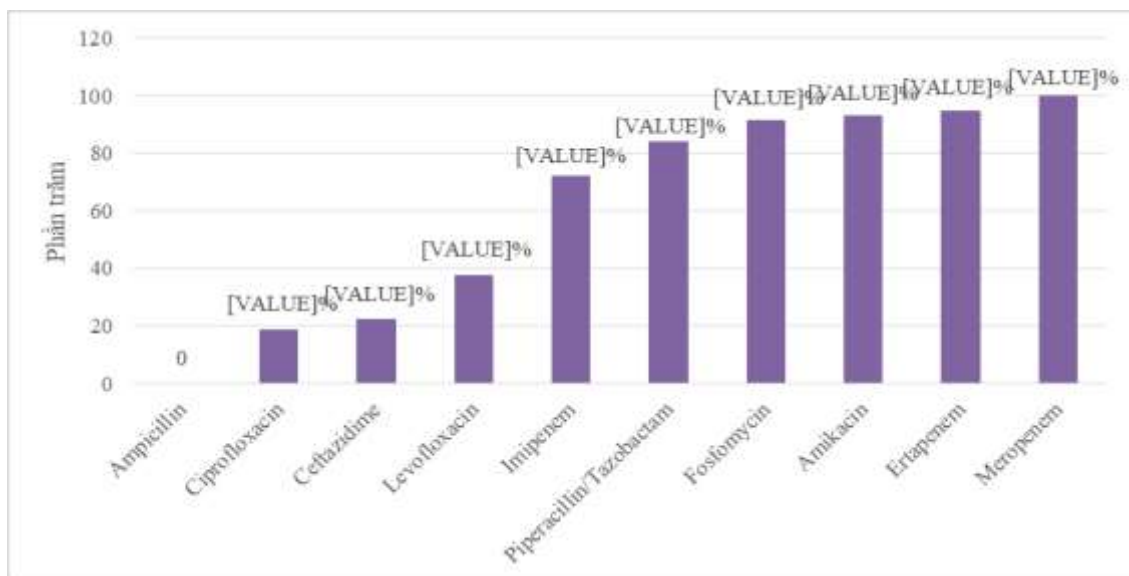
Phương pháp điều trị bao gồm điều trị nội khoa 31% trường hợp, 62% trường hợp được cắt đốt nội soi qua ngã niệu đạo để dẫn lưu áp xe và mổ mở dẫn lưu áp xe trên xương mu trong 7,3% trường hợp. Tỷ lệ thành công của các phương pháp nhìn chung khá cao (>90%).



Biểu đồ 3.4: Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn Gram âm

Tại thời điểm nhập viện, tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng kháng sinh điều trị theo hướng dẫn sử dụng kháng sinh của bệnh viện, với nhóm Imipenem chiếm tỷ lệ cao nhất với 26,8%, trong đó có 34/110 trường hợp được phối hợp kháng sinh điều trị tại thời điểm nhập viện. Bệnh nhân sau đó được thay đổi kháng sinh tùy theo kết quả kháng sinh đồ với tỷ lệ phù hợp kháng sinh của

nguyên cứu giữa trước và sau khi có kháng sinh đồ là 78,3%. Tất cả các trường hợp đều đề kháng với Ampicillin trong khi các kháng sinh nhóm Carbapenem có tỷ lệ nhạy cảm cao (>50%), với tỷ lệ nhạy cảm giảm dần: Meropenem, Ertapenem, Imipenem. Trong trường hợp không có, không chọn Carbapenem thì chọn lựa tiếp theo có thể là Fosfomicine, Piperacilline/Tazobactam.



Biểu đồ 3.3: Tỷ lệ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn E.coli

IV. BÀN LUẬN

Việc lựa chọn các phương pháp điều trị bệnh lý AXTTL hiện nay vẫn còn là một thách thức đối với các nhà lâm sàng trong bối cảnh hiện vẫn chưa có hướng dẫn điều trị và những nghiên cứu đánh giá hiệu quả giữa các phương pháp. Trong nghiên cứu của Jang và cộng sự cũng thực hiện điều trị bảo tồn cho 11/52 TH trong đó có 9/11 TH (82%) điều trị bảo tồn thành công, có 2 TH tử vong do sốc nhiễm khuẩn sau đó. Bên cạnh lâm sàng thì kích thước ổ áp xe là yếu tố chính giúp quyết định điều trị bảo tồn hoặc can thiệp ngoại khoa. Nghiên cứu tổng quan có hệ thống của Khudhur và cộng sự đề xuất áp xe <2cm có thể điều trị nội khoa bảo tồn.^{5,6}

Đặc điểm vi khuẩn học và sự nhạy cảm kháng sinh của các vi khuẩn gây áp xe tuyến tiền liệt đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phác đồ điều trị. Trong nghiên cứu này các nhóm vi khuẩn Gram âm là tác nhân chủ yếu, trong đó *Escherichia coli* chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc xác định tác nhân vi khuẩn qua việc thực hiện cấy các bệnh phẩm là tiêu chuẩn vàng để hỗ trợ chẩn đoán chính xác. Ngoài ra, kháng sinh đồ giúp định hướng điều trị kháng sinh cụ thể, đảm bảo hiệu quả và hạn chế kháng thuốc. Tỷ lệ phân lập được tác nhân trong nước tiểu của nhóm chúng tôi tương đồng với của tác giả Ludwig nhưng thấp hơn của tác giả Bhagat, nhưng nghiên cứu của chúng tôi có thực hiện thêm cấy máu, do các TH AXTTL đến nhập viện với bệnh cảnh phức tạp, có nhiều TH nhập viện với bệnh cảnh nhiễm khuẩn huyết, nên cần thực hiện cấy máu để đánh giá. Hầu hết các

bệnh nhân đều đã được điều trị ở tuyến trước và có sử dụng kháng sinh, vậy nên có thể gây ảnh hưởng đến kết quả cấy bệnh phẩm.^{7,8}

Nghiên cứu của Jang và cộng sự (2012) tại Hàn Quốc đã nhấn mạnh hiệu quả của kháng sinh điều trị đường tĩnh mạch cho tất cả các bệnh nhân nhập viện với bệnh cảnh áp xe tuyến tiền liệt, với nhóm fluoroquinolone hoặc cephalosporin thế hệ thứ 3 kết hợp với nhóm aminoglycoside.⁵ Tuy nhiên, tại Việt Nam, mức độ kháng của nhóm Quinolone của *Escherichia coli* đã tăng cao, làm giảm hiệu quả của loại kháng sinh này trong điều trị theo kinh nghiệm. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ đề kháng của vi khuẩn Gram âm nói chung và *E.coli* nói riêng với kháng sinh Ampicillin là 100%. Các nhóm kháng sinh khác như Cephalosporin thế hệ thứ 3 (Ceftazidime) hoặc Fluoroquinolones (Ciprofloxacin) cũng có tỷ lệ nhạy cảm khá thấp (<50%) cho thấy thực trạng đề kháng kháng sinh đặc biệt kể cả những kháng sinh phổ rộng do việc lạm dụng các kháng sinh đường uống dài ngày tại các phòng khám để điều trị những bệnh cảnh nhiễm khuẩn thông thường.

Có hơn 1/3 số TH được phân tầng kháng sinh bậc III theo phân tầng nguy cơ của Bệnh viện Bình Dân và được sử dụng Imipenem tại thời điểm nhập viện.⁹ Tỷ lệ nhạy cảm của nhóm Carbapenem với các nhóm vi khuẩn Gram âm (>70%) cho thấy đây là nhóm kháng sinh phù hợp đối với các tác nhân của AXTTL. Với tỷ lệ nhạy cảm >80% với vi khuẩn Gram âm và 100% với nhóm *E.coli* thì Amikacin được xem là kháng sinh phù hợp

để điều trị phối hợp với các nhóm kháng sinh khác. Tỷ lệ phù hợp kháng sinh của nghiên cứu giữa trước và sau khi có kháng sinh đồ là 78,3% cho thấy việc điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm trước khi có kháng sinh đồ là phù hợp cũng như Imipenem là lựa chọn thích hợp cho bệnh lý AXTTTL.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 TH phân lập được *B.pseudomallei* trong mẫu bệnh phẩm cấy nước tiểu và/hoặc cấy máu. Kết quả ghi nhận có 5/6 TH có yếu tố nguy cơ là đái tháo đường, có 1 TH bệnh nhân viêm gan siêu vi C mạn tính và nghiện rượu. Nghề nghiệp của 3/6 TH là nông dân, đây cũng là yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Đối với các trường hợp áp xe đa cơ quan trong đó có bao gồm áp xe tuyến tiền liệt, bệnh nhân có yếu tố nguy cơ gợi ý mắc bệnh thì cần nghĩ đến bệnh Melioidosis, các vị trí áp xe cần can thiệp dẫn lưu nếu tình trạng bệnh nhân không đáp ứng với điều trị kháng sinh đơn thuần.

Tác giả Elshal cho rằng việc mở bàng quang ra da có thể giúp thay thế thông niệu đạo trong trường hợp cần đặt thông niệu đạo do bệnh nhân bí tiểu. Nghiên cứu của Lee cho rằng đối với TH viêm tuyến tiền liệt cấp hoặc AXTTTL cần đánh giá tình trạng bế tắc đường tiết niệu dưới hay không, bệnh nhân có tự đi tiểu được hay không, từ đó nhà lâm sàng có thể quyết định việc cần thực hiện chuyển lưu nước tiểu bằng mở bàng quang ra da.^{5,10} Mặc dù điều trị nội khoa mang lại hiệu quả tương đối cao đối với các trường hợp áp xe kích thước nhỏ, việc can thiệp ngoại khoa dẫn lưu áp xe vẫn đóng vai trò quan trọng

với các trường hợp áp xe có kích thước lớn hoặc trong các trường hợp điều trị nội khoa không đáp ứng.¹ Đối với nghiên cứu của chúng tôi có 68/110 các TH can thiệp với phương pháp cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt ngã niệu đạo dẫn lưu ổ áp xe, với tỷ lệ đáp ứng đạt trên 95%. TURP là phương pháp cần có trang thiết bị chuyên dụng và cần gây mê hoặc gây tê để có thể thực hiện, tuy nhiên qua các nghiên cứu, tỷ lệ thành công của TURP vượt trội so với các phương pháp còn lại, đặc biệt thời gian nằm viện ngắn hơn và tỷ lệ tái phát thấp hơn.^{5,10,11}

V. KẾT LUẬN

Áp xe tuyến tiền liệt mặc dù hiếm gặp, vẫn là một bệnh lý nghiêm trọng đòi hỏi sự chú ý đặc biệt từ các bác sĩ lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy vi khuẩn gram âm, đặc biệt là *E. coli*, là nguyên nhân chính gây bệnh, với tỷ lệ kháng kháng sinh ngày càng tăng. Điều trị hiệu quả cần dựa trên việc chẩn đoán sớm, sử dụng kháng sinh theo kháng sinh đồ, và kết hợp các phương pháp dẫn lưu phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ackerman AL, Parameshwar PS, Anger JT.** Diagnosis and treatment of patients with prostatic abscess in the post-antibiotic era. *International journal of urology: official journal of the Japanese Urological Association.* Feb 2018;25(2):103-110. doi:10.1111/iju.13451
2. **Ravichandran K, Munien K, Sivabalan P, Wang YG, Desai D.** Prostatic abscesses: clinical insights, diagnosis and management.

- Trends in Urology & Men's Health. 2024;15(1):6-10. doi:<https://doi.org/10.1002/tre.951>
3. **Tiwari P, Pal DK, Tripathi A, et al.** Prostatic abscess: diagnosis and management in the modern antibiotic era. Saudi journal of kidney diseases and transplantation : an official publication of the Saudi Center for Organ Transplantation, Saudi Arabia. Mar 2011;22(2):298-301.
 4. **Collado A, Palou J, García-Penit J, Salvador J, de la Torre P, Vicente J.** Ultrasound-guided needle aspiration in prostatic abscess. Urology. Mar 1999;53(3): 548-52. doi:10.1016/s0090-4295(98)00570-6
 5. **Jang K, Lee DH, Lee SH, Chung BH.** Treatment of prostatic abscess: case collection and comparison of treatment methods. Korean journal of urology. Dec 2012;53(12): 860-864. doi:10.4111/kju.2012.53.12.860
 6. **Khudhur H, Brunckhorst O, Muir G, Jalil R, Khan A, Ahmed K.** Prostatic abscess: A systematic review of current diagnostic methods, treatment modalities and outcomes. Turkish journal of urology. May 27 2020;46(4): 262-73. doi:10.5152/tud.2020.19273
 7. **Bhagat SK, Kekre NS, Gopalakrishnan G, Balaji V, Mathews MS.** Changing profile of prostatic abscess. International braz j urol: official journal of the Brazilian Society of Urology. Mar-Apr 2008;34(2):164-70. doi:10.1590/s1677-55382008000200006
 8. **Ludwig M, Schroeder-Printzen I, Schiefer HG, Weidner W.** Diagnosis and therapeutic management of 18 patients with prostatic abscess. Urology. Feb 1999;53(2):340-5. doi:10.1016/s0090-4295(98)00503-2
 9. Bệnh viện Bình Dân. Hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị. 2019.
 10. **Elshal AM, Abdelhalim A, Barakat TS, Shaaban AA, Nabeeh A, Ibrahim el H.** Prostatic abscess: Objective assessment of the treatment approach in the absence of guidelines. Arab journal of urology. Dec 2014;12(4): 262-8. doi:10.1016/j.aju.2014.09.002
 11. **Salem M, Desoky E, Eliwa A, et al.** Transrectal ultrasound-guided aspiration versus transurethral derroofing of prostatic abscess: A prospective randomized study. Urology annals. Jul-Sep 2018;10(3):291-295. doi:10.4103/ua.Ua_41_17

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH KHÔNG THUỐC CẢN QUANG TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN

Nguyễn Ngọc Châu¹, Dương Hoàng Lâm¹, Nguyễn Mạnh Tiến¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và điều trị sỏi thận ngày càng chỉ định rộng rãi. Tuy nhiên, tiêm thuốc cản quang bị hạn chế trên bệnh nhân có bệnh thận mạn, tăng chi phí và có thể xảy ra những tác dụng phụ. Vì vậy, việc đánh giá kết quả chụp cắt lớp vi tính không cản quang rất có ý nghĩa trong chẩn đoán, điều trị sỏi thận.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chụp cắt lớp vi tính không cản quang trong chẩn đoán và điều trị sỏi thận.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả với 94 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận và chụp cắt lớp vi tính không cản quang từ tháng 01/2024 tới tháng 12/2024 tại bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Nghiên cứu trên 94 trường hợp sỏi thận: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,49 \pm 12,22$ tuổi, chủ yếu trong nhóm tuổi 30-60 tuổi (69,14 %) với tỉ lệ nam/nữ là 1,04. Vị trí sỏi trên chẩn đoán hình ảnh: sỏi thận phức hợp chiếm 37,23%, sỏi bể thận đơn thuần chiếm 51,06 %, sỏi đài trên chiếm 5,53 %, đài dưới chiếm 5,53%. Số lượng sỏi trên chẩn đoán hình ảnh: bệnh 57/94 bệnh nhân (chiếm 60,63%) có 1 viên sỏi, có 15/94 bệnh nhân (chiếm 15,96%) có

từ ba viên sỏi trở lên. Kích thước sỏi trung bình $28,17 \pm 12,01$ mm, trong đó nhóm sỏi có kích thước < 20 mm chiếm 15,96 %, nhóm sỏi từ 20-30 mm chiếm 52,13 %, nhóm > 30 mm chiếm 31,91%. Tỷ trọng sỏi chủ yếu > 1000 HU (chiếm 84,04%). Mức độ giãn của đài bể thận trên chụp cắt lớp vi tính: đài bể thận không giãn chiếm 6,38%, giãn độ I chiếm 46,8%, giãn độ II chiếm 39,36 %, giãn độ III chiếm 7,45%. Thận được tán sỏi đa số còn chức năng kém (chiếm 53,2%).

Kết luận: Chụp cắt lớp vi tính không cản quang an toàn, có độ nhạy và chính xác cao trong chẩn đoán và điều trị sỏi thận.

Từ khóa: chụp cắt lớp vi tính, MSCT, sỏi thận.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF NON-CONTRAST COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF KIDNEY STONES

Introduction: Computed tomography is increasingly being indicated for the diagnosis and treatment of kidney stones. However, the use of contrast agents is limited in patients with chronic kidney disease, increases costs, and may lead to potential side effects. Therefore, evaluating the effectiveness of non-contrast computed tomography is highly significant in the diagnosis and treatment of kidney stones.

Objective: Evaluation of Non-Contrast Computed Tomography Results in the Diagnosis and Treatment of Kidney Stones.

¹Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hoàng Lâm

SĐT: 0906257462

Email: duong_hoang_lan@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Patients and methods: A descriptive cross-sectional study involving 94 patients diagnosed with kidney stones and undergoing non-contrast computed tomography from January 2024 to December 2024 at Binh Dan Hospital.

Results: The study on 94 cases of kidney stones showed that the average age of the study group was 52.49 ± 12.22 years, primarily within the 30–60 age group (69.14%), with a male-to-female ratio of 1.04. Based on imaging, complex renal stones accounted for 37.23%, isolated renal pelvis stones 51.06%, upper calyx stones 5.53%, and lower calyx stones 5.53%. Regarding stone count, 57 out of 94 patients (60.63%) had a single stone, while 15 out of 94 patients (15.96%) had three or more stones. The average stone size was 28.17 ± 12.01 mm, with 15.96% of stones <20 mm, 52.13% between 20–30 mm, and 31.91% >30 mm. Most stones had a density >1000 HU (84.04%).

The degree of renal pelvicalyceal dilatation on CT scan showed that 6.38% had no dilatation, 46.8% had Grade I dilatation, 39.36% had Grade II dilatation, and 7.45% had Grade III dilatation. In terms of renal function status in stone-treated kidneys, 53.2% had poor residual function.

Conclusion: Non-contrast computed tomography (CCLVTKCQ) is a safe imaging modality with high sensitivity and accuracy in the diagnosis and treatment of kidney stones.

Keywords: Computed Tomography (CT scan), kidney stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến và hay tái phát, tỷ lệ mắc bệnh từ 1 - 14% dân số tùy từng vị trí địa lý, trong sỏi tiết niệu sỏi thận gặp với tỷ lệ 40%. Bệnh gây nhiều ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động, đồng thời tốn kém trong điều trị. Ngoài ra sỏi thận là một bệnh lý có tỷ lệ tái phát cao, theo

Hossain F⁽³⁾, nguy cơ hình thành sỏi thận suốt đời là khoảng 11% đối với nam giới và 7 % đối với phụ nữ, có xu hướng tăng lên khi thay đổi chế độ ăn uống và khí hậu⁽⁶⁾. Tỷ lệ mắc bệnh phụ thuộc vào các yếu tố như địa lý, khí hậu, chủng tộc, chế độ ăn uống và di truyền. Khí hậu nhiệt đới nóng ẩm góp phần làm tăng tỷ lệ sỏi niệu tại nước ta. Các khảo sát cho thấy Việt Nam nằm trong vùng có tỷ lệ mắc bệnh sỏi tiết niệu cao gọi là “Vùng sỏi thế giới”.

Các biến chứng thường gặp là ứ nước thận, ứ mủ thận, áp xe thận, suy thận, nhiễm trùng máu. Ngày nay việc chẩn đoán sớm nhờ các chương trình khám sức khỏe định kỳ với chụp hệ tiết niệu không chuẩn bị, siêu âm, chụp niệu đồ tĩnh mạch (UIV), chụp cắt lớp vi tính (CT scan),... có thể phát hiện sỏi ngay cả khi chưa có triệu chứng lâm sàng.

Chụp cắt lớp vi tính (Computer Tomography Scanner – CT scan) hệ tiết niệu những năm gần đây được áp dụng ngày càng nhiều trong thực hành lâm sàng. CT scan có thể chẩn đoán sỏi tiết niệu với độ nhạy cao (98%), và độ đặc hiệu (96 - 100%) giúp đánh giá chính xác vị trí, số lượng, kích thích sỏi, mức độ ứ nước thận và các bất thường khác kèm theo. Ngoài ra, CT scan còn cho phép đánh giá chức năng thận, tình trạng nhu mô, cấu trúc giải phẫu đường bài xuất, các biến chứng do sỏi gây ra, theo dõi và đánh giá sau điều trị sỏi. Chính vì vậy mà chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu trở thành xét nghiệm hình ảnh tiêu chuẩn, có giá trị cao trước khi can thiệp phẫu thuật. Tuy nhiên, việc thực hiện chụp cắt lớp vi tính với tiêm thuốc cản quang có những hạn chế như có thể gây dị ứng thuốc cản quang mà không tiên lượng trước được, làm tăng mức độ suy thận của bệnh

nhân, gây suy thận cấp và không thực hiện được ở bệnh nhân suy thận nặng.

Trên thế giới, có nhiều nghiên cứu và hướng dẫn việc giảm liều thuốc cản quang trong chẩn đoán sỏi hệ tiết niệu. Tuy nhiên, hiện nay chụp cắt lớp vi tính có cản quang vẫn được sử dụng rộng rãi và chưa có hướng dẫn rõ ràng trong việc sử dụng tối ưu các phương tiện chẩn đoán để giảm chi phí và giảm liều phóng xạ. Để sử dụng hiệu quả các phương tiện CDHA cần trả lời 4 câu hỏi cụ thể được đặt ra trên thực hành lâm sàng: (1) Phương pháp CDHA nào được áp dụng khi bệnh nhân nghi ngờ sỏi thận? (2) Những thông tin nào cần đạt được? (3) Một khi đã có chẩn đoán sỏi thận thì phương tiện CDHA nào sẽ được áp dụng tiếp theo? (4) Sau điều trị, CDHA nào được sử dụng để theo dõi?

Để áp dụng chụp cắt lớp vi tính không cản quang trong chẩn đoán sỏi thận chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả việc sử dụng phim cắt lớp vi tính không có tiêm thuốc cản quang trong chẩn đoán và điều trị sỏi thận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi	30-60	65 (69,14 %)
	>60	28 (29,78 %)
	Trung bình	52,49 $\pm$ 12,22
Giới	Nam	48 (51,06 %)
	Nữ	46 (48,94 %)

Nhận xét: Nghiên cứu trên 94 trường hợp sỏi thận: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52,49 $\pm$ 12,22 tuổi, người cao tuổi nhất là 74 tuổi, người thấp tuổi nhất 20 tuổi, chủ yếu trong nhóm tuổi 30 - 60 tuổi (69,14 %), sau đó là nhóm tuổi > 60 chiếm 29,78 %. Nhóm nghiên cứu có 48 nam (chiếm 51,06 %) và 46 nữ (chiếm 48,94 %) với tỉ lệ nam/nữ là 1,04.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận có chỉ định phẫu thuật đến khám và điều trị tại khoa niệu bệnh viện Bình Dân. Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

2.2.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu nghiên cứu được xác định theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện là tất cả các bệnh nhân đảm bảo đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa phẫu thuật Tiết niệu bệnh viện Bình Dân. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

2.2.5. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 27.0. Các biến số định tính được biểu hiện dưới tỉ lệ phần trăm. Các tham số định lượng được thể hiện dưới trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng**Bảng 3.2. Vị trí sỏi trên chẩn đoán hình ảnh**

Vị trí sỏi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bể thận đơn thuần	48	51,06
Đài trên	5	5,32
Đài giữa	1	1,06
Đài dưới	5	5,32
Sỏi phức hợp	35	37,23
Tổng	94	100

Bảng 3.3. Số lượng sỏi trên chẩn đoán hình ảnh

Số lượng sỏi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 viên	57	60,63
2 viên	22	23,4
≥ 3 viên	15	15,96
Tổng	94	100

Bảng 3.4. Kích thước sỏi trên MSCT (n=94)

Kích thước sỏi	Số trường hợp (n)	Tỷ lệ (%)
< 20 mm	15	15,96
20-30 mm	49	52,13
> 30 mm	30	31,91
Tổng	94	100

Kết luận: Kích thước sỏi trung bình trong nghiên cứu là $28,17 \pm 12,01$ mm, trong đó nhóm sỏi có kích thước <20 mm có 15/94 bệnh nhân (chiếm 15,96%), nhóm sỏi từ 20 - 30 mm có 49/94 bệnh nhân (chiếm 52,13%), nhóm >30mm có 30/94 bệnh nhân (chiếm 31,91%).

Bảng 3.5. Diện tích bề mặt sỏi

Diện tích bề mặt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 200mm ²	31	32,98
200 mm ² - < 300mm ²	38	40,43
> 300 mm ²	25	26,59
Tổng	94	100

Bảng 3.6. Độ Hounsfield của sỏi đo trên CT scan

Diện tích bề mặt	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 1000 HU	15	15,96
> 1000 HU	79	84,04
Tổng	94	100

Bảng 3.7. Mức độ giãn của đài bể thận trên chụp cắt lớp vi tính

Mức độ giãn đài bể thận	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không giãn	6	6,38
Độ I	44	46,8
Độ II	37	39,36
Độ III	7	7,45
Tổng	94	100

Bảng 3.8. Kết quả xét nghiệm công thức máu

Chỉ số	Số TB	SD	Thấp nhất	Cao nhất
Hồng cầu (T/l)	4,7	0,5	3,2	6,0
Hematocrit (%)	42,9	6,5	6,5	50
Hemoglobin (g/l)	142,5	15,6	104	173
Bạch cầu (K/uL)	8,0	3,2	4,1	28,3
Tiểu cầu (K/uL)	282,5	86,7	125	701

Bảng 3.9. Kết quả xét nghiệm sinh hóa máu trước tán

Chỉ số	Số TB	SD	Thấp nhất	Cao nhất
Urê (mmol/L)	5,78	1,8	2,7	14,1
Creatinin (umol/L)	81,18	26,21	52	193
eGFR (MDRD)	83,11	20,74	31	128

Bảng 3.10. Kết quả xét nghiệm chức năng thận

Chức năng thận	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bình thường	44	46,8
Suy thận độ I	38	40,43
Suy thận độ II	10	10,64
Suy thận độ III	2	2,13
Tổng	94	100

3.3. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.11. Các phương pháp phẫu thuật

PP phẫu thuật	Số TH (n)	Tỷ lệ (%)	Tỷ lệ thành công từng PP (%)	Tỷ lệ tai biến - biến chứng (%)
Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL)	4	4,25	100	0
Lấy sỏi thận qua da (PCNL)	84	89,36	100	0
Mổ hở	6	6,38	100	0
Tổng	94	100	100	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Những thông tin cần đạt được khi sử dụng phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá và quản lý bệnh nhân bị sỏi tiết niệu. Nó cho phép chẩn đoán sỏi một cách nhanh chóng và chính xác. Hơn nữa, chẩn đoán hình ảnh có thể cung cấp thông tin về kích thước, vị trí, độ dễ vỡ và thành phần của sỏi, giúp bác sĩ tiết niệu xác định phương pháp điều trị phù hợp.

Lịch sử cho thấy, chụp X-quang bụng đơn giản (ví dụ: chụp thận-niệu quản-bàng quang [KUB]) và chụp niệu đồ tĩnh mạch (IVP) là các phương pháp chẩn đoán hình ảnh được lựa chọn cùng với siêu âm bụng để đánh giá bệnh nhân mắc bệnh sỏi. Ở hầu hết các quốc gia, các phương pháp này đã được thay thế bởi chụp cắt lớp vi tính không cản quang bụng và vùng chậu.

Chụp cắt lớp vi tính không cản quang (CCLVTKCQ) lần đầu tiên được mô tả để đánh giá sỏi tiết niệu vào cuối những năm

1970 và đã trở thành tiêu chuẩn trong việc chẩn đoán cơn đau bụng cấp tính ở nhiều quốc gia. Ban đầu, CCLVTKCQ được chỉ định để đánh giá sỏi tiết niệu nhằm phát hiện các loại sỏi không cản quang. Sau đó, CCLVTKCQ được chứng minh là cải thiện độ nhạy trong việc chẩn đoán sỏi niệu quản ở bệnh nhân bị đau mạn sườn so với IVP. Phương pháp này ngày càng được sử dụng để lập kế hoạch cho các thủ thuật tiết niệu liên quan đến sỏi tiết niệu.

Hơn nữa, CCLVTKCQ được chứng minh vượt trội so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác ở khả năng xác định sự hiện diện của sỏi tiết niệu (ngoại trừ các loại sỏi hình thành do thuốc ức chế protease như indinavir) và khả năng phát hiện các nguyên nhân khác gây đau bụng. Điều này đã được minh chứng trong nhiều nghiên cứu; trong một nhóm 1000 lần chụp CCLVTKCQ liên tiếp để đánh giá cơn đau quặn thận, có tới 10,1% trường hợp được chẩn đoán thay thế. Trong một nhóm khác, kết quả của 1500 lần chụp CCLVTKCQ được đánh giá đã cho thấy việc đánh giá cơn đau mạn sườn với nghi ngờ sỏi cho thấy có đến 24% bệnh nhân có kết quả khác biệt qua chụp cắt lớp vi tính (CT). CCLVTKCQ cung cấp thông tin về kích thước, vị trí giải phẫu, thậm chí là thành phần của sỏi, từ đó cung cấp cho bác sĩ những thông tin quan trọng để lập kế hoạch điều trị tiếp theo. Hình ảnh CCLVTKCQ có thể được thực hiện trong vài phút mà không cần sử dụng chất cản quang tĩnh mạch, giúp tránh nguy cơ vỡ đài thận trong trường hợp đau quặn thận cấp tính.

Hiện nay, CCLVTKCQ được coi là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hàng đầu trong việc đánh giá bệnh nhân bị đau mạn sườn cấp tính và nghi ngờ sỏi.

Những lợi ích khác của CT so với các phương pháp thay thế bao gồm khả năng cho biết chính xác gánh nặng sỏi của bệnh nhân, bao gồm cả khả năng phát hiện những viên sỏi thận nhỏ trong đài thận. Hơn nữa, việc sử dụng CT để chẩn đoán sỏi tiết niệu không nhất thiết phải cần đến bác sĩ chẩn đoán hình ảnh được đào tạo chuyên sâu. Có hai nghiên cứu đã báo cáo rằng cả bác sĩ tiết niệu và bác sĩ cấp cứu đều có thể đọc và giải thích chính xác hình ảnh CT trong chẩn đoán sỏi. Tuy nhiên, khả năng của các chuyên gia này trong việc xác định các chẩn đoán thay thế cho đau bụng vẫn kém hơn so với bác sĩ chẩn đoán hình ảnh trong cả hai nghiên cứu này.

Chụp cắt lớp vi tính không cản quang (CCLVTKCQ) có giá trị đáng kể trong việc lập kế hoạch trước phẫu thuật cho liệu pháp điều trị sỏi. Ngoài khả năng đánh giá kích thước và vị trí của sỏi tiết niệu, CCLVTKCQ trước phẫu thuật có thể xác định khoảng cách từ da đến sỏi (skin-to-stone distance - SSD) trước khi thực hiện tán sỏi bằng sóng xung kích (SWL), được coi là một yếu tố dự đoán độc lập cho sự thành công của phương pháp điều trị này. Khoảng cách từ da đến sỏi nhỏ hơn 11 cm có liên quan đến kết quả không còn sỏi tốt hơn so với khoảng cách lớn hơn 11 cm^{(8),(11)}. Ngoài ra, các giá trị hấp thụ tia CT cao hơn (đơn vị Hounsfield - HU) thường ít có khả năng bị vỡ hơn. Nếu phẫu thuật lấy sỏi qua da (PCNL) được thực hiện ở tư thế nằm sấp cổ điển, hình ảnh CT trước phẫu thuật đã được chứng minh là hữu ích trong việc xác định mối quan hệ giải phẫu (ví dụ: màng phổi trong trường hợp chọc thủng cực trên và các cơ quan lân cận), do đó làm giảm nguy cơ biến chứng trong phẫu thuật.

Như đã đề cập, CCLVTKCQ có thể cung cấp thông tin về kích thước và đặc biệt là thành phần của sỏi, điều này có thể giúp lựa

chọn phương pháp điều trị tốt nhất. Các đơn vị Hounsfield (HU) đã được sử dụng để dự đoán thành phần sỏi. Các loại sỏi cứng hơn thường có giá trị HU cao hơn (các giá trị này có thể thay đổi tùy thuộc vào tính đồng nhất). Giá trị HU > 1400 đã được liên kết với sỏi canxi oxalate và sỏi brushite, trong khi giá trị HU khoảng 400 chỉ ra sỏi axit uric hoặc sỏi cystine. Về việc lập kế hoạch điều trị bằng SWL, một nghiên cứu đã chỉ ra rằng sỏi có giá trị CT > 1000 HU ít bị vỡ hơn khi so sánh với sỏi có giá trị < 1000 HU. Tương tự, một nhóm nghiên cứu khác đã chứng minh hiệu suất cao hơn của SWL đối với sỏi < 1200 HU so với sỏi > 1200 HU (80,4% so với 66,2%; $p = 0,03$)⁽¹⁰⁾. Giá trị HU < 900 đã được chứng minh là một yếu tố dự đoán độc lập cho thành công của SWL^{(9),(11)}.

Nguồn năng lượng kép CCLVTKCQ ban đầu được mô tả là một phương pháp để phân biệt giữa sỏi chứa axit uric và sỏi chứa canxi. Gần đây, CCLVTKCQ nguồn năng lượng kép đã được báo cáo có thể phân biệt chính xác hơn các thành phần sỏi khác nhau⁽²⁹⁾. Trong một nghiên cứu in vivo, CCLVTKCQ nguồn năng lượng kép đã có thể xác định và phân biệt chính xác thành phần sỏi – ngay cả những loại sỏi có thành phần hỗn hợp^{(2),(12)}.

Nhìn chung, giá trị thông tin được cung cấp thông qua việc sử dụng CCLVTKCQ để nghi ngờ sỏi tiết niệu rất lớn, điều này được phản ánh qua sự gia tăng 70% sử dụng CT bụng trong các phòng cấp cứu tại Hoa Kỳ từ năm 2001 đến 2005. Tuy nhiên, sự gia tăng này không đồng đều ở tất cả các quốc gia. Tại Vương quốc Anh và Ireland, các bác sĩ tiết niệu sử dụng IVP để chẩn đoán đau mạn sườn trong 85% trường hợp⁽¹⁷⁾. Điều này được giải thích chủ yếu do thiếu các cơ sở CT, nhưng cũng do quen thuộc hơn với IVP

hoặc siêu âm thay vì CT. Điều này cũng có thể áp dụng cho nhiều quốc gia khác.

Nhược điểm lớn nhất của CT liên quan đến liều bức xạ mà bệnh nhân nhận được. Một số tác giả đã đề cập rằng liều bức xạ là lý do để tránh CT cho bệnh nhân nghi ngờ sỏi tiết niệu. Nguy cơ gây ung thư từ một lần quét CT là khó ước tính⁽⁷⁾. Liều bức xạ từ các nguồn y tế đã tăng lên đáng kể trong vài thập kỷ qua, phần lớn là do sự gia tăng sử dụng CT. Vào năm 1980, mức phơi nhiễm bức xạ trên đầu người tại Hoa Kỳ từ các nguồn y tế là 0,54 mSv so với 3,0 mSv vào năm 2006⁽⁴⁾. Ước tính có thêm 29000 ca ung thư có thể liên quan đến các lần chụp CT được thực hiện ở Hoa Kỳ từ năm 2007. Do đó, không nghi ngờ gì rằng bệnh nhân bị sỏi tiết niệu đang có nguy cơ phơi nhiễm bức xạ cao hơn đáng kể khi sử dụng các kỹ thuật hình ảnh, đặc biệt là CCLVTKCQ. Để giải quyết những mối lo ngại này, nhiều nghiên cứu gần đây đã phát triển các giao thức CT liều thấp để sàng lọc sỏi tiết niệu. Low-dose CCLVTKCQ được định nghĩa là một lần chụp CT với mức phơi nhiễm < 3 mSv cho mỗi lần kiểm tra. Một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng low-dose CCLVTKCQ hoạt động với độ nhạy tương đương với CCLVTKCQ thông thường trong việc chẩn đoán sỏi niệu quản và sỏi thận, ngoại trừ sỏi niệu quản ở bệnh nhân có chỉ số BMI cao⁽⁵⁾.

4.2. Kết quả điều trị

Nhờ CT scan không cản quang mà chúng tôi có thể đánh giá tốt hình thái sỏi, hệ thống đường bài xuất, những bất thường kèm theo, từ đó đánh giá, chẩn đoán và đưa ra hướng điều trị phù hợp. Chúng tôi ghi nhận tất cả 94 TH (tỉ lệ 100%) sỏi thận được điều trị đều ghi nhận tương đồng với CT scan không cản quang trước phẫu thuật và không ghi nhận

trường hợp nào cần phải làm thêm xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh bổ sung.

Tuy nhiên chụp cắt lớp vi tính hệ niệu không giúp chẩn đoán hẹp niệu quản dưới vị trí sỏi trước mổ, hẹp niệu quản dưới sỏi chỉ có thể phát hiện được khi thực hiện nội soi niệu quản.

4.3. Rẻ hơn, an toàn hơn khi so với cắt lớp vi tính có cản quang

Ở hầu hết các quốc gia, chi phí chụp CT hiện nay rẻ hơn nhiều so với thời kỳ đầu, và

phần lớn tương đương hoặc chỉ cao hơn một chút so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác cho bệnh sỏi. Chụp cắt lớp vi tính không cản quang có độ nhạy được báo cáo rất tốt, từ 95% đến 98%, và độ đặc hiệu từ 96% đến 98% trong việc chẩn đoán sỏi niệu quản ở bệnh nhân đau mạn sườn cấp tính, vượt trội hơn bất kỳ phương pháp chẩn đoán hình ảnh nào khác.

Phương pháp hình ảnh	Độ nhạy	Độ đặc hiệu
Chụp cắt lớp vi tính không cản quang (CCLVTKCQ)	94%–100%	92%–100%
CT "liều thấp"	97%	95%
Siêu âm		
- Sỏi thận	29%–81%	82%–90%
- Sỏi niệu quản	11%–93%	87%–100%
Chụp X-quang đơn giản		
- KUB (thận-niệu quản-bàng quang)	45%–58%	69%–77%
- IVP (niệu đồ tĩnh mạch)	52%–87%	92%–100%
Chụp cộng hưởng từ (MRI)	93%–100%	95%–100%

Nguồn: Lipkin ME, Preminger GM. Các kỹ thuật hình ảnh cho bệnh sỏi và phương pháp giảm phơi nhiễm phóng xạ. Urol Clin North Am. 2013;40(1).

Một nghiên cứu khác trên bệnh nhân có sỏi niệu quản cho thấy CCLVTKCQ có thể phát hiện các dấu hiệu tắc nghẽn như: tụ dịch quanh niệu quản (82,7%), ứ nước thận (80%), phù quanh niệu quản (59%), và thận giãn ứ nước một bên (57,2%).

Theo báo cáo trong năm 2012 của hiệp hội tiết niệu Hoa Kỳ, các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh chiếm khoảng 16% chi phí điều trị sỏi thận. Ở bệnh viện chúng tôi chi phí này chiếm khoảng 12%. Trong đó chi phí chụp cắt lớp vi tính có cản quang sẽ cao hơn không cản quang 15%.

Về vấn đề dị ứng thuốc cản quang, theo dõi 5000 trường hợp thực hiện cắt lớp vi tính

có tiêm thuốc cản quang trong năm 2023 tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi ghi nhận có 3 trường hợp dị ứng thuốc, trong đó có 1 trường hợp được đánh giá nặng với triệu chứng mệt, run, khó thở và 2 trường hợp còn lại dị ứng da, ngứa, nổi mẩn, cả 3 trường hợp điều trị ổn định sau 3 giờ. Không có trường hợp nguy hiểm tính mạng.

Nguy cơ dị ứng thuốc cản quang khi chụp cắt lớp vi tính phụ thuộc vào quá phản ứng của cơ thể với các thành phần của thuốc cản quang, tỉ lệ phản ứng phản vệ với thuốc cản quang được ghi nhận là 0,73%⁽¹⁾. Tuy nhiên mức độ dị ứng khó dự báo trước, nhẹ thường là nổi mẩn da, ngứa, nặng hơn gây viêm tĩnh mạch và có thể gây sốc phản vệ.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, có 50/94 bệnh nhân (chiếm 52,2%) có suy thận trước mổ và cả 50 bệnh nhân này đều chưa

phát hiện được suy thận trước lần vào viện này. Việc chụp CT scan không cản quang giúp giảm thiểu nguy cơ suy thận nặng hơn sau chụp phim cho hơn phân nửa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu này.

V. KẾT LUẬN

Chụp cắt lớp vi tính không cản quang có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất để chẩn đoán sỏi tiết niệu. Ngoài việc chẩn đoán, chụp cắt lớp vi tính không cản quang còn hữu ích trong việc lập kế hoạch điều trị bằng cách cung cấp thông tin về kích thước, vị trí, độ dễ vỡ và thành phần của sỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cha MJ, Kang DY, Lee W, et al.** Hypersensitivity Reactions to Iodinated Contrast Media: A Multicenter Study of 196 081 Patients. *Radiology*. 2019;293(1):117-124.
2. **Ferrandino MN, Pierre SA, Simmons WN, et al.** Dual-energy computed tomography with advanced postimage acquisition data processing: improved determination of urinary stone composition. *J Endourol*. 2010;24(3):347-354.
3. **Hossain F, Russell M, Rahman S, Ahmed T, Alim MA** (2016) "Outcome Of Percutaneous Nephrolithotomy In Patients With History Of Open Renal Surgery - A Comparative Study With PCNL In Primary Patients", *Bangladesh Med J*. 2016 Jan; 45 (1).
4. **Mettler FA Jr, Thomadsen BR, Bhargavan M, et al.** Medical radiation exposure in the U.S. in 2006: preliminary results. *Health Phys*. 2008;95(5):502-507.
5. **McCollough CH, Bruesewitz MR, Kofler JM Jr.** CT dose reduction and dose management tools: overview of available options. *Radiographics*. 2006;26(2):503-512.
6. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Đình Nguyên Đức** (2014), "Tán sỏi qua da trong sỏi thận tái phát", *Y học TP. Hồ Chí Minh*, phụ bản số 4, 111-118.
7. **Neisius A, Wang AJ, Wang C, et al.** Radiation exposure in urology: a genitourinary catalogue for diagnostic imaging. *J Urol*. 2013;190(6):2117-2123.
8. **Patel T, Kozakowski K, Hruby G, et al.** Skin to stone distance is an independent predictor of stone-free status following shockwave lithotripsy. *J Endourol*. 2009;23(9):1383-1385.
9. **Perks AE, Schuler TD, Lee J, et al.** Stone attenuation and skin-to-stone distance on computed tomography predicts for stone fragmentation by shock wave lithotripsy. *Urology*. 2008;72(4):765-769.
10. **Shah K, Kurien A, Mishra S, et al.** Predicting effectiveness of extracorporeal shockwave lithotripsy by stone attenuation value. *J Endourol*. 2010;24(7):1169-1173.
11. **Wiesenthal JD, Ghiculete D, D'A Honey RJ, et al.** Evaluating the importance of mean stone density and skin-to-stone distance in predicting successful shock wave lithotripsy of renal and ureteric calculi. *Urol Res*. 2010;38(4):307-313.
12. **Zilberman DE, Ferrandino MN, Preminger GM, et al.** In vivo determination of urinary stone composition using dual energy computerized tomography with advanced post-acquisition processing. *J Urol*. 2010;184(6):2354-2359.

ĐIỀU TRỊ THÙNG THỰC QUẢN TRỄ. XEM LẠI Y VẤN

Lê Quang Nghĩa¹, Hoàng Vĩnh Chúc¹, Lê Quang Nhân²

TÓM TẮT

Tóm lược: Điều trị thùng thực quản trễ. Báo cáo 2 trường hợp và xem lại y vấn.

Thùng thực quản trễ hiếm gặp nhưng dễ gây tử vong. Định bệnh sớm rất quan trọng trong việc điều trị tốt cho bệnh nhân. Các báo cáo gần đây trong y văn cho thấy 20% những trường hợp thùng thực quản trễ có biến chứng và tử vong. Đa số là do chấn thương do nội soi gấp xương cá hoặc răng giả. Phẫu thuật là chọn lựa để điều trị cho bệnh nhân.

Do bệnh cảnh cấp cứu này hiếm gặp nên phẫu thuật viên ít có kinh nghiệm trong xử trí. Cách ly thực quản (diversion with exclusion) là kỹ thuật tốt cho tình huống trễ này. Do không có stent chúng tôi báo cáo 2 trường hợp mở thực quản cổ ra da cho kết quả tốt.

Từ khóa: Thực quản, thùng thực quản, thùng thực quản trễ.

SUMMARY

MANAGEMENT OF DELAYED ESOPHAGEAL PERFORATION. REPORT OF TWO CASES AND REVIEW OF LITERATURE

Management of delayed esophageal perforation. Report of 2 cases and Review of Literature

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bệnh viện Đại Học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Nghĩa

SĐT: 0903953232

Email: prof.lequangnghia@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Delayed esophageal perforation is a rare but potentially life-threatening condition. Early diagnosis is important for management to achieve good outcome. However, recent studies continue to report high morbidity and mortality greater than 20% from delayed esophageal perforation. At least, the majority of perforation is traumatic due to endoscopy to remove fish bone or dentures. Surgical treatment remains an important option for many patients.

The rarity of this emergency makes it difficult for a physician to obtain extensive individual clinical experience; it is also challenging to obtain firm scientific that inform patient management and clinical decision-making.

Esophageal diversion with exclusion is very useful for delayed cases. Because lacking of stent we report 2 cases of cervical esophagostomy (diversion with exclusion) with good outcomes.

Keywords: Esophagus, Esophageal perforation, Delayed esophageal perforation.

I. ĐẠI CƯƠNG

Thùng thực quản là một cấp cứu ngoại khoa có tỷ lệ tai biến và tỷ lệ tử vong cao. Chưa có sự đồng thuận về phương pháp điều trị biến chứng chết người này. Trị trong vòng 24 giờ đầu thì tỷ lệ tử vong là 10 đến 25%. Nếu trễ tử vong lên đến 40 đến 60% [2][3]. Nguyên nhân tăng tử vong là do vị trí của thực quản khiến vi trùng gây viêm trung thất, nhiễm khuẩn huyết và suy đa cơ quan rất nhanh.

Do bệnh hiếm gặp và triệu chứng mơ hồ nên hơn 50% là định bệnh trễ [3]. Các yếu tố nguyên nhân bao gồm mắc phải (iatrogenic),

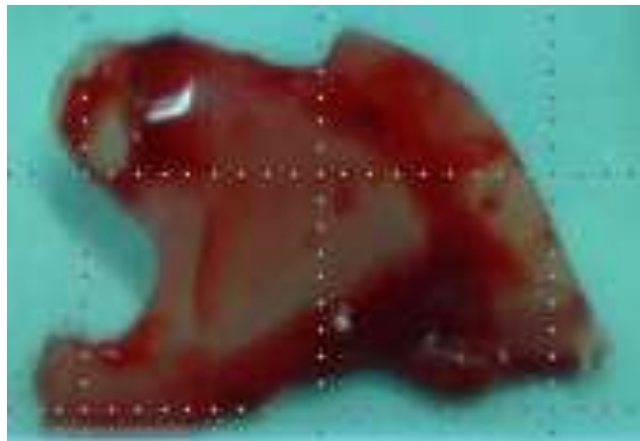
chấn thương (traumatic), tự nhiên (spontaneous) và nuốt vật lạ [5].

Nếu biết bệnh trong vòng 24 giờ thì khâu chỗ thủng ngay và dẫn lưu rộng trung thất là điều trị hợp lý. Trẻ hơn thì còn nhiều bàn cãi về phương pháp điều trị. Các yếu tố dự hậu chính là thời gian định ra bệnh [3][5].

II. BỆNH ÁN 1

Bệnh nhân nữ 69 tuổi, nuốt nhầm răng giả, được nội soi gấp ra gây thủng thực quản, nhập viện sau 3 ngày. Chụp X quang thực

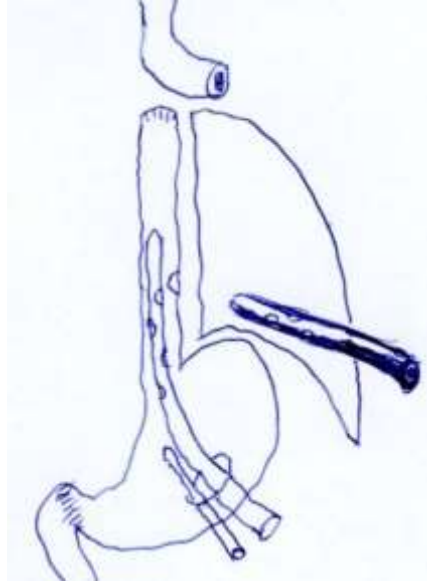
quản cản quang với Gastroraffin cho thấy chất cản quang tràn ra ngoài thực quản. Bệnh nhân có triệu chứng viêm trung thất và đã được cắt ngang thực cổ mở thực quản ra da (diversion with exclusion), đặt 1 ống trong lòng thực quản ngang chỗ thủng, 1 ống mở dạ dày ra da giải áp, 1 ống đi xuống dưới để nuôi ăn, dẫn lưu màng phổi và dẫn lưu trung thất. Kết quả tốt bất ngờ. Ba tháng sau bệnh nhân được mổ lần thứ 2 nối lại 2 đầu thực quản cổ.



Hình 1. Răng giả của bệnh nhân thứ nhất



Hình 2. Chất cản quang tràn ra ngoài thực quản. Bệnh nhân thứ nhất



Hình 3. Phương pháp điều trị thủng thực quản trẽ. Cách ly thực quản (diversion with exclusion) kèm dẫn lưu trong lòng thực quản, mở dạ dày nuôi ăn, dẫn lưu màng phổi và trung thất



Hình 4. Kết quả tốt. Bệnh nhân thứ nhất bình phục ngay sau cuộc mổ

III. BỆNH ÁN 2

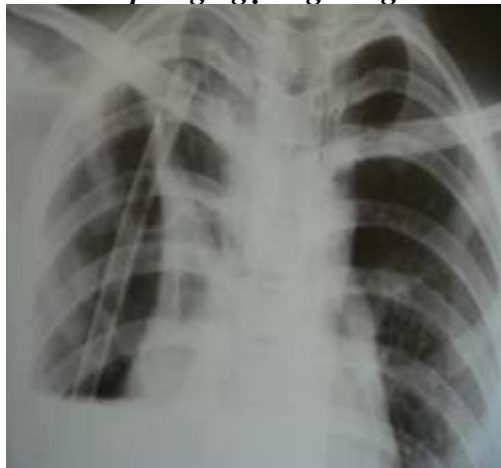
Bệnh nhân nam 18 tuổi được mổ ở bệnh viện bạn với định bệnh là bướu trung thất. Bệnh nhân được mổ ngực liên sườn 2 bên phải. Trong mổ, do dính nhiều nên phẫu thuật viên quyết định cắt bán phần bướu không ngờ bướu là túi thừa thực quản. Chúng tôi được hội chẩn vì rò thực quản sau mổ.



Hình 5. X quang ngực thẳng trước mổ



Hình 6. X quang ngực nghiêng trước mổ



Hình 7. Sau mổ. Xếp phổi, tràn khí, tràn dịch màng phổi



Hình 8. Sau mổ. Xẹp phổi, tràn khí, tràn dịch màng phổi. X quang phổi thẳng



Hình 9. Rò thực quản, hình chụp 2 tuần sau mổ



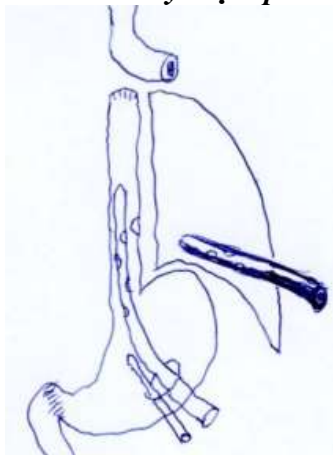
Hình 10. Rò thực quản, hình chụp 2 tuần sau mổ



Hình 11. X quang phổi sau khi cách ly thực quản (diversion with exclusion)



Hình 12. X quang phổi sau khi cách ly thực quản (diversion with exclusion)



Hình 13. Cách ly thực quản (diversion with exclusion)



Hình 14. Rút ống dẫn lưu màng phổi



Hình 15. Ba tháng sau bệnh nhân được mổ lại làm colon-bypass



Hình 16. Colon-bypass. Hình X quang nghiêng sau colon-bypass



Hình 17. Bệnh nhân bắt đầu ăn bằng miệng sau colo-bypass



Hình 18. X quang phổi trước khi xuất viện

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tần suất

Tần suất trên thế giới rất khó biết, khoảng 3,1 người/1.000.000 dân/năm. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi 60 và hầu hết là nam giới [1][2].

4.2. Nguyên nhân

Thủng thực quản thường là mắc phải (iatrogenic) do thủ thuật nội soi, như nong trong điều trị co thắt tâm vị. Ngoài ra có thể do phẫu thuật cơ quan cạnh thực quản. Có khoảng 15% thủng tự nhiên (spontaneous)

trên thực quản không có bệnh gì trước đó. Hầu hết là do ói vọt (intense vomiting) như hội chứng Boerhaave, hội chứng được tả năm 1720 [5]. Có thể do vết thương xuyên thủng thực quản cổ hoặc thực quản ngực.

4.3. Triệu chứng

70% các trường hợp có đau ngực khi thủng thực quản ngực. Các triệu chứng khác không có giá trị đặc hiệu. Đau trong thủng thực quản thường là cấp tính và đột ngột, lan ra sau lưng hoặc vai trái. 25% đau sau ói và khó thở.

Tam chứng ói, đau ngực và tràn khí dưới da gọi là tam chứng Mackler [3].

Khi thủng thực quản cổ thì có đau ở cổ. Ngoài ra trong nhóm bệnh nhân này còn có khàn tiếng, tràn khí dưới da. Đôi khi đau ở thượng vị nếu thủng ở ranh giới thực quản-tâm vị.

Hơi trong trung thất là triệu chứng chủ yếu, xuất hiện sau 1 giờ và có ở 40% bệnh nhân. Trung thất rộng ra do viêm phù nề xuất hiện sau nhiều giờ.

Vị trí chỗ thủng cũng ảnh hưởng đến X quang. Thủng ở cổ thì hơi ở cổ còn tràn khí trung thất hiếm thấy. Trong khi thủng ở ngực thì ngược lại.

77% bệnh nhân rách màng phổi trung thất sẽ có tràn khí màng phổi. 2/3 các trường hợp thủng bên trái, 1/5 thủng bên phải và 1/10 thủng 2 bên. Nếu màng phổi còn nguyên thì tràn khí trung thất xảy ra rất nhanh.

Định bệnh chính xác là chất cản quang tràn ra ngoài thực quản thấy trong 90% các trường hợp. Tốt nhất là dùng cản quang tan trong nước như Gastrografin nhưng có 10% âm tính giả.

Khi thăm khám bệnh nhân thường có triệu chứng rất nặng. Sau đó thường thấy là

tim đập nhanh và sốt trên 38,5 độ. Phản ứng viêm toàn thân thường xảy ra trong vòng 24-48 giờ và nhiễm trùng trung thất gây trụy tim-mạch và suy đa tạng đưa đến tử vong rất nhanh. Không có xét nghiệm nào đánh giá hết mọi chi tiết của thủng thực quản. Vì vậy cần chẩn đoán sớm dựa vào nhiều phương tiện [5].

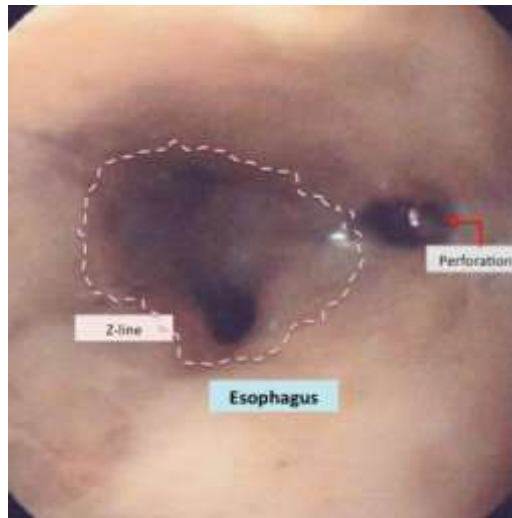
4.4. Hình ảnh học

- X quang: định bệnh thủng thực quản dựa vào triệu chứng X quang gián tiếp như X quang phổi thẳng và nghiêng. Các triệu chứng cần lưu ý là tràn dịch màng phổi, khí trong trung thất, tràn khí dưới da, tràn khí màng phổi và xẹp phổi.

X quang với cản quang tan trong nước như Gastrografin (nếu bệnh nhân còn nuốt được) sẽ cho thấy chất cản quang thoát ra khỏi thực quản. Nên dùng chất cản quang tan trong nước thay vì barium để tránh viêm trung thất nếu có thủng thực quản. Nên xét nghiệm này âm tính thì 4-6 giờ sau nên thực hiện lại nếu vẫn nghi ngờ có thủng thực quản.

- CT với cản quang uống vùng thực quản và bụng trên có thể cho thấy cản quang thoát ra ngoài thực quản. Tụ hơi, tụ dịch trong trung thất, tràn dịch màng phổi, tràn khí màng tim, tràn khí trong ổ bụng là các dấu chứng cho biết có thủng thực quản. Vị trí thủng và mức độ thủng thấy rõ hơn X quang thông thường.

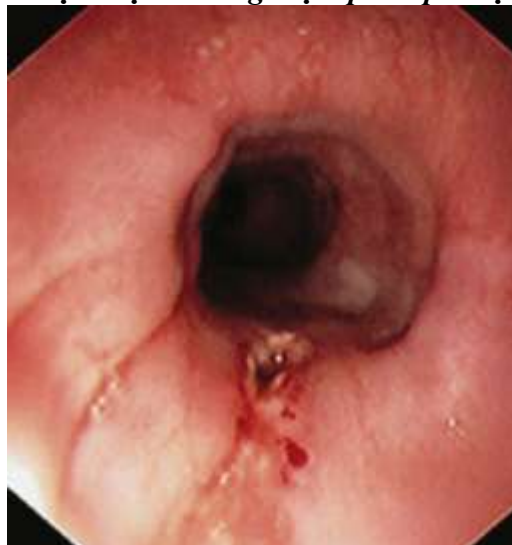
- Nội soi thực quản: nên dùng khi nghi ngờ thủng thực quản sớm mà X quang âm tính và vì lý do nào đó bệnh nhân không uống được chất cản quang [3]. Nội soi có thể giúp quan sát toàn thể thực quản và giúp định bệnh thủng sớm. Đây là phương pháp định bệnh chính xác.



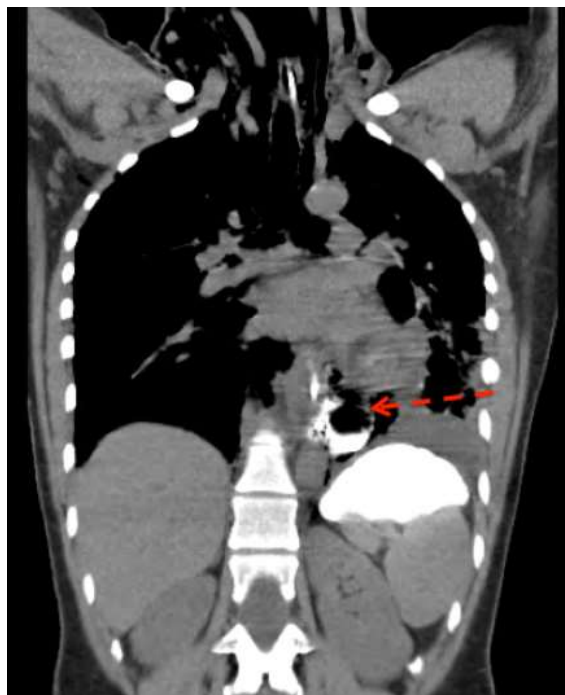
Hình 19. Định bệnh thủng thực quản qua nội soi (24 giờ). [3]



Hình 20. Định bệnh thủng thực quản qua nội soi. [4]



Hình 21. Thủng thực quản do gắp xương cá. Hình qua nội soi. [4]



Hình 22. Hình CT cho thấy chất cản quang tràn ra ngoài và có khí [3].

V. ĐIỀU TRỊ

Điều chỉnh yếu cho điều trị tốt là định bệnh sớm. Tốt nhất là khâu lại lỗ thủng trong vòng 24 giờ thì 80-90% sống sót. Vị trí thủng thường gặp nhất là bờ trái thực quản trên ranh giới thực quản-dạ dày.

Tỷ lệ tử vong sau khi khâu ngay thay đổi từ 8 đến 20%. Khâu sau 24 giờ thì sống còn <50% và không ảnh hưởng bởi kỹ thuật mổ (dẫn lưu đơn thuần hay dẫn lưu kèm khâu chỗ thủng).

Nếu thời gian khâu kéo dài đến 24 giờ mô đã viêm thì nên mở thực quản cổ ra da. Vùng trung thất viêm nhiễm được dẫn lưu và mở hồng tràng ra da nuôi ăn.

Làm như thế thì tình trạng bệnh nhân sẽ khá ngay. Qua con nhiễm trùng bệnh nhân được cho xuất viện và trở lại để tái tạo thực quản bằng đại tràng (colon-bypass).

Không điều trị khẩn trương như thế thì tỷ lệ tử vong >50% ở những trường hợp định bệnh trễ.

Điều trị không mổ được dành cho các trường hợp chọn lọc. Muốn vậy cần có phán xét tình huống và khảo sát kỹ phim X quang. Cameron nêu ra 3 tiêu chuẩn để điều trị bảo tồn:

- X quang cho thấy thủng trong trung thất và chất cản quang ra vào lỗ thủng dễ dàng
- Triệu chứng lâm sàng nhẹ
- Và không có dấu nhiễm trùng huyết.

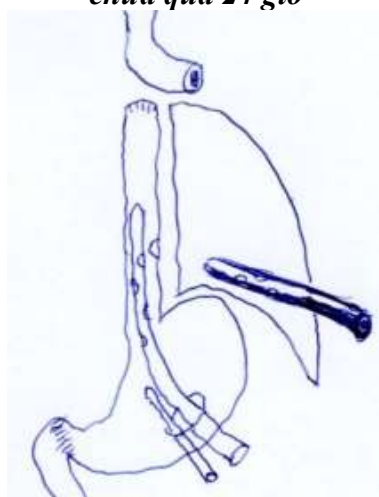
Khi hội đủ các điều kiện này thì dùng nuôi ăn qua tĩnh mạch (parenteral hyperalimentation), kháng sinh phổ rộng và PPI để giảm tiết dạ dày và giảm hoạt tính của pepsin. Cho bệnh nhân ăn lại đường miệng vào ngày thứ 7 đến 14 tùy vào kết quả của X quang.

5.1. Điều trị qua nội soi (ca mới thủng)

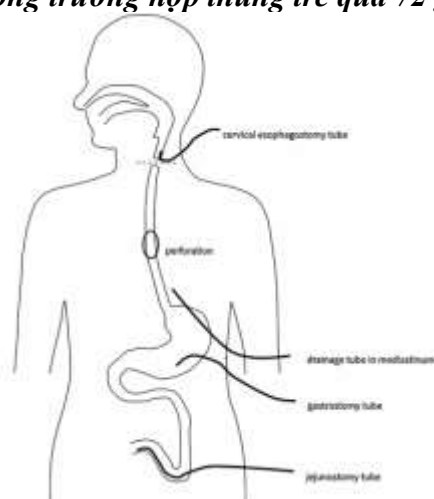
Mới thủng: thì dùng the-over-scope-clip (Germany). Lỗ thủng phải hội đủ điều kiện có kích thước 1-2 cm. Ngoài ra có thể đặt stent ngang qua lỗ thủng, sau đó rút ra khi thực quản đã lành.



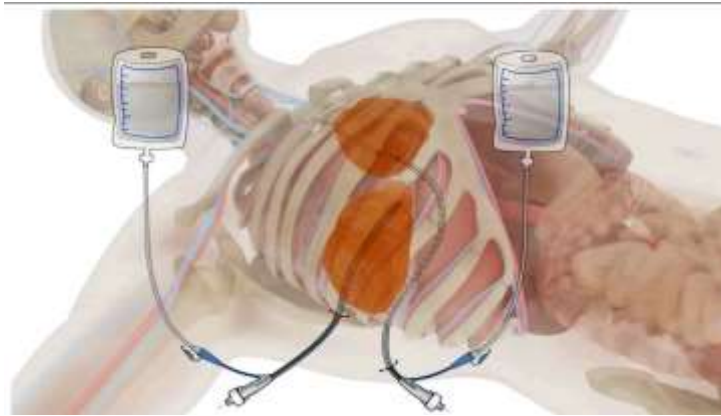
Hình 23. The over the scope clip (Đức) rất hữu hiệu trong trường hợp thủng chưa quá 24 giờ



Hình 24. Kỹ thuật cách ly thực quản (diversion with exclusion) rất hữu hiệu trong trường hợp thủng trễ quá 72 giờ



Hình 25. Một cách cách ly thực quản



Hình 26. Cách ly thực quản [2]



Hình 27. Kẹp lỗ thủng với the over the scope clip. [4]



Hình 28. Đặt stent ngang qua lỗ thủng. [4]

5.2. Điều trị thủng trong ngực trẻ

Kỹ thuật bao gồm:

- Dẫn lưu trong lòng thực quản.
- Mở dạ dày ra da nuôi ăn.
- Dẫn lưu màng phổi.
- Dẫn lưu trung thất.
- Mở thực quản cổ ra da (diversion with exclusion).
- Tạo hình thực quản về sau.

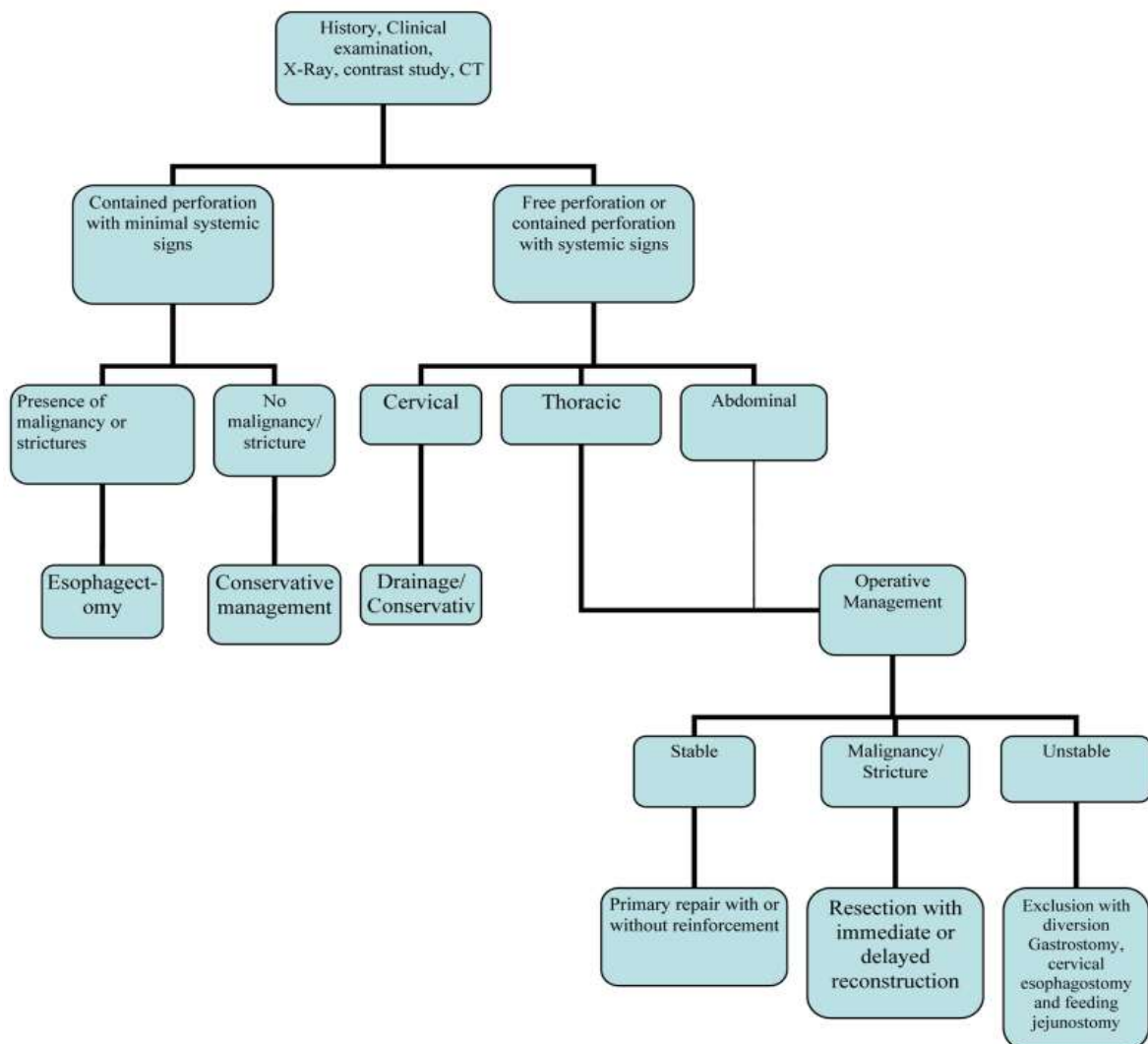
Chẩn đoán sớm và điều trị hợp lý thủng thực quản là hai điều rất quan trọng. Nếu lúc

đầu các xét nghiệm đều âm tính thì phải lập lại nếu vẫn còn nghi ngờ thủng thực quản.

Câu hỏi quan trọng là nên mổ lớn ngay hay chỉ dùng cách ít xâm hại không mổ.

Các biện pháp như dùng kháng sinh phổ rộng, PPI là các biện pháp cần thiết ở ICU. Dẫn lưu qua da hay dẫn lưu qua nội soi hoặc dùng negative vacuum therapy còn tùy tình hình lâm sàng.

Trong khi có nhiều chọn lựa về điều trị [1] thì điều quan trọng là chẩn đoán sớm [1][5].



Hình 29. Lưu đồ xử trí thủng thực quản (Kaman. L)[1]

VI. KẾT LUẬN

Thủng thực quản trễ là tình huống rất nguy hiểm tử vong rất cao. Đặt stent hoặc nếu không có stent thì cách ly thực quản (diversion with exclusion) là kỹ thuật rất hữu hiệu để cứu mạng bệnh nhân.

Cần có nghiên cứu với mẫu lớn hơn nhằm đánh giá chính xác độ hữu hiệu của phương pháp đưa thực quản cổ ra da (diversion with exclusion) cho các tình huống rất nguy hiểm này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaman L-Iqbal J-Kundil B-Kochhar R:** Management of Esophageal Perforation Adults. Review. Gastroenterology Research, 2010. 3: 235.
2. **Zong S-Wu Z-Wang Zh:** Successful Treatment of Fishbone-Induced Esophageal Perforation and Mediastinal Abscess: A Case Report and Literature Review. Am J Case Rep. 2023. 24: e942056.
3. **Soreide JA-Viste A:** Esophageal perforation: diagnostic work-up and clinical Decision-making in the first 24 hours. Review. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2011, 19:66.
4. **Phillip S. Ge-Gottumukkala S. Raju:** Rupture and Perforation of the Esophagus in Richter JE et al (eds): The Esopagus. Wiley Blackwell. 6 th edition. 2021. pp. 769.
5. **Dunst Ch M-Mansour T:** Management of Esophageal Perforation in Ninh T Nguyen et al (eds): The AFS The Textbook of Foregut Disease. Springer. 2020. pp. 385.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TÁI PHÁT

Vương Thừa Đức^{1,2}, Lưu Đức Hòa²,
Nguyễn Quốc Sơn², Bùi Minh Tín², Võ Chí Nguyễn³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị bẹn là bệnh phổ biến, chiếm 75% các trường hợp thoát vị thành bụng, với tỉ lệ tái phát sau phẫu thuật là 13%. Phẫu thuật nội soi (PTNS) được khuyến cáo là phương pháp điều trị hiệu quả đối với thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước, nhằm tránh mô sẹo dính. Tại Việt Nam các nghiên cứu về PTNS trong điều trị thoát vị bẹn tái phát còn ít. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả của PTNS trong điều trị thoát vị bẹn tái phát sau mổ mở qua ngã trước.

Phương pháp: Phân tích hồi cứu những bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ 9/2021 đến 9/2024.

Kết quả: Tổng cộng có 32 bệnh nhân được ghi nhận. Các bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $58,3 \pm 15$. Phần lớn bệnh nhân là nam (90,6%) và tái phát thoát vị bẹn lần đầu (91%). Thời gian tái phát trung bình là 30 tháng, với tỷ lệ tái phát sớm chiếm 43,8%. Phẫu thuật nội soi theo phương pháp TEP được áp dụng cho 90,6% trường hợp. Thời gian nằm viện trung vị sau mổ là 2 ngày, và tỷ lệ tai biến trong mổ là 3,1%. Biến chứng sớm

ghi nhận là 25%, với các trường hợp tụ dịch, tụ máu và nhiễm khuẩn vết mổ. Biến chứng muộn là 20%, chủ yếu là đau mạn tính và dị cảm vùng bẹn bìu, không ảnh hưởng nhiều đến sinh hoạt của bệnh nhân.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi (TEP, TAPP) có lợi thế về tỷ lệ tái phát thấp, thời gian hồi phục nhanh chóng, và biến chứng chủ yếu nhẹ, tỷ lệ không cao.

Từ khóa: Thoát vị bẹn tái phát, Phẫu thuật thoát vị, Nội soi ổ bụng, Thủ thuật phẫu thuật ít xâm lấn, Tái phát.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY IN TREATMENT OF RECURRENT INGUINAL HERNIA

Introduction: Inguinal hernia is a common surgical disease, accounting for 75% of abdominal wall hernias, with a post operative recurrence rate of 13%. For avoiding adhesion, laparoscopic surgery (LS) is recommended for recurrence after open anterior access hernioplasty. Studies of LS for recurrent inguinal hernia are now so limited in Vietnam. The objective of this study is to evaluate the results of laparoscopic surgery in the treatment of recurrent inguinal hernia after open surgery.

Methods: A retrospective analysis on patients of recurrent inguinal hernia after anterior access open hernioplasty and were treated with laparoscopic surgery at Binh Dan Hospital from September 2021 to September 2024.

Results: There were 32 patients with mean age of 58.3 ± 15 . Most of them were male (90.6%) and had a first recurrence (91%). The

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²BV Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y Tân Tạo

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thừa Đức

SĐT: 0903979725

Email: bsvuongduc.1960@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

average elapse time before recurrence was 30 months. Laparoscopic surgery with TEP method was applied in 90.6% and TAPP in 9.4% of cases. The slight intraoperative complication rate was 3.1% and the median postoperative hospital stay was 2 days. Early complications were 25%, including seroma, hematoma, and wound infections. Late complications were 20% of patients, composing slight chronic pain and paresthesia in the inguinal and scrotal areas.

Conclusion: Laparoscopic surgery (TEP, TAPP) offers advantages in terms of low recurrence rates, rapid recovery times, and predominantly mild complications with low incidence. This method is a suitable option for treating recurrent inguinal hernia after anterior access open surgery.

Keywords: recurrent inguinal Hernia, Hernia surgery, Laparoscopic surgery, Minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh ngoại khoa thường gặp mà tái phát vẫn là điều quan trọng nhất. Điều trị tái phát thường khó khăn hơn do mô sẹo dính tạo ra của lần mổ trước^{1,2,3}. Do đó, chọn đường vào để tránh dính sẽ giúp cuộc phẫu thuật dễ dàng và thuận lợi hơn. Theo khuyến cáo của EHS (European Hernia Society); đối với những ca thoát vị bẹn đã mổ theo ngã trước, thì nên mổ lại tiếp cận bằng ngã sau (như phẫu thuật nội soi-PTNS) để tránh phải đi ngang qua vùng mô dính là thích hợp hơn⁴. Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn tái phát hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá. Do đó, những đặc điểm kỹ thuật trong khi mổ (sẹo dính tạo ra từ lần mổ trước, khó khăn khi mổ...), kết quả

sau mổ vẫn còn chưa được đề cập chi tiết. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm vào việc tìm hiểu, liệu việc thực hiện PTNS trên đối tượng thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước theo khuyến cáo của EHS (European Hernia Society) có khó khăn gì do mô dính tạo ra từ lần mổ trước hay không và kết quả điều trị như thế nào? Chúng tôi tiến hành đề tài: **“Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn tái phát bằng phẫu thuật nội soi”**, nhằm hai mục tiêu:

1. Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước.
2. Xác định tỉ lệ tái phát, biến chứng sau phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hội cứu mô tả hàng loạt ca. Đối tượng nghiên cứu là Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn tái phát sau mổ qua ngã trước (Bassini, Mc Vay, Lichtenstein) và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ tháng 9 năm 2021 đến tháng 9 năm 2024. Số liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 3 năm từ (9/2021 đến 9/2024) tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thu thập được 32 trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Tuổi, giới

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi bệnh nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
16 – 40	4	12,5
41 – 60	13	40,6
> 60	15	46,9
Tổng	32	100

Tuổi trung bình là $58,3 \pm 15$ (nhỏ nhất 23 tuổi, lớn nhất 83 tuổi).

Chỉ có 3 bệnh nhân là nữ (9,4%), còn lại 29 là nam (90,6%)

3.2. Chỉ số khối cơ thể (BMI)

Theo tiêu chuẩn BMI dành riêng cho người Châu Á, đa số bệnh nhân có chỉ số BMI nằm trong giới hạn bình thường với 19 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 59,4%. Nhóm thừa cân với 10 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 31,2%.

Nhóm béo phì và gầy với lần lượt 2 và 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 6,3% và 3,1%.

3.3. Bệnh lý kèm theo, thói quen

Chúng tôi ghi nhận theo nhóm các bệnh lý kèm theo gồm có bệnh thần kinh-mạch máu não, bệnh tim mạch-tăng huyết áp, đái tháo đường, phì đại tuyến tiền liệt. Có 15 bệnh nhân có bệnh lý kèm theo chiếm 46,9%, trong đó có 4 bệnh nhân có 2 bệnh kết hợp chiếm 12,5%.

Bảng 2. Bệnh lý kèm theo

Bệnh lý	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý thần kinh - mạch máu não	3	9,4
Bệnh lý tim mạch - tăng huyết áp	14	43,75
Đái tháo đường	1	3,1
Phì đại tuyến tiền liệt	1	3,1

Có 1 trường hợp uống rượu bia, 1 trường hợp hút thuốc lá và 1 trường hợp vừa uống rượu bia, vừa hút thuốc lá.

3.4. Phân loại tình trạng sức khỏe theo ASA

Có 84,38% bệnh nhân (27/32) được phân loại ASA II và 15,62% (5/32) được phân loại ASA III trước mổ.

3.5. Số lần tái phát thoát vị bẹn

Có 29 trường hợp tái phát lần thứ nhất (91%) và 3 trường hợp tái phát lần thứ hai (9%).

Thời gian tái phát sớm nhất là 1 tuần và lâu nhất là 50 năm, trung vị là 30 tháng. Tất cả bệnh nhân đều tự phát hiện và đến khám tại bệnh viện Bình Dân.

Bảng 3. Thời gian từ lúc mổ lần trước đến khi phát hiện tái phát

Thời gian tái phát	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Dưới 2 năm	14	43,8
Từ 2 -5 năm	6	18,8
Trên 5 năm	12	37,5
Tổng	32	100

3.6. Phương pháp mổ lần gần nhất

Có 9/32 trường hợp (28,1%) đã mổ tại bệnh viện Bình Dân. Có 13 trường hợp (41%) đã mổ dùng mảnh ghép và 19 trường hợp (59%) đã mổ dùng mô tự thân.

3.7. Vị trí bên tái phát

Thoát vị bên tái phát bên trái chiếm tỷ lệ 43,8% với 14 bệnh nhân.

Thoát vị bên tái phát bên phải chiếm tỷ lệ 40,6% với 13 bệnh nhân.

Có 5 trường hợp thoát vị bên tái phát hai bên chiếm 15,6%.

3.8. Kết quả phẫu thuật**3.8.1. Phương pháp phẫu thuật nội soi**

Phẫu thuật nội soi theo kỹ thuật TEP với 29 trường hợp (90,6%), và theo kỹ thuật TAPP là 3 trường hợp (9,4%).

3.8.2. Loại thoát vị tái phát và liên quan đối với phương pháp mổ lần gần nhất**Bảng 4. Liên quan giữa phương pháp mổ lần trước và loại tái phát**

Mổ lần gần nhất \ Loại tái phát	Trực tiếp	Gián tiếp	Hỗn hợp	Đùi	Tổng
Dùng mảnh ghép	5	5	3	0	13
Dùng mô tự thân	6	8	4	1	19
Tổng	11	13	7	1	32

Thoát vị gián tiếp được ghi nhận nhiều nhất với 13 trường hợp (40,6%). Thoát vị trực tiếp và hỗn hợp lần lượt 11 và 7 trường hợp (34,4% và 21,9%). Có 1 trường hợp thoát vị đùi (3,1%) (bệnh nhân nữ).

Với 13 bệnh nhân đã mổ dùng mảnh ghép có 5 trường hợp tái phát loại trực tiếp, 5 trường hợp loại gián tiếp và 3 trường hợp loại hỗn hợp. Với 19 bệnh nhân đã mổ dùng

mô tự thân có 6 trường hợp tái phát loại trực tiếp, 8 trường hợp loại gián tiếp, 4 trường hợp loại hỗn hợp và 1 trường hợp thoát vị đùi.

Không có sự khác biệt về loại tái phát ghi nhận trong mổ giữa hai phương pháp mổ dùng mảnh ghép và dùng mô tự thân ($p=1,0$).

3.8.3. Kích thước mảnh ghép được dùng**Bảng 5. Kích thước mảnh ghép được dùng**

Loại mảnh ghép	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)
10cm x 15cm 3D	17	53,1
10cm x 15cm 2D	10	31,3
7,6cm x 15cm 2D	5	15,6

3.8.4. Cố định mảnh ghép**Bảng 6. Cố định mảnh ghép**

Cố định mảnh ghép	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không cố định	27	84,38
Dùng keo sinh học	3	9,37
Dùng chỉ khâu nội soi	2	6,25

3.8.5. Tình trạng dính mô vùng tiền phúc mạc

Mặc dù lần mổ trước là đi theo ngã trước, nhưng chúng tôi vẫn ghi nhận có 9 trường hợp (28,1%) có hiện tượng dính mô vùng tiền phúc mạc. Có thể do ở lần mổ trước, khi cột cao cổ túi là đã có bóc tách đến khoang tiền phúc mạc rồi (đối với thoát vị gián tiếp) hoặc do mạc ngang bị phá vỡ khiến khoang tiền phúc mạc đã thông thương vào ống bẹn (đối với thoát vị trực tiếp). Riêng 23 trường

hợp còn lại (71,9%) không ghi nhận viêm dính vùng mô.

3.8.6. Dẫn lưu vùng mô

Có 8 trường hợp được đặt dẫn lưu, chiếm tỷ lệ 25%. Trong đó, 7 trường hợp được đặt tại vùng mô (sau phẫu thuật TEP), và 1 trường hợp đặt tại túi cùng Douglas (sau phẫu thuật TAPP). Các ống dẫn lưu được rút vào ngày hậu phẫu 1-3.

3.8.7. Thời gian phẫu thuật

Bảng 7. Thời gian phẫu thuật

Phẫu thuật 1 bên	Số lượng (n=27)	Tỷ lệ (100%)
40-60 phút	14	51,85
61-90 phút	10	37,05
Trên 90 phút	3	11,1
Phẫu thuật 2 bên	Số lượng (n=5)	Tỷ lệ (100%)
Dưới 90 phút	1	20
90-120 phút	1	20
120-150 phút	3	60

Thời gian phẫu thuật 1 bên (n=27) có trung vị là 65 phút [60-90]; thời gian ngắn nhất là 40 phút, dài nhất là 210 phút. Trong đó, thời gian từ 40-60 phút chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 14 trường hợp (51,85%). Trên 90 phút chỉ có 3 trường hợp (11,1%).

Thời gian phẫu thuật 2 bên (n=5) có trung vị là 120 phút [82,5-150]; thời gian ngắn nhất là 75 phút, dài nhất là 150 phút. Trong đó, có 1 trường hợp dưới 90 phút, 1 trường hợp 90-120 phút, và 3 trường hợp 120-150 phút.

3.8.8. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Số ngày nằm viện sau phẫu thuật có trung vị là 2 ngày [1-3], ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 4 ngày.

3.8.9. Tai biến và biến chứng trong mổ

Chỉ có 1 trường hợp thủng phúc mạc và chuyển mổ mở (3,1%). Trường hợp này thoát vị tái phát 2 bên, dính mô vùng mô, được chuyển mổ theo phương pháp Lichtenstein 2 bên, không ghi nhận tai biến và biến chứng trong mổ khác.

31 trường hợp còn lại không ghi nhận tai biến và biến chứng trong mổ (96,9%).

3.8.10. Biến chứng sớm

Bảng 8. Biến chứng sớm

Biến chứng	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ (%)
Tự dịch vùng bẹn bìu	3	9,38
Tự máu vùng bẹn bìu	2	6,25
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	6,25
Sưng đau tinh hoàn	1	3,12

Các trường hợp đều được điều trị nội khoa ổn trong vòng 1-2 tuần. Không cần phải can thiệp thêm bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

3.8.11. Biến chứng muộn

Bằng cách liên lạc với bệnh nhân qua điện thoại và qua hồ sơ tái khám tại bệnh

viện Bình Dân, chúng tôi liên lạc được với 25/32 bệnh nhân (78,1%).

Có 20 trường hợp được theo dõi trong thời gian dưới 2 năm và 5 trường hợp trong thời gian từ 2 năm trở lên. Thời gian theo dõi trung vị là 15,5 tháng [5-20], ngắn nhất là 2 tháng, dài nhất là 35 tháng.

Bảng 9. Biến chứng muộn sau mổ

Biến chứng	TEP (n=22)	TAPP (n=3)	Tổng (n=25)	Tỉ lệ (%)
Đau mạn tính sau mổ	3	0	3	12
Dị cảm vùng bẹn bìu	1	1	2	8
Tái phát	0	0	0	0

Chúng tôi ghi nhận có 3 bệnh nhân bị đau và 2 dị cảm vùng bẹn. Cả 5 bệnh nhân đều có cảm giác đau nhẹ hoặc vướng vùng bẹn bìu không thường xuyên, tăng khi bệnh nhân gắng sức, không gây ảnh hưởng sinh hoạt và không cần sử dụng thuốc giảm đau. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng muộn giữa hai nhóm phẫu thuật nội soi theo phương pháp TEP và TAPP ($p = 0,257$).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi, giới, BMI

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $58,3 \pm 15$ (từ 23 đến 83 tuổi) tương tự các tác giả khác về thoát vị bẹn tái phát như Nguyễn Quốc Sơn (2021) là $58,7 \pm 16,9$ tuổi⁵, Yuchen Liu (2020) là $57,3 \pm 17,5$ tuổi⁶. Tuy nhiên, tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi có nhỏ hơn so với một số các nghiên cứu khác như Vương Thừa Đức là 64 tuổi⁷, Stephen Haggerty (2020) là 62 ± 15 tuổi⁸, Mi Jeong Choi (2024) là $68,7 \pm 12,1$ tuổi⁹.

Tương tự như các nghiên cứu khác, chúng tôi ghi nhận đa số bệnh nhân là nam giới, chỉ có 3 bệnh nhân là nữ chiếm 9,4%. Có thể giải thích do nam giới chiếm tỉ lệ chủ yếu trong thoát vị bẹn nguyên phát nên tỉ lệ

nam giới trong thoát vị bẹn tái phát cũng lớn hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì lần lượt là 31,2% và 6,3%, tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Sơn cũng trên đối tượng tái phát tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2013-2021 (35,9% trường hợp thừa cân và béo phì)⁵. Tình trạng béo phì cũng như chỉ số khối cơ thể BMI (Body Mass Index) cao làm tăng nguy cơ cho các biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là tái phát, cũng như kéo dài thời gian phẫu thuật.

Bệnh lý kèm theo và thói quen hút thuốc, uống rượu bia

Chúng tôi ghi nhận 35,6% bệnh nhân có bệnh khác đi kèm như, bệnh lý bệnh thần kinh-mạch máu não, tim mạch-tăng huyết áp, đái tháo đường, phì đại tuyến tiền liệt. Chưa có nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên quan rõ ràng giữa các bệnh lý kèm theo này so với tỷ lệ tái phát và biến chứng sau phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn.

Chúng tôi cũng ghi nhận chỉ có 3 trường hợp uống rượu bia và 3 trường hợp bệnh nhân hút thuốc lá, cùng tỷ lệ 9,4%. Con số này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Stephen Haggerty và cs. với tỷ lệ hút thuốc lá

trên bệnh nhân tái phát là 38,4%⁸ và Mi Jeong Choi là 57%⁹.

Số lần và thời gian tái phát thoát vị bẹn

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, đa số bệnh nhân tái phát lần thứ nhất (91%). Kết quả này tương đồng với một số các tác giả khác về thoát vị bẹn tái phát như tác giả Yuchen Liu⁶, Vương Thừa Đức⁷.

Chúng tôi ghi nhận, thời gian tái phát tính từ lần mổ gần nhất <2 năm là 43,8%, sau 2 năm là 56,2%, trung vị là 30 tháng, tương tự với nghiên cứu của Mi Jeong Choi⁹ có thời gian tái phát trung vị là 36 tháng.

Theo Lichtenstein, tái phát sớm thường do lỗi kỹ thuật hoặc nhiễm trùng mảnh ghép. Tái phát muộn (sau 2 năm) thường liên quan đến các yếu tố như: suy yếu và thoái hoá mô liên kết, tăng áp lực trong ổ bụng kéo dài, BMI cao, các yếu tố sinh hoạt và lối sống của bệnh nhân.

Loại thoát vị tái phát

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thoát vị gián tiếp là nhiều nhất (40,6%), kế tiếp là thoát vị trực tiếp (34,4%) và thoát vị hỗn hợp (21,9%), đặc biệt có một trường hợp thoát vị đùi (3,1%) mà bệnh nhân là nữ. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó thoát vị gián tiếp là dạng phổ biến nhất đối với thoát vị bẹn tái phát⁸.

Dính mô vùng tiền phúc mạc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dính mô vùng tiền phúc mạc được ghi nhận trong 28,1% trường hợp. Đây là một điều cần lưu ý bởi theo EHS, việc lựa chọn PTNS qua ngã sau là nhằm tránh vấn đề dính mô tạo ra do lần mổ trước. Điều này cho thấy vẫn có một số bệnh nhân bị dính mô tại vùng này dù mổ lần trước là theo ngã trước. Có thể giải thích là, do trong lần mổ trước, khi cột cao cổ túi thoát vị (gián tiếp) thì ít nhiều tác động đến

khoang tiền phúc mạc, hoặc khi đẩy và khâu túi thoát vị (trực tiếp) thì túi này đã phá qua mạc ngang và trôi vào ống bẹn rồi. Do đó, dù là PTNS đi ngã sau vẫn cần chú ý phẫu tích cẩn thận vì khoang tiền phúc mạc vẫn có thể bị dính (tuy không nhiều) và dễ bị rách phúc mạc.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Haggerty (2020)⁸ là 62,9 phút. Thấp hơn so với một số nghiên cứu như nghiên cứu của PBA Awad (2024)¹⁰ có thời gian trung bình tính bằng phút là 81,21. Thời gian phẫu thuật dài có thể làm tăng nguy cơ biến chứng như nhiễm trùng, tổn thương mô, và các vấn đề về huyết động. Nghiên cứu của Choi và cs. (2017) cho thấy thời gian phẫu thuật kéo dài có thể dẫn đến tỷ lệ biến chứng cao hơn, đặc biệt là khi ca mổ kéo dài trên 120 phút¹¹.

Tai biến trong khi mổ

Tỷ lệ tai biến trong khi mổ là một yếu tố quan trọng để đánh giá sự an toàn và hiệu quả đối với phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn tái phát. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp (3,1%) có viêm dính vùng tiền phúc mạc phải chuyển sang mổ mở do thủng phúc mạc, không có trường hợp tổn thương tạng hay mạch máu.

Các nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong việc xử lý các tình huống phức tạp và dính mô sẽ giúp giảm đáng kể tỷ lệ tai biến. Tuy là dính nhẹ (do lần trước là mổ qua ngã trước), nhưng ít nhiều cũng gây khó khăn trong việc bóc tách, làm tăng nguy cơ thủng phúc mạc hoặc tổn thương các cấu trúc quan trọng.

Biến chứng sớm

Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu này (21,87%) được ghi nhận ở mức độ nhẹ,

tự ổn định, bao gồm: tụ dịch vùng bẹn bìu (9,38%), tụ máu vùng bẹn bìu (6,25%), nhiễm khuẩn vết mổ nông (6,3%) và sưng đau tinh hoàn (3,13%). Nghiên cứu của PBA Awad¹⁰ cũng có tỷ lệ tụ máu tương tự là 5,4%, tuy nhiên đối với biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ thì không có trường hợp nào.

Biến chứng muộn

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng muộn được ghi nhận bao gồm: Đau mạn tính nhẹ và dị cảm vùng bẹn bìu lần lượt là 12% và 8%. Nguyên nhân gây đau và dị cảm sau mổ được cho là do tổn thương thần kinh, có thể nguyên phát do thao tác trong quá trình phẫu thuật hoặc thứ phát do mảnh ghép dính dây thần kinh. Biến chứng này vẫn là thách thức với hầu hết bác sĩ phẫu thuật đặc biệt trên bệnh nhân tái phát. Một nghiên cứu lớn năm 2020 với 136 trường hợp và thời gian theo dõi trung bình 12 năm có tỷ lệ đau vùng bẹn bìu là 9%, trong đó đau vừa và nặng chiếm một nửa¹².

Chúng tôi chưa ghi nhận có tái phát, có thể do nghiên cứu chúng tôi thực hiện trên mẫu chưa đủ lớn và theo dõi chưa đủ lâu. Đối với tái phát, nghiên cứu của PBA Awad¹⁰ cho tỷ lệ tái phát trong vòng 1 năm theo dõi là 2,7% (1/37 trường hợp), và nghiên cứu của Yuchen Liu⁶ chỉ có 0,6%.

V. KẾT LUẬN

Qua hồi cứu 32 bệnh nhân thoát vị bẹn tái phát đã mổ mở ngã trước, được điều trị bằng PTNS trong 3 năm từ 9/2021 đến 9/2024 tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Đặc điểm, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

- Đa số là nam giới (90,6%) với tuổi trung bình là $58,3 \pm 15$ và 37,5% có BMI thừa cân và béo phì.

- Đa số bệnh nhân tái phát lần đầu (91%) với thời gian tái phát trung vị là 30 tháng trong đó tái phát muộn (>2 năm) là 56,2% và tái phát sớm là 43,8%.

- Thoát vị gián tiếp nhiều nhất (40,6%), tiếp đến là trực tiếp (34,4%), hỗn hợp (21,9%) và đùi (3,1%).

Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi

- Phẫu thuật nội soi theo kỹ thuật TEP là chủ yếu (90,6%).

- Có 28% bị dính vùng tiền phúc mạc dù lần mổ trước là theo ngã trước.

- Tỷ lệ tái biến trong mổ là 3,1% với 1 trường hợp chuyển mổ mở do thủng phúc mạc.

- Tỷ lệ biến chứng sớm là 25%, chủ yếu là tụ dịch-máu và nhiễm trùng và đều được điều trị nội khoa ổn.

- Tỷ lệ biến chứng muộn là 20%, với 12% đau mạn tính nhẹ sau mổ và 8% dị cảm nhẹ vùng bẹn bìu. Chưa ghi nhận trường hợp tái phát nào trong số 78% bệnh nhân theo dõi được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Søndena K, Nesvik I, Breivik K, Kørner H. Long-term follow-up of 1059 consecutive primary and recurrent inguinal hernias in a teaching hospital. The European journal of surgery = Acta chirurgica. Feb (2001); 167(2): 125-9. doi:10.1080/110241501750070583
2. Lê Văn Cường. Giải phẫu vùng bẹn ứng dụng trong phẫu thuật. Giải phẫu học sau đại học. Nhà xuất bản Y Học (2011):769-775.
3. Bisgaard T, Bay-Nielsen M, Kehlet H. Recurrence after operation for recurrent inguinal hernia. A nationwide 8-year follow-up study on the role of type of repair. Annals of surgery. Apr (2008);247(4):707-11. doi:10.1097/SLA.0b013e31816b18e3

4. **Itani KMF, Fitzgibbons R, Awad SS, Duh Q-Y, Ferzli GS.** Management of Recurrent Inguinal Hernias. *Journal of the American College of Surgeons.* 2009/11/01/ (2009); 209(5): 653-658. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2009.07.015
5. **Son NQ.** Nghiên cứu đặc điểm thương tổn và kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tái phát. Luận văn tốt nghiệp CK II (2021).
6. **Liu Y, Zhu Y, Cao J, et al.** Clinical value of the laparoscopic transabdominal preperitoneal technique in recurrent inguinal hernia repair. *Asian J Surg.* Oct 2020;43(10): 986-990. doi:10.1016/j.asjsur.2019.12.004
7. **Vương Thừa Đức** (2010). Thoát vị bẹn tái phát: Thương tổn và điều trị. *Y học thành phố Hồ Chí Minh.* 2010;14:127 - 133.
8. **Haggerty S, Forester B, Hall T, et al.** Laparoscopic repair of recurrent inguinal hernia offers similar outcomes and quality of life to primary laparoscopic repair. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery.* 2021/02/01 2021;25(1):165-172. doi:10.1007/s10029-020-02211-9
9. **Choi MJ, Lee KS, Oh HK, et al.** Comparative analysis of different surgical approaches for recurrent inguinal hernia: a single-center observational study. *Annals of surgical treatment and research.* Jun 2024;106(6): 330-336. doi:10.4174/astr.2024.106.6.330
10. **Awad PBA, Hassan BHA, Kashwaa MFA, Abdel-Maksoud IM.** A comparative study between open pre-peritoneal approach versus laparoscopic trans-abdominal pre-peritoneal approach in recurrent inguinal hernia repair: a prospective cohort study. *Hernia: the journal of hernias and abdominal wall surgery.* Apr 2024; 28(2):629-635. doi:10.1007/s10029-024-02967-4
11. **Choi HJ, et al.** Impact of prolonged operative time on complications in laparoscopic inguinal hernia repair. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* 2017;27(7):710-715.
12. **Lydeking L, Johansen N, Oehlenschläger J, Bay-Nielsen M, Bisgaard T.** Recurrence and pain 12 years after laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) or Lichtenstein's repair for a recurrent inguinal hernia: a multi-centre single-blinded randomised clinical trial. *Hernia : the journal of hernias and abdominal wall surgery.* 2020/08/01 2020;24(4):787-792. doi:10.1007/s10029-020-02139-0

BIẾN CHỨNG ĐÓNG LỖ MỖ HỒI TRÀNG RA DA TẠM THỜI SAU CẮT TRƯỚC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Vương Thừa Đức¹, Trần Thường Duy², Võ Văn Hùng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Việc mở hồi tràng tạm thời trong phẫu thuật cắt trước để điều trị ung thư trực tràng thường được thực hiện. Việc đóng hồi tràng sớm hay muộn hiện vẫn còn tranh cãi. Nghiên cứu này nhằm vào xác định việc đóng hồi tràng có thể có những biến chứng nào, và bị ảnh hưởng bởi những yếu tố nào?

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, cắt ngang, dựa trên những bệnh án đóng hồi tràng sau phẫu thuật cắt trước do ung thư trực tràng tại bệnh viện Bình Dân, từ tháng 1/2022-03/2024. Sử dụng Chi-square hoặc Fisher's Exact Test để so sánh và dùng phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố độc lập liên quan đến tỉ lệ tai biến, biến chứng. Kết quả phân tích được coi là có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

Kết quả: Có 93 bệnh án được đưa vào nghiên cứu gồm, 58 nam và 35 nữ, với tuổi trung bình là $62,44 \pm 10,85$, BMI trung bình là $21,75 \pm 3,56$ và 61% có bệnh nội khoa.

- Thời điểm đóng hồi tràng trung bình là $51,71 \pm 51,5$ ngày (11 - 343 ngày), 15% có biến chứng tại chỗ mở hồi tràng trước phẫu thuật (viêm da, thoát vị, tụ dịch)

- Kết quả phẫu thuật: không có xì rò hay tử vong. Biến chứng chung là 24/93 (25,7%) gồm 19 nhiễm trùng vết mổ nông (20,4%), 2 liệt ruột (2,2%), 3 chảy máu (3,2%). Tất cả đều được điều trị bảo tồn. Kết quả phân tích đa biến cho thấy việc đóng sớm hồi tràng (< 8 tuần) có liên quan đến tỷ lệ biến chứng nói chung ($p = 0,020$) và nhiễm trùng vết mổ nói riêng ($p = 0,021$).

Kết luận: Biến chứng chung của phẫu thuật đóng hồi tràng là 25,8%, chủ yếu là nhiễm khuẩn nông vết mổ (20,4%). Việc đóng sớm là yếu tố nguy cơ đối với biến chứng tổng thể và nhiễm trùng vết mổ.

Từ khóa: Đóng hồi tràng, cắt trước thấp, ung thư trực tràng

SUMMARY

COMPLICATIONS OF TEMPORARY ILEOSTOMY CLOSURE AFTER ANTERIOR RESECTION FOR RECTAL CANCER

Purpose: The temporary ileostomy is now commonly used in treatment of rectal cancer. The right time for ileostomy closure after that is now still controversial. This study was aimed to evaluate the post ileostomy closure complications and their relating factors.

Method: Cross sectional retrospective study of medical records of ileostomy closure in Binh Dan hospital from 01/2022 to 03/2024. Chi-square or Fisher's Exact Test were used for comparison. Logistic regression used for determine the independent factors relating to complications. Results with p value < 0.05 were considered significant.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Phòng khám đa khoa Tâm Anh, Quận 7, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thừa Đức
SĐT: 0903979725

Email: bsvuongduc.1960@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Results: There were 93 patients (58 male, 35 female) whose mean age was $62,44 \pm 10,85$, their mean BMI was $21,75 \pm 3,56$ and 61% of them had at least 1 medical disease.

- The mean time of ileostomy closure was $51,71 \pm 51,5$ days (11-343 days). There were 15% of them had complication at the site of ileostomy (skin inflammation, hernia, fluid collection).

- Operative results: There was no leakage or death. The common complication was 24/93 (25.7%), composing 19 superficial wound infections (20.4%), 3 self controlled bleedings (3.2%) and 2 ileus (2.2%). The analysis results found that the early closure (<8weeks) relating to the general complication ($p=0.020$) and wound infection ($p=0.021$).

Conclusion: The general post-ileostomy closure complication was 25.8%, mainly the wound infection (20.4%) among them. The time of closure may related to complication and wound infection.

Keywords: Ileostomy closure, low anterior resection, rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh ác tính thường gặp mà phẫu thuật giữ vai trò chính trong điều trị, trong đó nhóm phẫu thuật bảo tồn cơ thắt mà tiêu biểu là phẫu thuật cắt trước hoặc cắt trước thấp hiện đã trở thành lựa chọn tiêu chuẩn. Để bảo vệ miệng nối thấp, việc mở hồi tràng tạm thời thường được thực hiện trên những bệnh nhân có nguy cơ rò cao [1]. Việc đóng lỗ mở hồi tràng ra da sau đó được xem là một phẫu thuật an toàn vì ít biến chứng nặng. Trước đây, hầu hết các phẫu thuật viên cho rằng việc phục hồi lưu thông ruột nên được thực hiện ở thời điểm 8 đến 12 tuần sau cuộc phẫu thuật ban đầu, khi tính toàn vẹn của miệng nối đại- trực tràng đã được đảm bảo hoặc sau khi đã hoàn thành

các liệu pháp hoá trị bổ túc [2]. Gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy: so với đóng muôn, đóng hồi tràng sớm (trước 8 tuần) làm giảm biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện [3]. Theo một số ít báo cáo cho thấy, tỉ lệ biến chứng chung của đóng hồi tràng là 20%, gồm 2 biến chứng chính là nhiễm trùng vết mổ (10-18,8%) và rò tiêu hoá (2,5%) [4]. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm khảo sát lại hiệu quả, tính an toàn của phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da trong điều kiện thực hành hiện tại- khi phẫu thuật tái lập lưu thông ruột sớm là xu hướng tại Việt Nam với mục tiêu xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng sớm của phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da và những yếu tố ảnh hưởng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 03/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người bệnh được phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột sau khi mở hồi tràng ra da tạm thời trong phẫu thuật cắt trước/ cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng. Tiêu chuẩn loại trừ: được mở hồi tràng do các nguyên nhân khác hoặc hồ sơ không đạt tiêu chí. Dựa trên tỉ lệ biến chứng 20% của Hứa Thanh Uy [4] cỡ mẫu ước lượng cần cho nghiên cứu là > 61

Phương pháp thu thập số liệu và phân tích dữ liệu:

+ Sử dụng phần mềm Excel để nhập thông tin và STATA 14 để phân tích dữ liệu.

+ Sử dụng các kiểm định thống kê như Chi-square hoặc Fisher's Exact Test để so sánh tỉ lệ tai biến, biến chứng giữa các nhóm bệnh nhân khác nhau, nhằm xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tỉ lệ này.

+ Sử dụng phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố độc lập liên quan đến tỉ lệ tai biến, biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 93 hồ sơ đáp ứng đầy đủ các tiêu chí để đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

3.1.1. Tuổi, giới, BMI

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $62,44 \pm 10,85$ tuổi (từ 33 đến 84). Phần lớn bệnh nhân nằm trong nhóm 60-80 tuổi, với 55 bệnh nhân, chiếm 59,14%.

Giới nam nhiều hơn nữ, trong đó có 58 nam (62,37%) và 35 nữ (37,62%).

BMI trung bình là $21,75 \pm 3,56$ kg/m². Phần lớn có BMI bình thường (68,82%), chỉ có 02 bệnh nhân béo phì (2,15%), và 15 bệnh nhân thiếu cân (16,13%).

3.1.2. Phân loại ASA trước phẫu thuật

Phần lớn bệnh nhân có điểm ASA II, chiếm 73,12%. Tỉ lệ bệnh nhân có ASA III thấp hơn, chiếm 24,73%, thấp nhất là ASA I, chiếm 2,15%.

3.1.3. Bệnh kèm theo

Có 56/93 trường hợp có ít nhất 1 bệnh lý đi kèm (chiếm 60,21%). Trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là các bệnh lý tim mạch (tăng huyết áp, suy tim, bệnh van tim, bệnh mạch vành...) với 38 trường hợp (40,86%), tiếp đến là các bệnh lý đái tháo đường với 14 trường hợp (15,01%). Cùng chiếm tỉ lệ 4,3% là các bệnh hô hấp (bao gồm 2 trường hợp hen phế quản và 2 trường hợp lao phổi) và bệnh thận mạn (4 trường hợp có suy thận mạn giai đoạn <III). Tất cả tình trạng nội khoa đều được kiểm soát trước phẫu thuật, tất cả trước hợp sử dụng thuốc kháng đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu đều được ngưng trước thủ thuật theo khuyến cáo. Không

người bệnh nào có tiền sử sử dụng kháng viêm Steroids được ghi nhận.

3.1.4. Vị trí u nguyên phát, Giai đoạn bệnh Ung thư, Phương pháp mổ

Phần lớn khối u ở trực tràng giữa (45,16%) và trực tràng thấp (30,11%). Còn lại (24,7%) là u trực tràng cao, và đại tràng Sigma.

Phân bố giai đoạn TNM cho thấy phần lớn ở giai đoạn III (44,09%) và giai đoạn I (31,18%), còn lại (24,8%) là ở giai đoạn giai đoạn II.

Tất cả bệnh nhân đều đã trải qua phẫu thuật gồm; 65,59% (61 BN) được mổ nội soi, 31,18% (29 BN) mổ nội soi có Robot hỗ trợ, và chỉ 3,23% (3 bệnh nhân) mổ mở.

Có 26 bệnh nhân (27,96%) được hoá trị trước phẫu thuật, trong đó có 22 BN được hoá trị tân hỗ trợ và 4 BN hoá trị bổ túc trước phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng.

3.2. Đặc điểm phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da

3.2.1. Thời gian từ lúc mở đến lúc đóng hồi tràng

Thời điểm sớm nhất là 11 ngày, được thực hiện ngay trong giai đoạn hậu phẫu của phẫu thuật cắt trước, ca đóng muộn nhất là 343 ngày, trung bình là $51,71 \pm 51,5$ ngày, trung vị là 36 ngày, với khoảng tứ phân vị từ 30 đến 50 ngày.

3.2.2. Tình trạng chỗ mở hồi tràng ra da

Hầu hết (84,95%, 79 BN) nhập viện với tình trạng chỗ mở hồi tràng bình thường. Chỉ có 10,75% (10 BN) bị viêm da, 1,08% (1 BN) bị sa niêm, 1,08% (1 BN) bị tụ dịch, và 2,15% (2 BN) bị thoát vị lỗ mở hồi tràng ra da.

Tất cả người bệnh đều được dùng kháng sinh trước phẫu thuật, trong đó có 85 bệnh nhân (91,4%) sử dụng kháng sinh dự phòng,

8 bệnh nhân sau đó được chuyển thành kháng sinh điều trị (chiếm 8,6%).

3.2.3. Kiểu nối ruột, dẫn lưu bụng, kỹ thuật khâu da

92/93 trường hợp (98,92%) được nối ruột kiểu tận- tận bằng tay, chỉ có 1 trường hợp (1,08%) nối máy. Có 77/93 trường hợp (82,80%) phải cắt đoạn ruột. Lý do là do viêm dính nhiều hoặc có rách thanh mạc trong quá trình bóc tách.

18/93 trường hợp có dẫn lưu bụng (19,35%). Thời điểm rút ống dẫn lưu bụng trung bình là 05 ngày sau phẫu thuật, sớm nhất là ngày 3, muộn nhất là ngày 8 sau phẫu thuật.

75 trường hợp (80,65%) được khâu da kín thì đầu, kể đến là 10 trường hợp (10,75%) khâu da thừa, 7 trường hợp (7,53%) khâu da thì đầu có dẫn lưu penrose vết mổ và 1

trường hợp khâu mũi túi (có đề hờ da ở giữa).

3.2.4. Thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là 78,60 $\pm$ 27,33 phút, ngắn nhất là 30 phút, lâu nhất là 180 phút. Lượng máu mất trung bình trong quá trình phẫu thuật là 22,96 $\pm$ 18,65 mL (từ 5 mL đến 100 mL).

3.3. Kết quả phẫu thuật

3.3.1. Thời gian nằm viện hậu phẫu

Thời gian phục hồi nhu động ruột trung bình là 2,33 $\pm$ 0,94 ngày, sớm nhất là 1 ngày, muộn nhất là 4 ngày sau phẫu thuật.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 6,05 $\pm$ 1,55 ngày (từ 1 đến 12 ngày). Nhóm có biến chứng có thời gian nằm viện trung bình là 6,7 ngày, cao hơn nhóm không có biến chứng là 5,8 ngày ($p=0,024$).

3.3.2. Tử vong - Biến chứng hậu phẫu

Bảng 1. Tử vong - Biến chứng

Tử vong - Biến chứng	Số BN (n=93)	Tỉ lệ %
Tử vong	0	0
Biến chứng	24	25,8
Xì rò miệng nối	0	0
Nhiễm khuẩn vết mổ	19	20,4
Liệt ruột	2	2,2
Chảy máu sau mổ	3	3,2

Kết quả: Không có tử vong, không xì rò, nhưng ghi nhận được 3 loại biến chứng nhẹ là: nhiễm khuẩn vết mổ, liệt ruột và chảy máu sau mổ.

- Phân bố số nhiễm khuẩn vết mổ theo phương pháp khâu da gồm; 14 BN khâu da thì đầu, 1 BN khâu da thì đầu có dẫn lưu Penrose, 3 BN khâu da thừa và 1 ca khâu mũi túi. Tất cả các trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ được phân loại là nhiễm khuẩn vết mổ nông, chỉ điều trị nội khoa và được xếp nhóm II theo phân loại Clavien-Dindo. Kết

quả cấy mủ cho thấy 5 trường hợp dương tính với Escherichia coli và 2 trường hợp dương tính với Klebsiella pneumoniae.

Có 2 trường hợp chậm phục hồi nhu động ruột (2,15%) được điều trị bảo tồn và được phân loại biến chứng nhóm II theo Clavien-Dindo.

Có 3 trường hợp chảy máu sau mổ (3,23%) gồm; 2 chảy máu vết mổ (1/2 phải khâu da cầm máu, được xếp vào nhóm IIIa theo Clavien-Dindo) và 1 chảy máu trong ổ

bụng (chỉ điều trị bảo tồn, được xếp vào nhóm II theo Clavien-Dindo).

3.4. Yếu tố nguy cơ biến chứng chung sau mổ

Để làm rõ ý nghĩa lâm sàng và thuận lợi cho phân tích hồi quy, chúng tôi đã phân nhóm yếu tố thời gian từ lúc mở đến khi đóng LMHT thành 3 nhóm: < 4 tuần, từ 4 - 8

tuần, và >8 tuần trước khi đưa vào mô hình. Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy thời gian từ lúc mở đến khi đóng LMHT >8 tuần là biến số độc lập duy nhất có ý nghĩa thống kê (OR 0,170; 95% CI: 0,031- 0,924; p=0,040), có tác động đáng kể lên biến chứng phẫu thuật.

Bảng 2. Kết quả hồi quy Logistic đơn biến

Biến số	OR	Sai số chuẩn	z	p-value	95% CI
Thời gian từ lúc mở đến khi đóng lỗ mở hồi tràng (Tham chiếu: Dưới 4 tuần)					
Từ 4-8 tuần	0,444	0,242	-1,49	0,137	[0,153-1,293]
Trên 8 tuần	0,170	0,147	-2,05	0,040	[0,031-0,924]
Hệ số chặn	0,692	0,300	-0,85	0,396	[0,296-1,620]

Khi đưa các biến số độc lập vào mô hình hồi quy logistic đa biến (Bảng 3), số lượng quan sát của chúng tôi còn lại 92, vì có 1 trường hợp quan sát bị loại bỏ do hiện tượng dự báo hoàn hảo. Trong trường hợp này, biến

chứng nhiễm trùng vết mổ được dự đoán chính xác bởi biến độc lập là phương pháp khâu da mũi túi, do đó quan sát này bị loại bỏ khỏi mô hình để tránh làm lệch kết quả phân tích.

Bảng 3. Hồi quy logistic đa biến với biến chứng tổng thể (n=92)

Biến số	OR	Sai số chuẩn	z	p-value	95% CI
Tuổi	0,950	0,030	-1,60	0,110	[0,892-1,012]
BMI (kg/m ²)	0,917	0,087	-0,92	0,360	[0,761- 1,104]
Số lượng bạch cầu	0,850	0,129	-1,07	0,285	[0,632-1,145]
Thời gian từ lúc mở đến khi đóng hồi tràng (Tham chiếu: Dưới 4 tuần)					
Từ 4-8 tuần	0,190	0,143	-2,21	0,027	[0,044- 0,829]
Trên 8 tuần	0,050	0,060	-2,47	0,014	[0,005- 0,539]
Thời gian phẫu thuật	0,985	0,015	-0,98	0,328	[0,956- 1,015]
Giới tính	1,388	0,963	0,47	0,637	[0,356- 5,410]
Hoá trị trước mổ	0,957	0,667	-0,06	0,960	[0,244- 3,751]
Hút thuốc lá	15,068	16,518	2,47	0,013	[1,758-129,162]
Uống rượu	0,319	0,346	-1,05	0,292	[0,038- 2,670]
Bệnh tim mạch	0,668	0,473	-0,57	0,568	[0,167- 2,673]
Bệnh thận mạn	5,133	7,647	1,10	0,272	[0,277- 95,159]
Đái tháo đường	3,581	2,891	1,58	0,114	[0,736- 17,420]
Cắt đoạn ruột non	3,698	3,551	1,36	0,173	[0,563- 24,278]

Phương pháp khâu da (Tham chiếu: Khâu da thì đầu)					
Khâu da thì đầu + dẫn lưu	0,396	0,531	-0,69	0,489	[0,029- 5,482]
Khâu da thừa	0,907	0,888	-0,10	0,921	[0,133-6,173]
Dẫn lưu bụng	4,824	4,616	1,64	0,100	[0,739- 31,471]
Hệ số chặn	288,1049	1134,225	1,44	0,150	[0,128-46548,5]

Kết quả phân tích cho thấy các yếu tố có ý nghĩa thống kê có ảnh hưởng đến biến chứng sau phẫu thuật là: thời gian từ lúc mở đến khi đóng hồi tràng từ 4-8 tuần (OR 0,190; 95% CI: 0,044- 0,829; $p=0,027$), thời gian từ lúc mở đến khi đóng hồi tràng > 8

tuần (OR 0,050; 95% CI: 0,005- 0,539; $p=0,014$) và hút thuốc lá (OR 15,068; 95% CI: 1,758- 129,162; $p=0,013$).

3.5. Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 4. Nhiễm khuẩn vết mổ theo thời gian đóng hồi tràng (n=93)

Nhóm thời gian đóng lỗ mở hồi tràng	Không nhiễm khuẩn vết mổ (n)	Có nhiễm khuẩn vết mổ (n)	Tổng (n)
Dưới 4 tuần	14	8	22
4-8 tuần	41	11	52
Trên 8 tuần	19	0	19
Tổng	74	19	93

$Pearson\ chi^2(2) = 8,3309; p = 0,016$

Kết quả phân tích Chi-square cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ giữa các nhóm phân theo thời gian đóng LMHT. Trong nhóm đóng <4 tuần, có 8/22 trường hợp (36,4%) bị nhiễm trùng vết mổ, nhóm đóng LMHT từ 4-8 tuần, có 11/52 trường hợp (21,2%) bị nhiễm trùng

vết mổ, đặc biệt, nhóm đóng LMHT > 8 tuần không ghi nhận trường hợp nào xảy ra biến chứng này (0/19 trường hợp). Điều này chỉ ra rằng thời gian mở - đóng hồi tràng có tác động đáng kể lên biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ.

Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến với biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ (n=92)

Biến số	Odds Ratio	Sai số chuẩn	z	p-value	95% CI
Tuổi	0,978	0,033	-0,67	0,502	0,916- 1,044
BMI (kg/m ²)	1,031	0,108	0,30	0,767	0,841- 1,265
Số lượng bạch cầu (WBC)	0,897	0,131	-0,74	0,459	0,674- 1,195
Thời gian mở-đóng hồi tràng	0,076	0,085	-2,31	0,021	0,009- 0,674
Thời gian phẫu thuật	0,982	0,016	-1,11	0,267	0,951- 1,014
Giới tính	2,205	1,657	1,05	0,293	0,505- 9,621
Hoá trị trước mổ	2,016	1,596	0,89	0,376	0,427- 9,516
Hút thuốc lá	9,864	12,125	1,86	0,063	0,887-109.74
Uống rượu	0,388	0,483	-0,76	0,447	0,034- 4,443

Bệnh tim mạch	0,366	0,324	-1,13	0,257	0,065- 2,077
Bệnh thận mạn	12,60	21,544	1,48	0,138	0,442-359,49
Đái tháo đường	3,698	3,369	1,44	0,151	0,620-2,056
Cắt đoạn ruột non	6,731	8,979	1,43	0,153	0,493-1,937
Phương pháp khâu da (Tham chiếu: Khâu da thì đầu)					
Khâu da thì đầu + dẫn lưu	0,750	1,044	-0,21	0,836	0,049-11,471
Khâu da thừa	1,727	1,772	0,53	0,594	0,231-12,901
Dẫn lưu bụng	4,854	5,036	1,52	0,128	0,635-37,092
Hệ số chặn	2282,111	13100,61	1,35	0,178	0,030-1,76e+08

Kết quả phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy chỉ có thời gian mở-đóng hồi tràng có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ ($p=0,021$). Cụ thể, khi Log của thời gian từ lúc đóng đến lúc mở hồi tràng tăng thêm 1 đơn vị (tương đương với thời gian giữa hai lần phẫu thuật tăng lên $e^1 \approx 2,718$ lần), tỷ lệ odds của nhiễm khuẩn vết mổ giảm khoảng 92,4% ($OR=0,076$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời gian mở - đóng hồi tràng và biến chứng

Việc xác định thời điểm tối ưu để đóng lỗ mở hồi tràng tạm thời sau phẫu thuật ung thư trực tràng chưa được thống nhất. Sự tranh cãi này xuất phát từ các kết quả nghiên cứu khác nhau về hiệu quả và biến chứng liên quan đến thời gian đóng lỗ mở sớm và muộn.

Sun (2021) [5] trên 132 bệnh nhân được chia thành ba nhóm, với thời gian trung bình lần lượt là $25,9 \pm 5,3$ ngày, $119,3 \pm 47,5$ ngày và $202,3 \pm 93,8$ ngày, kết quả không cho thấy sự khác biệt về biến chứng sau mổ giữa ba nhóm.

Tuy nhiên, Bausys (2019) [6] kết luận rằng việc đóng lỗ mở hồi tràng sớm (trung bình 34 ngày) có tỷ lệ biến chứng cao hơn đáng kể so với nhóm đóng chuẩn (trung bình 92 ngày), với tỷ lệ biến chứng là 27,9% so với 7,9%. Đặc biệt, biến chứng nghiêm trọng

(Clavien-Dindo ≥ 3) chỉ xuất hiện ở nhóm đóng sớm với 5 bệnh nhân (11,6%).

Trong thực tế lâm sàng hiện tại ở Việt Nam, đa số bệnh nhân được đóng hồi tràng sau 4-6 tuần, trước khi thực hiện hóa trị bổ túc. Việc đóng sớm hơn giúp giảm thời gian mang hậu môn nhân tạo, giảm biến chứng hoặc vấn đề sức khỏe liên quan đến hậu môn nhân tạo như kích ứng da, mất nước, tắc ruột, và cải thiện chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đồng thời, việc đóng trước khi bắt đầu hóa trị bổ túc cũng giúp bệnh nhân sớm hồi phục và giảm bớt áp lực tâm lý do việc mang hậu môn nhân tạo.

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy rằng: so với nhóm bệnh nhân được đóng LMHT sớm dưới 04 tuần, các nhóm bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật này muộn hơn (04-08 tuần và lớn hơn 08 tuần) có odds biến chứng tổng thể thấp hơn, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Tương tự nhiều nghiên cứu khác từ trong và ngoài nước, nghiên cứu của chúng tôi đã góp phần khẳng định mối liên quan chặt chẽ giữa yếu tố thời điểm phục hồi lưu thông ruột và nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật, đặc biệt là nhiễm khuẩn vết mổ.

4.2. Kỹ thuật nối và xì rò miệng nối

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị xì rò miệng nối. Tuy nhiên khi tham khảo một phân tích gộp với 4,917 bệnh nhân từ 15 nghiên cứu [7] cho

thấy không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ rò miệng nối giữa hai kỹ thuật khâu tay và khâu bằng stapler trong việc đóng lỗ hồi tràng. Tuy khâu bằng stapler có tỷ lệ chảy máu miệng nối cao hơn, nhưng lại có thời gian mổ ngắn hơn, thời gian phục hồi chức năng ruột nhanh hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn. Việc thực hiện cắt đoạn ruột non không ảnh hưởng đáng kể đến tỷ lệ rò miệng nối hoặc tắc ruột non.

4.3. Kỹ thuật khâu da và nhiễm khuẩn vết mổ

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 20,4%. Nguyên nhân có thể:

- Do thời gian mổ - đóng hồi tràng trong nghiên cứu là khá ngắn (trung vị là 36 ngày, có 76/93 ca- tức 81,7% số ca được đóng lỗ mở hồi tràng trong vòng 2 tháng). Năm 2011, EASY trial- một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng với 186 bệnh nhân được chia thành hai nhóm đóng hồi tràng sớm và muộn- đã cho thấy: tuy không có sự khác biệt đáng kể về tần suất biến chứng (15% ở cả hai nhóm), nhưng nhóm đóng sớm có nhiều biến chứng vết mổ hơn đáng kể [8]. Trước đó, nghiên cứu năm 2008 của Alves cũng cho ra kết quả tương tự [3].

- Phùng Thanh Anh Kiệt (2022) [9] ghi nhận khâu mũi túi làm giảm tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ so với khâu mũi thẳng. Tương tự, Reid ghi nhận khâu mũi túi làm giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ so với các kỹ thuật đóng vết mổ thông thường. Wada và cộng sự cũng cho rằng nhóm khâu da mũi túi có tỉ lệ nhiễm trùng thấp hơn đáng kể (0% so với 13,8%; $p=0,049$) và thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm khâu da thông thường [10]. Các kết quả này cho thấy khâu mũi túi không chỉ giảm tỉ lệ nhiễm trùng mà còn cải thiện kết quả hồi phục sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 trường hợp

khâu da mũi túi duy nhất và trường hợp này cũng bị nhiễm trùng vết mổ nên không thể giúp đưa ra những kết luận trái chiều với các nghiên cứu khác do mẫu quan sát quá nhỏ.

Wada, rồi Hsieh đã tiến hành phân tích tổng hợp các nghiên cứu về các phương pháp khâu da và phát hiện rằng khâu da mũi túi có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn đáng kể (0% & 13,8%; $p=0,049$) và thời gian nằm viện ngắn hơn so với nhóm khâu da thông thường. Kết quả này cho thấy khâu mũi túi không chỉ giảm tỷ lệ nhiễm trùng mà còn cải thiện kết quả hồi phục sau phẫu thuật.

Chúng tôi ghi nhận tất cả các trường hợp nhiễm trùng vết mổ đều là biến chứng nhẹ và không ảnh hưởng tới tiến trình phục hồi nhu động ruột. Tuy vậy, nhiễm khuẩn vết mổ làm kéo dài thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Việc hạn chế tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là cần thiết nhằm cải thiện kết quả điều trị và giảm thiểu chi phí y tế [11]. Một số biện pháp khả thi có thể xét đến bao gồm việc áp dụng rộng rãi hơn kỹ thuật khâu mũi túi, vốn đã được chứng minh là hiệu quả. Đồng thời, cần chú trọng chăm sóc vết thương sau phẫu thuật bằng cách sử dụng kháng sinh và thay băng đúng cách để ngăn ngừa và kiểm soát nhiễm trùng. Việc lựa chọn thời điểm can thiệp tối ưu với từng bệnh nhân là hết sức quan trọng để đảm bảo rằng chỉ những bệnh nhân có phục hồi sau phẫu thuật tốt mới được thực hiện đóng hậu môn nhân tạo sớm.

4.4. Chảy máu sau mổ

Chúng tôi ghi nhận có 3/93 (3,2%) bị chảy máu sau mổ, nhưng đều nhẹ và chỉ 1/3 phải khâu da cầm máu, nhưng không có trường hợp nào bị chảy máu miệng có lẽ do hầu hết đều được phục hồi lưu thông ruột bằng nối tay.

Rana Madani (2019) khi so sánh giữa 2 nhóm được khâu nối tay và nối máy, cho

thấy tất cả các xuất huyết tiêu hóa đều xảy ra ở nhóm nối máy. Một số nghiên cứu có so sánh khác như các nghiên cứu của Horisberrger (2010) [12] hay Saha (2009) [13], đều ghi nhận là tất cả các biến cố chảy máu miệng nối là trên nhóm khâu nối ruột bằng stapler. Năm 2019, Madani và cộng sự [7] đã thực hiện một phân tích tổng hợp, sử

dụng dữ liệu từ các nghiên cứu trên. Tác giả kết luận là khâu nối tay có tỉ lệ chảy máu miệng nối thấp hơn so với sử dụng stapler (OR 4,12; 95% CI: 1,29–13,18; $p = 0,02$; $I^2 = 0\%$), nhưng tổng tỉ lệ biến chứng là nhỏ và không ảnh hưởng đáng kể đến tỉ lệ biến chứng tổng thể.

Bảng 6. Tỉ lệ chảy máu sau mổ trong các nghiên cứu

Nghiên cứu	n	Tỉ lệ %
Saha và cộng sự (2009) [12]	352	0,6%
Horisberger và cộng sự (2010) [13]	128	3,1%
Figueiredo và cộng sự (2015) [14]	259	1,5%
Aktaş và cộng sự (2020) [15]	79	6,3%
Nghiên cứu của chúng tôi (2024)	93	3,2%

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu hồi cứu trên 93 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da sau cắt trước thấp điều trị ung thư trực tràng trong khoảng thời gian từ tháng 01/2022 đến tháng 04/2024, chúng tôi rút ra được kết luận như sau:

1. Tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da là 25,8%, bao gồm các biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ (20,4%), chảy máu sau mổ (3,2%) và liệt ruột (2,1%). Hầu hết các biến chứng là nhẹ và được điều trị bảo tồn, không có trường hợp tử vong.

2. Thời gian từ lúc mở đến lúc đóng hồi tràng ngắn và hút thuốc lá là các yếu tố nguy cơ biến chứng tổng thể. Nếu xét riêng từng biến chứng, thời gian mở-đóng hồi tràng ngắn là yếu tố nguy cơ duy nhất của nhiễm khuẩn vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bax TW, McNevin MS.** The value of diverting loop ileostomy on the high-risk colon and rectal anastomosis. *Am J Surg.*

2007;193(5):585-588. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.01.005

2. **Kaidar-Person O, Person B, Wexner SD.** Complications of construction and closure of temporary loop ileostomy. *J Am Coll Surg.* 2005;201(5): 759-773. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2005.06.002
3. **Alves A, Panis Y, Lelong B, et al.** Randomized clinical trial of early versus delayed temporary stoma closure after proctectomy. *Br J Surg.* 2008;95(6):693-698. doi:10.1002/bjs.6212
4. **Hứa Thanh Uy, Nguyễn Trung Tín, Võ Nguyên Trung.** Biến chứng của phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng ra da”. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.* 2017; 21(2):141-146
5. **Sun Z, Zhao Y, Liu L, Qin J.** Clinical Outcomes of Ileostomy Closure before Adjuvant Chemotherapy after Rectal Cancer Surgery: An Observational Study from a Chinese Center. *Gastroenterol Res Pract.* 2021 Jul 13;2021:5592721. doi:10.1155/

- 2021/5592721. PMID: 34335738; PMCID: PMC8294951.
6. **Bausys A, Kuliavas J, Dulskas A, et al.** Early versus standard closure of temporary ileostomy in patients with rectal cancer: A randomized controlled trial. *J Surg Oncol.* 2019 Aug;120(2):294-299. doi:10.1002/jso.25488. Epub 2019 May 1. PMID: 31042015.
 7. **Madani R, Day N, Kumar L, et al.** Hand-Sewn versus Stapled Closure of Loop Ileostomy: A Meta-Analysis. *Dig Surg.* 2019;36(3): 183-194. doi:10.1159/000487310. Epub 2018 Mar 7. PMID: 29514142.
 8. **Danielsen AK, Park J, Jansen JE, et al.** Early Closure of a Temporary Ileostomy in Patients With Rectal Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. *Ann Surg.* 2017;265(2): 284-290. doi:10.1097/SLA.0000000000001829
 9. **Phùng Thanh Anh Kiệt, Ung Văn Việt, Lê Văn Quang.** Kết quả của phương pháp khâu da mũi túi và khâu da thẳng trong phẫu thuật đóng lỗ mở hồi tràng. Luận văn Chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược TPHCM. 2022
 10. **Wada Y, Tsunoda T, Matsui T, et al.** Comparison of surgical techniques for stoma closure: A retrospective study of purse-string skin closure versus conventional skin closure following ileostomy and colostomy reversal. *Mol Clin Oncol.* 2015;3:619-622.
 11. **Robertson J, Linkhorn H, Vather R, et al.** Cost analysis of early versus delayed loop ileostomy closure: a case-matched study. *Dig Surg.* 2013;32:166-172.
 12. **Horisberger K, Beldi G, Candinas D.** Loop ileostomy closure: comparison of cost effectiveness between suture and stapler. *World J Surg.* 2010 Dec;34(12):2867-2871. doi:10.1007/s00268-010-0787-7. PMID: 20842360.
 13. **Saha AK, Tapping CR, Foley GT, et al.** Morbidity and mortality after closure of loop ileostomy. *Colorectal Dis.* 2009 Oct;11(8):866-871. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01708.x. Epub 2008 Oct 10. PMID: 19175627.
 14. **Figueiredo MN, Mège D, Maggiori L, et al.** When is the best time for temporary stoma closure in laparoscopic sphincter-saving surgery for rectal cancer? A study of 259 consecutive patients. *Tech Coloproctol.* 2015 Aug;19(8): 469-474. doi:10.1007/s10151-015-1328-z. Epub 2015 Jul 2. PMID: 26135218.
 15. **Aktaş A, Kayaalp C, Ateş M, et al.** Risk factors for postoperative ileus following loop ileostomy closure. *Turk J Surg.* 2020; 36(4):333-339. Published 2020 Dec 29. doi:10.47717/turkjsurg.2020.4911

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ ÁP XE GAN BẰNG DẪN LƯU QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Vương Thừa Đức¹, Cao Thế Nhân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe gan là bệnh thường gặp ở vùng nhiệt đới. Nhờ vào sự phát triển của các phương tiện hình ảnh học, việc điều trị áp xe gan đã có nhiều thay đổi, trong đó kháng sinh trị liệu kết hợp với dẫn lưu ổ áp xe qua da dưới hướng dẫn siêu âm được xem là một phương pháp ít xâm lấn, an toàn và đạt hiệu quả cao. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả trong việc điều trị áp xe gan bằng dẫn lưu ổ áp xe qua da dưới hướng dẫn siêu âm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu báo cáo loạt ca trên những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe gan và được điều trị bằng dẫn lưu ổ áp xe qua da dưới hướng dẫn siêu âm tại bệnh viện Bình Dân từ 07/2020 đến tháng 07/2023. Loại trừ những áp xe có nguyên nhân thực thể ở đường mật như sỏi, u.

Kết quả:

- Có 136 trường hợp gồm 86 nam và 50 nữ. Tuổi trung bình là $52,9 \pm 14,76$ (thường gặp nhất là 50-59 tuổi). Triệu chứng lâm sàng nổi bật là đau hạ sườn phải (97%) và sốt (83%). Thường gặp là ổ áp xe đơn độc (77,9%), trong số đó áp xe nằm bên gan phải (64%), và 25% có ổ áp xe nằm bên gan trái. Tác nhân vi khuẩn gây bệnh

thường gặp nhất là *Klebsiella pneumoniae* (43,4%).

- Kết quả dẫn lưu: tỷ lệ đặt được ống dẫn lưu đúng vị trí là 99,3%. Có 1 (0,7%) tử vong do sốc nhiễm trùng. Tỷ lệ biến chứng là 9,6% gồm: chảy máu chân ống dẫn lưu (6,6%), chảy máu dưới bao gan (0,7%) và tổn thương màng phổi phải dẫn lưu màng phổi (0,7%). Các yếu tố ảnh hưởng đến tai biến, biến chứng trong dẫn lưu ổ áp xe gan là: áp xe có vách mỏng ($p < 0,001$), ở hạ phân thùy I ($p < 0,05$), có khí trong ổ áp xe ($p < 0,001$).

Kết luận: Dẫn lưu ổ áp xe gan qua da dưới hướng dẫn siêu âm trong là một kỹ thuật an toàn, hiệu quả, ít tai biến biến chứng. Ổ áp xe có vách mỏng, ở hạ phân thùy I, hoặc có khí trong ổ áp xe là những yếu tố có ảnh hưởng đến biến chứng của thủ thuật.

Từ khoá: Dẫn lưu áp xe gan dưới hướng dẫn của siêu âm

SUMMARY

EARLY RESULTS OF LIVER ABSCESS TREATMENT WITH ULTRASOUND- GUIDED PERCUTANEOUS DRAINAGE

Introduction: Liver abscess is a common disease in tropical areas. Thanks to the development of new diagnostic images, the treatment of liver abscess changed a lot. Among all contemporain treatment, antibiotherapy associated with ultrasound-guided percutaneous transhepatic drainage has been considered as minimally invasive, safe, and highly effective technique. This study aims to evaluate the early

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thừa Đức

SĐT: 0903979725

Email: bsvuongduc.1960@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

results of liver abscess treatment with ultrasound-guided percutaneous drainage.

Subjects and methods: Retrospective case series study in patients who were diagnosed as liver abscess and treated with ultrasound-guided percutaneous abscess drainage at Binh Dan Hospital from 07/2020 to 07/2023. We excluded the abscesses formed from the typical disease in the liver or bile duct system (stone, tumor).

Results:

- There were 136 patients (86 males and 50 females) whose mean age was 52.9 ± 14.76 , especially common in age from 50 to 59. The frequent clinical symptoms were upper right quadrant pain (97%) and fever (83%). Most of abscesses were solitary (77.9%) and located in the right liver (64%), and only 25% in the left liver. The most common causative bacteria was *Klebsiella pneumoniae* (43.4%).

- Results of drainage: The success rate was 99.3%. There was 1 death (0.7%) of systemic sepsis. The complication rate was 9.6%, with slight bleeding at the drainage tube site (6.6%) and liver (0.7%), and 1 pleural perforation which needed siphonage (0.7%). We found that, the abscesses which had thin walls ($p < 0.001$), had gas inside ($p < 0.001$) and located in the sublobule I ($p < 0.05$), significantly related to post procedure complications.

Conclusion: The study showed that ultrasound-guided percutaneous liver abscess drainage in the treatment of liver abscess was safe and effective. Some factors relating to the post procedure complications were; thin walls, presence of gas and sublobule I location.

Keywords: Liver abscess drainage, ultrasound, early results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe gan được định nghĩa là sự tụ mủ khu trú trong gan tạo thành một ổ đơn độc

hoặc nhiều ổ rải rác phát sinh từ tổn thương gan hoặc nhiễm trùng theo đường mạch máu đến gan. Áp xe gan thường được chia thành 2 nhóm lớn là áp xe gan do amip và áp xe gan do vi khuẩn. *Entamoeba histolytica* là nguyên nhân gây áp xe gan do Amíp trong khi đó, Áp xe gan do vi khuẩn thường bao gồm nhiều tác nhân, thường gặp là *E. Coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus*, *Staphylococcus* và vi khuẩn kỵ khí. Ngoài ra, đôi khi có phối hợp cả vi khuẩn và ký sinh trùng.

Với sự phát triển của kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, kỹ thuật dẫn lưu dưới hướng dẫn siêu âm lần đầu được giới thiệu năm 1980, và hiện nay đã được lựa chọn là phương pháp điều trị chính. Nghiên cứu này nhằm đánh giá sự an toàn và hiệu quả của phương pháp dẫn lưu ổ áp xe gan và các yếu tố liên quan đến tai biến biến chứng của thủ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là áp xe gan do vi khuẩn hoặc ký sinh trùng tại bệnh viện Bình Dân đã được dẫn lưu ổ áp xe dưới hướng dẫn siêu âm từ tháng 07/2020 đến tháng 07/2023. Tiêu chuẩn loại trừ: các trường hợp được chẩn đoán áp xe gan do nguyên nhân thực thể khác (u gan, u đường mật, sỏi đường mật, giun chui ống mật...) hoặc bệnh án không đủ dữ liệu. Kết quả điều trị được cho là có cải thiện và thành công khi thỏa mãn các tiêu chuẩn sau³: Bệnh nhân hết sốt, mạch 80-100 l/phút, công thức bạch cầu giảm về bình thường hoặc gần như bình thường và khi Siêu âm kiểm tra sau thủ thuật thấy ống dẫn lưu nằm trong ổ áp xe, kích thước ổ áp xe giảm $> 50\%$. Các số liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 20 và trình bày kết quả bằng Microsoft Office Excel và Word.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ tháng 07 năm 2020 đến tháng 07 năm 2023, chúng tôi thu thập được 136 trường hợp được dẫn lưu áp xe gan tại bệnh viện Bình Dân thỏa tiêu chí chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $52,9 \pm 14,76$ tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là từ 50-59 tuổi. Tuổi lớn nhất trong nhóm nghiên cứu là 92 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 21 tuổi.

3.2. Đặc điểm về hình ảnh học:**Bảng 1: Vị trí, số lượng, tính chất ổ áp xe gan trên siêu âm**

Đặc điểm hình ảnh học trên siêu âm	Giá trị, n(%)
Vị trí ổ áp xe	
Gan phải	87 (64)
Gan trái	34 (25)
Cả 2 thùy gan	15 (11)
Đậm độ Echo	
Giảm âm	60 (43,5)
Tăng âm	2 (1,4)
Hỗn hợp âm	76 (55,1)
Số lượng ổ áp xe	
1	106 (77,9)
Đa ổ	30 (22)
Tính chất thành ổ áp xe	
Thành mỏng	15 (11)
Thành dày	121 (89)

Bảng 2: Vị trí, số lượng, tính chất ổ áp xe trên MSCT

Đặc điểm hình ảnh học trên MSCT	Giá trị, n(%)
Kích thước khối áp xe lớn nhất (mm)	
Trung bình (độ lệch chuẩn)	79,5 (28)
Vị trí ổ áp xe theo hạ phân thùy gan	
I	2 (0,7)
II	20 (7,4)
III	27 (10)
IV-A	23 (8,5)
IV-B	22 (8,1)
V	20 (7,4)
VI	43 (15,9)
VII	63 (23,3)
VIII	50 (18,5)
Khí trong ổ áp xe	
Có khí trong ổ áp xe	25 (18,4)
Không có khí trong ổ áp xe	111 (81,6)

3.3. Đặc điểm về tác nhân áp xe gan

Bảng 3: Đặc điểm về tác nhân vi khuẩn

Kết quả cấy vi khuẩn từ mủ	Giá trị, n (%)
Klebsiella	59 (43,4)
E. Coli	4 (2,9)
Enterococcus faecalis	1 (0,7)
Aeromonas sobria	1 (0,7)
Serratia marcescens	1 (0,7)
Không mọc	70 (51,5)

Bảng 4: Đặc điểm về tác nhân ký sinh trùng

Kết quả huyết thanh ký sinh trùng	Giá trị, n(%)
Fasciola Hepatica	15 (9,4)
Toxocara canis	15 (9,4)
Strongyloides stercoralis	9 (5,7)
Entamoeba Histolitica	8 (5,0)
Echinococcus	4 (2,5)
Clonorchis sinensis	1 (0,6)
Âm tính	107

Bảng 5: Đặc điểm về quy trình dẫn lưu

Đặc điểm về quy trình dẫn lưu	n (%)
Số lần đặt kim trong lần đầu dẫn lưu	
1 lần	123 (90,4)
2 lần	13 (9,6)
Kết quả đặt dẫn lưu	
Ống dẫn lưu đúng vị trí	135 (99,3)
Không dẫn lưu được (phải mổ do có biến chứng)	1 (0,7)
Thời điểm đặt dẫn lưu	
Ngay ngày nhập viện	72 (52,9)
Sau 1 ngày	39 (28,7)
Từ 2 ngày trở lên	25 (18,4)
Màu sắc mủ	
Trắng	52 (38,2)
Vàng	37 (27,2)
Nâu	21 (15,4)
Xanh	15 (11)
Đỏ	11 (8,1)

72 trường hợp (52,9%) được dẫn lưu ngay ngày nhập viện, 39 trường hợp được dẫn lưu sau nhập viện 1 ngày, và 25 trường hợp được dẫn lưu từ 2 ngày trở lên tính từ ngày nhập viện. Đa số các trường hợp đều đặt được kim dẫn lưu thành công ngay trong

lần đầu với 123 trường hợp (90,4%). 13 trường hợp cần phải rút ra và đặt kim lần 2. Kim kích thước 12Fr và 10Fr là kim được sử dụng nhiều nhất chiếm khoảng 80% số trường hợp.

Bảng 6: Đánh giá hiệu quả của phương pháp dẫn lưu

Đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng	Trung bình (Độ lệch chuẩn)	p
Mạch		
Mạch trước dẫn lưu	97,51 (13,8)	<0,001
Mạch sau dẫn lưu	85,51 (10,8)	
Bạch cầu		
Số lượng bạch cầu trước dẫn lưu	14,76 (6,11)	<0,001
Số lượng bạch cầu sau dẫn lưu	12,39 (5,69)	
Kích thước ổ áp xe		
Kích thước trước dẫn lưu	78,40 (21,3)	<0,001
Kích thước sau dẫn lưu	39,51 (21,8)	

Bảng 7: Các biến chứng trong quá trình dẫn lưu

Đặc điểm biến chứng	Giá trị, n(%)
Tử vong do Sốc nhiễm trùng	1 (0,7)
Biến chứng	13 (9,6)
Chảy máu chân ống dẫn lưu	9 (6,6)
Thủng màng phổi (phải làm siphonage)	1 (0,7)
Chảy máu dưới bao gan	1 (0,7)
Tắc ống dẫn lưu (phải đặt lại)	1(0,7)

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tử vong (0,7%). Đây là một bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền căn Viêm gan siêu vi B. Bệnh nhân có rất nhiều ổ áp xe, các ổ nằm ở hạ phân thùy II và III được can thiệp dẫn lưu ổ áp xe gan 3 lần nhưng lượng mủ ra rất ít, dẫn lưu kém hiệu quả nên sau đó bệnh nhân sốc nhiễm trùng suy gan, suy thận, suy hô hấp và tử vong.

Có 13 trường hợp biến chứng (9,6%), trong đó hay gặp nhất là các biến chứng chảy

máu tại chân ống dẫn lưu với 9 trường hợp (6,6%). 1 trường hợp chảy máu quanh gan tự ổn định. Đặc biệt, chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp thủng màng phổi sau dẫn lưu (0,7%), được đặt lại ống dẫn lưu và dẫn lưu khoang màng phổi kết hợp với điều trị kháng sinh tích cực bằng Meropenem và Metronidazol. Sau đó tình trạng lâm sàng của bệnh nhân cải thiện, hết khó thở và hết sốt và xuất viện sau thời gian 19 ngày.

Bảng 8: Mối liên quan của các yếu tố và biến chứng

Các yếu tố	Có biến chứng	Không biến chứng	p
Giới tính			0,460
Nam	44	6	
Nữ	79	7	
Độ tuổi dẫn lưu			0,415
Median (IQR)	49,7 (15,93)	53,23 (14,34)	
Tiền căn bệnh lý			

Đái tháo đường	5	29	0,239
Tăng huyết áp	2	29	0,503
Áp xe gan trước đây	2	20	0,935
HIV	1	1	0,05
Bệnh thận mạn	0	5	0,459
Viêm gan do virus	1	7	0,771
Nhiễm ký sinh trùng	0	2	0,643
Đặc điểm cận lâm sàng			
Nhóm xét nghiệm chức năng đông máu			
Tiểu cầu (K/uL)	311,15 (161,54)	332,98 (141,81)	0,603
TQ (s)	12,84 (2,56)	12,40 (1,84)	0,429
TCK (s)	25,82 (4,84)	27,19 (2,84)	0,131
Nhóm xét nghiệm máu			
Số lượng bạch cầu (K/uL)	17,21 (11,21)	14,51 (5,31)	0,850
Tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính (%)	72,88 (20,49)	74,17 (14,2)	0,668
Hemoglobin (g/dL)	11,33 (1,73)	11,47 (1,73)	0,788
Đặc điểm hình ảnh học			
Vị trí ổ áp xe			0,492
Gan phải	7	80	
Gan trái	5	29	
Cả 2 thùy gan	1	14	
Độ dày vách			<0,001
Mỏng	7	8	
Dày	6	115	
Số lượng ổ áp xe			0,337
Đơn độc	9	97	
Đa ổ	4	26	
Kích thước ổ áp xe			0,46
<50mm	0	13	
50-100mm	11	95	
>100mm	2	15	
Khí trong ổ áp xe	8	17	<0,001
Các yếu tố liên quan thủ thuật			
Số lần đặt kim			0,081
1 lần	10	113	
2 lần	3	10	
Hạ phân thùy			
I	1	1	0,050
II	3	17	0,370
III	2	25	0,671

IVa	1	22	0,351
IVb	2	20	0,935
V	2	18	0,942
VI	1	42	0,051
VII	7	56	0,327
VIII	7	6	0,179

Bảng 9: Thời điểm xuất viện sau dẫn lưu

Thời điểm xuất viện sau dẫn lưu	n	%
Ngay ngày nhập viện	9	63
Sau 1 ngày	2	37
Sau 2 ngày	2	23

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh học của ổ áp xe gan

Trong 136 trường hợp bệnh lý áp xe gan, 87 (64%) trường hợp có khối áp xe nằm ở gan phải, 34 (25%) trường hợp khối áp xe nằm trong gan trái. 15 (11%) khối áp xe đa ổ nằm ở cả 2 thùy gan. Theo nghiên cứu của tác giả Đoàn Anh Vũ và cộng sự⁴ trên 39 bệnh nhân áp xe gan được dẫn lưu xuyên gan qua da, khối áp xe ở gan phải chiếm tỉ lệ 72,7%, khối áp xe gan trái là 9,1%, lan toả cả 2 thùy là 18,2%. Nghiên cứu của Ankur và cộng sự⁵ thực hiện trên 1630 bệnh nhân, có 77,7% trường hợp có khối áp xe nằm ở gan phải, 14,3% nằm ở gan trái, cả 2 thùy gan là 8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 106 (77,9%) trường hợp có 1 ổ áp xe, 2 ổ áp xe và đa ổ áp xe có kết quả tương đương nhau là 15 (11%) trường hợp. Trong nghiên cứu của Vinod sahu⁶ năm 2022 trên 100 bệnh nhân, 83% có 1 khối áp xe đơn độc và 17% sốt trường hợp có nhiều ổ áp xe lan toả. Theo

Đoàn Anh Vũ (2018), 24/38 trường hợp có 1 ổ áp xe.

4.2. Đặc điểm về tác nhân gây bệnh

Cấy mủ được thực hiện ở tất cả các trường hợp được dẫn lưu. Tuy nhiên chỉ có 66 trường hợp (49,5%) cấy có vi khuẩn mọc, 70 trường hợp (51,5%) không mọc. Trong số trường hợp có vi khuẩn, *Klebsiella pneumoniae* là tác nhân vi khuẩn thường gặp nhất với 59 trường hợp, *E coli* và vi khuẩn thường gặp thứ 2 với 4 trường hợp. Các vi khuẩn khác như *Enterococcus faecalis*, *Aeromonas sobria*, *Serratia marcescens* chỉ gặp 1 trường hợp cho mỗi tác nhân. Ngoài ra, còn có 29 trường hợp nhiễm ít nhất 1 loại ký sinh trùng khi thử máu.

Trong nghiên cứu của Cristina và cộng sự⁷ nghiên cứu trên 109 trường hợp bệnh nhân bị áp xe gan do vi khuẩn, tỉ lệ cấy vi khuẩn thành công từ ổ áp xe và từ máu là 54,2%. Tác giả cho rằng tỉ lệ này còn thấp do bệnh nhân được cấy máu ngay sau khi đã được sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm. Nghiên cứu cũng cho kết quả cấy thường gặp nhất là vi khuẩn *E Coli* và *Enterococcus spp.*

So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có sự khác biệt có thể do trong nghiên cứu này, tác giả Cristina lấy cả các trường hợp áp xe gan có nguyên nhân từ đường mật.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Long năm 2021⁸, trong số 36 bệnh nhân thì kết quả cấy mũ dương tính trong 16 trường hợp, 15 trường hợp chiếm 42,7% có tác nhân là *Klebsiella pneumoniae*, 1 trường hợp là *E. Coli*.

4.3. Kết quả dẫn lưu ổ áp xe

135 trường hợp đặt thành công (99,3%) đặt ống dẫn lưu vào ổ áp xe. Lượng mũ dẫn lưu được khi đặt kim vào ổ áp xe trung bình là 50ml và lượng mũ trung bình trong suốt đợt điều trị của bệnh nhân là 120ml. Chỉ có 1 trường hợp dẫn lưu không hiệu quả do vị trí ổ áp xe khó, bệnh nhân không hợp tác, trường hợp này sau đó được phẫu thuật và cải thiện ngoạn mục⁶⁹.

Một nghiên cứu của Mohammad Alaa Abusedera³ có tỉ lệ thành công là 98% với cỡ mẫu nghiên cứu là 45 trường hợp. Có sự khác biệt về mạch trước dẫn lưu và sau dẫn lưu từ 97,5 /ph xuống 85,5/ph. Tương tự, bạch cầu trung tính trước và sau dẫn lưu cũng có sự giảm xuống rõ rệt từ 14,76/ μ L xuống 12,39/ μ L. Kích thước của ổ áp xe cũng giảm đáng kể >50% kích thước.

Theo nghiên cứu của Đoàn Anh Vũ⁴, 94,4% trường hợp được chọc dẫn lưu mũ thành công. Amitesh Kumar Jha⁹ cho tỷ lệ điều trị nội khoa thành công 70%, điều trị bằng chọc hút mũ dưới hướng dẫn của siêu âm có tỷ lệ thành công là 67%.

4.4. Biến chứng trong dẫn lưu ổ áp xe gan

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp tử vong (0,7%) do nhiễm trùng huyết và 13 trường

hợp có biến chứng (9,6%), trong đó nặng nề nhất là 1 trường hợp thủng màng phổi (0,7%). Nhận xét về trường hợp này, việc siêu âm xác định ổ áp xe là vấn đề không quá phức tạp. Tuy nhiên với các ổ áp xe nằm ở vị trí phân thủy VI, VII khiến cho đường vào của kim dẫn lưu trở nên khó khăn hơn rất nhiều. Điều này dẫn đến nguy cơ làm tổn thương màng phổi.

Trong nghiên cứu của Cristina và cộng sự⁷ nghiên cứu trên 109 trường hợp bệnh nhân bị áp xe gan do vi khuẩn, có 2 trường hợp có biến chứng nặng sau khi can thiệp là tràn khí màng phổi phải và rò mật.

4.5. Mối liên quan giữa các đặc điểm hình ảnh học và biến chứng trong dẫn lưu ổ áp xe gan

Khi so sánh giữa nhóm có biến chứng và không có biến chứng sau dẫn lưu, chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ dày thành ổ áp xe ($p < 0,001$). Ngoài ra, vị trí hạ phân thủy số I và có khí trong ổ áp xe là yếu tố nguy cơ làm tăng tỉ lệ biến chứng ở các bệnh nhân được dẫn lưu ổ áp xe.

Trong một nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm bệnh truyền nhiễm tại Hàn Quốc, tác giả Eliel Nham và cộng sự¹⁰ cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính chất thành hoá ổ áp xe ở nhóm không có biến chứng (OR=0,1, $p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Dẫn lưu ổ áp xe gan dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp an toàn và hiệu quả cao, dễ thực hiện, ít tai biến biến chứng. Những yếu tố nguy cơ gây biến chứng sau thủ thuật là: vách áp xe mỏng, có hơi trong ổ áp xe và áp xe khu trú ở hạ phân thủy I.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mischnik A, Kern WV, Thimme R.** [Pyogenic liver abscess: Changes of Organisms and Consequences for Diagnosis and Therapy]. *Dtsch Med Wochenschr.* Jul 2017;142(14):1067-1074. Pyogener Leberabszess: Erregerprofil und Konsequenzen für Diagnostik und Therapie. doi:10.1055/s-0043-100540
2. **Ko WC, Paterson DL, Sagnimeni AJ, et al.** Community-acquired *Klebsiella pneumoniae* bacteremia: global differences in clinical patterns. *Emerg Infect Dis.* Feb 2002;8(2): 160-6. doi:10.3201/eid0802.010025
3. **Abusedera MA, El-Badry AM.** Percutaneous treatment of large pyogenic liver abscess. *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine.* 2014;45(1): 109-115. doi:10.1016/j.ejrm.2013.11.005
4. **Vũ ĐA.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh áp xe gan bằng phương pháp nội khoa hoặc chọc hút mủ tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2016-2017. 2018:5.
5. **Jindal A, Pandey A, Sharma MK, et al.** Management Practices and Predictors of Outcome of Liver Abscess in Adults: A Series of 1630 Patients from a Liver Unit. *J Clin Exp Hepatol.* May-Jun 2021;11(3):312-320. doi:10.1016/j.jceh.2020.10.002
6. **Sahu V, Pipal DK, Singh Y, et al.** Epidemiology, Clinical Features, and Outcome of Liver Abscess: A Single-Center Experience. *Cureus.* Oct 2022;14(10): e29812. doi:10.7759/cureus.29812
7. **Serraino C, Elia C, Bracco C, et al.** Characteristics and management of pyogenic liver abscess: A European experience. *Medicine (Baltimore).* May 2018;97(19): e0628. doi:10.1097/MD.00000000000010628
8. **Long NC, Sơn TV.** ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ Ổ ÁP XE GAN TRÊN 5 CM BẰNG SONDẸ DẪN LƯU. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2021;507(2)
9. **Jha AK, Das A, Chowdhury F, Biswas MR, Prasad SK, Chattopadhyay S.** Clinicopathological study and management of liver abscess in a tertiary care center. *J Nat Sci Biol Med.* Jan-Jun 2015;6(1):71-5. doi:10.4103/0976-9668.149091
10. **Nham E, Lee JH, Huh K, et al.** Predictive and prognostic factors associated with unliquefied pyogenic liver abscesses. *J Microbiol Immunol Infect.* Feb 2023;56(1): 64-74. doi:10.1016/j.jmii.2022.07.010

SO SÁNH PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNG GHÉP TRONG PHÚC MẠC VỚI PHẪU THUẬT MỎ ĐẶT MẢNG GHÉP TRƯỚC CÂN TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ VẾT MỎ

Vương Thừa Đức¹, Tạ Thanh Duy², Bùi Minh Tín²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoát vị vết mổ là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật bụng mà việc điều trị dễ bị tái phát, có thể đến 50%. Việc dùng mảnh ghép đã được chứng tỏ làm giảm tái phát và có thể thực hiện bằng mổ mở hoặc mổ nội soi. Nghiên cứu nhằm so sánh kết quả giữa PTNS đặt mảnh ghép trong phúc mạc (IPOM) với mổ mở đặt mảnh ghép trước cân.

Phương pháp: So sánh giữa 2 nhóm tại bệnh viện Bình Dân từ 01/2020 đến 8/2024 gồm; nhóm IPOM và mổ mở. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 26, so sánh các biến số bằng phép kiểm t (hoặc Mann-Whitney) và phép kiểm Chi bình phương (hoặc Fisher). Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa.

Kết quả: Tổng cộng có 128 bệnh nhân được ghi nhận (40 IPOM và 88 mổ mở). Cả 2 nhóm có sự tương đồng về tuổi, giới, BMI, bệnh kèm theo, vị trí và kích thước lỗ thoát vị. Tuy nhiên, kết quả có khác biệt như; thời gian PTNS (112,46 ph) lâu hơn mổ mở (98,52 ph), tai biến rách thành mạc của PTNS (5%) nhiều hơn mổ mở (3,4%). Biến chứng tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ

và tỷ lệ tái phát thì tương đồng giữa PTNS và mổ mở.

Kết luận: PTNS (IPOM) và mổ mở đặt mảnh ghép trước cân đều hiệu quả với ít tai biến, biến chứng sau mổ nhẹ và tỷ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: Thoát vị vết mổ, phẫu thuật nội soi IPOM, mổ mở đặt mảnh ghép trước cân.

SUMMARY

COMPARISON: LAPAROSCOPIC INTRAPERITONEAL ONLAY MESH AND OPEN PRE-FASCIA MESH REPAIR IN TREATMENT OF INCISIONAL HERNIA

Introduction: Incisional hernia is common complication after abdominal surgery with high recurrence (up to 50%). Using mesh by laparoscopic or open surgery were proved to decrease the recurrence rate. This study was to compare the early results between laparoscopic intraperitoneal onlay mesh (IPOM) and open pre-fascia mesh repair (PFM).

Methods: A retrospective study on patients of incisional hernia operated at Binh Dan Hospital from Jan. 2020 to Aug. 2024. Data were analyzed with SPSS 26. Comparisons were performed by t test (or Mann Whittney) and Chi square test (or Fisher exact test). Result < 0.05 were considered significant.

Results: There were 128 patients divided into 2 groups, composing 40 cases in IPOM and 88 cases in OFM. There were equality between 2 groups in: age, sex, BMI, associated medical diseases, size and places of hernias. The results

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Vương Thừa Đức
SĐT: 0903979725

Email: bsvuongduc.1960@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

were: The operative time of IPOM longer than PFM (112.46 min. & 98.52 min.), the intestinal serosal damages of IPOM more than PFM (5% & 3.4%), but the post operative seroma, infection and recurrence were not different between 2 groups.

Conclusion: Laparoscopic intraperitoneal on lay mesh (IPOM) and open pre-fascia mesh repair were effective with less accidence, slight complication and few recurrence.

Keywords: Incisional Hernia, laparoscopic on lay mesh, open pre-fascia mesh repair.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị vết mổ là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật vùng bụng. Biến chứng này có thể cao đến 50% ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, đặc biệt là những bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ. Vấn đề quan trọng trong phẫu thuật điều trị thoát vị vết mổ là tỉ lệ tái phát. Để giải quyết vấn đề này, việc sử dụng mảnh đã được áp dụng rộng rãi. Một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT) được thực hiện vào năm 2015 cho thấy, tỉ lệ tái phát của việc không dùng mảnh ghép là 20 – 50% so với có mảnh ghép là 2 – 15%. Việc đặt mảnh ghép có thể được thực hiện thông qua mổ mở hoặc mổ nội soi. Một trong những kỹ thuật nội soi được dùng phổ biến là phẫu thuật nội soi (PTNS) đặt mảnh ghép hoàn toàn trong phúc mạc (IPOM) với tỉ lệ tái phát khá thấp (4,72%). Đã có nhiều báo cáo trong và ngoài nước đánh giá kết quả của kỹ thuật này, tuy nhiên ít có báo cáo so sánh hiệu quả và biến chứng giữa hai kỹ thuật nội soi và mổ mở đặt mảnh ghép. Do đó, nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả sớm của

PTNS phục hồi thành bụng bằng mảnh ghép (IPOM) so với mổ mở.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu so sánh giữa 2 nhóm PTNS kiểu IPOM và Phẫu thuật mở đặt mảnh ghép trong thoát vị vết mổ từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 08 năm 2024, tại bệnh viện Bình Dân TPHCM. Cỡ mẫu được tính gộp là 128 dựa trên tỷ lệ biến chứng của 2 kỹ thuật là 16% (IPOM) và 40,8% (mổ mở).

Dữ liệu được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 26. Để so sánh các biến số định lượng giữa hai nhóm, chúng tôi dùng phép kiểm t hoặc phép kiểm Mann – Whitney. Để so sánh các biến số định danh chúng tôi dùng phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher. Giá trị $p \leq 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 128 bệnh nhân thoát vị vết mổ thành bụng được thực hiện IPOM (40 bệnh nhân) và mổ mở đặt mảnh ghép (88 bệnh nhân) tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2020 đến tháng 08/2024, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Tuổi, giới

Tuổi trung bình của nhóm IPOM là $62,85 \pm 8,56$, và của nhóm mổ mở là $61,84 \pm 10,96$. Sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Tỷ lệ nam/nữ là 8/32 ở nhóm IPOM và ở nhóm mổ mở là 29/59. Sự khác biệt về giới tính không có ý nghĩa ($p = 0,134$).

Bảng 1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	IPOM	Mỡ mỡ	Tổng
39	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (0,8%)
40 – 49	4 (10%)	11 (12,5%)	15 (11,7%)
50 – 59	8 (20%)	24 (27,3%)	32 (25%)
60 – 69	19 (47,5%)	30 (34,1%)	49 (38,3%)
70 – 79	8 (20%)	18 (20,5%)	26 (20,3%)
80 – 89	1 (2,5%)	3 (3,4%)	4 (3,1%)
90	0 (0%)	1 (1,1%)	1 (0,8%)
Tổng	40 (100%)	88 (100%)	128 (100%)

 $p = 0,875$ **Chỉ số khối cơ thể (BMI)**

Nhóm IPOM có; 21 trường hợp BMI bình thường (52,5%) và 15 trường hợp thừa cân (37,5%). Nhóm mỡ mỡ có 57 trường hợp BMI bình thường (64,8%) và 27 trường hợp thừa cân (30,7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về BMI giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 2. Phân bố theo chỉ số BMI

Chỉ số BMI	IPOM	Mỡ mỡ	Tổng
< 18,5 (thiếu cân)	4 (10%)	4 (4,5%)	8 (6,3%)
18,5 – 24,9 (bình thường)	21 (52,5%)	57 (64,8%)	78 (60,9%)
$\geq 25,0$ (thừa cân)	15 (37,5%)	27 (30,7%)	42 (32,8%)
Tổng	40 (100%)	88 (100%)	128 (100%)

 $p = 0,276$ **Bệnh lý nội khoa đi kèm**

Ở nhóm IPOM, tiền căn bệnh tim mạch, đái tháo đường và bệnh hô hấp là 50%, 25% và 7,5%. Ở nhóm mỡ mỡ, tiền căn tim mạch,

đái tháo đường và bệnh lý hô hấp lần lượt là 46,6%, 18,2% và 8%. Không có sự khác giữa hai nhóm phẫu thuật về bệnh lý nội khoa đi kèm ($p > 0,05$).

Bảng 3. Bệnh lý nội khoa đi kèm

Tiền căn nội khoa	IPOM	Mỡ mỡ	Tổng
Tim mạch	20 (50%)	41 (46,6%)	61% (47,7%)
$p = 0,72$			
Đái tháo đường	10 (25%)	16 (18,2%)	26 (20,3%)
$p = 0,374$			
Hô hấp	3 (7,5%)	7 (8%)	10 (7,8%)
$p = 1$			

Phẫu thuật vùng bụng trước đó

Đa số bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật vùng bụng 1 lần với 68 trường hợp, chiếm 53,1%, 45 bệnh nhân phẫu thuật bụng 2 lần (35,2%), 13 bệnh nhân phẫu thuật 3 lần

(10,2%) và 2 bệnh nhân phẫu thuật 4 lần (1,6%).

Sự khác biệt về số lần phẫu thuật vùng bụng trước đó giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, với $p = 0,558$.

Tiền căn có phẫu thuật ruột non – đại trực tràng trước đó chiếm tỉ lệ cao nhất (58,6%), theo sau là nhóm tiền căn phẫu thuật sản phụ khoa, niệu và gan mật tụy. Tỉ lệ này tương tự với nhóm nội soi và mổ mở.

Kết quả phẫu thuật

Khâu đóng lỗ thoát vị

Trong nhóm IPOM, tỷ lệ khâu lỗ thoát vị (IPOM plus) là 90%; trong nhóm mổ mở tỷ lệ này là 98,9%.

Bảng 4. Khâu đóng lỗ thoát vị

Khâu lỗ thoát vị	IPOM	Mổ mở	Tổng cộng
Có	36 (90%)	87 (98,9%)	123 (96,1%)
Không	4 (10%)	1 (1,1%)	5 (3,9%)
Tổng cộng	40 (100%)	88 (100%)	128 (100%)

Vị trí lỗ thoát vị

Vị trí thoát vị phổ biến nhất là ở rốn và chậu, chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả nhóm nội soi và mổ mở. Không có sự khác biệt về vị trí lỗ thoát vị giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Bảng 5. Vị trí lỗ thoát vị

Vị trí lỗ thoát vị	IPOM	Mổ mở	Tổng
Dưới xương ức (M1)	3 (7,5%)	2 (2,3%)	5 (3,9%)
Thượng vị (M2)	1 (2,5%)	9 (10,2%)	10 (7,8%)
Rốn (M3)	12 (30%)	31 (35,2%)	43 (33,6%)
Dưới rốn (M4)	5 (12,5%)	11 (12,5%)	16 (12,5%)
Trên xương mu (M5)	4 (10%)	7 (8%)	11 (8,6%)
Dưới sườn (L1)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hông (L2)	7 (17,5%)	5 (5,7%)	12 (9,4%)
Chậu (L3)	10 (25%)	26 (29,5%)	36 (28,1%)
Lưng (L4)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

Kích thước lỗ thoát vị, tạng thoát vị

Trong nhóm nội soi, kích thước trung bình (4 – 10 cm) chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 57,5%, kế tiếp là đường kính nhỏ (<4cm) và lớn (<10cm) lần lượt là 35% và 7,5%. Tỉ lệ tương tự ở nhóm mổ mở lần lượt là 67%, 30,7% và 2,3%. Sự khác biệt về kích thước

lỗ thoát vị giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,272$).

Tạng thoát vị chủ yếu là mạc nối lớn và ruột, chiếm tỉ lệ lần lượt là 67,2% và 59,4%, ít gặp là thận và mỡ quanh thận chỉ chiếm tỉ lệ rất thấp (1,6%). Kết quả này tương tự đối với 2 nhóm ($p > 0,05$).

Thời gian phẫu thuật

Bảng 6. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số phút	Trung bình	
IPOM	86,25 ± 44,79	143,13 ± 54,15	112,46 ± 49,75
IPOM plus	149,44 ± 51,82		
Mổ mở	98,52 ± 40,86		

Thời gian phẫu thuật trung bình đối với nhóm mổ mở là $98,52 \pm 40,86$ phút; IPOM tiêu chuẩn là $86,25 \pm 44,79$ phút và IPOM plus là $149,44 \pm 51,82$ phút. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật giữa 2 nhóm IPOM ($p = 0,028$) và giữa IPOM và mổ mở ($p < 0,001$).

Lượng máu mất

Lượng máu mất trung bình của nhóm mổ mở là $20,8 \pm 17,30$ ml; của IPOM là $19,75 \pm 17,93$ ml. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm IPOM ($p = 0,228$) và giữa IPOM với mổ mở ($p = 0,93$) về lượng máu mất.

Bảng 7. Lượng máu mất

Bảng 7: Lượng máu mất			
Lượng máu mất	Số ml máu	Trung bình	
IPOM	11,25 ± 2,5	19,75 ± 17,93	20,47 ± 17,43
IPOM plus	20,69 ± 18,67		
Mổ mở	20,8 ± 17,30		

Dẫn lưu vùng mổ

Phần lớn bệnh nhân mổ mở được đặt dẫn lưu dưới da (72,7%). Ngược lại, không có trường hợp nào đặt dẫn lưu trong nhóm PTNS. Có sự khác biệt về tỉ lệ đặt dẫn lưu giữa hai nhóm với $p < 0,001$.

Tai biến trong mổ

Trong quá trình phẫu thuật, nhóm PTNS có 2 bệnh nhân (5%) bị rách thanh mạc ruột

và được tiến hành khâu lại thanh mạc, trong khi đó nhóm phẫu thuật mổ mở có 3 bệnh nhân (3,4%) gặp tình trạng tương tự và cũng được xử lý bằng cách khâu lại thanh mạc. Ngoài ra, có 2 bệnh nhân chuyển phương pháp từ nội soi sang mổ mở do viêm dính nhiều. Không có sự khác biệt về tai biến trong khi mổ giữa hai nhóm ($p > 0,05$).

Biến chứng sau mổ

Bảng 8. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	IPOM	IPOM plus	Mổ mở
Tụ dịch	0 (0%)	6 (15%)	5 (5,7%)
Nhiễm trùng vết mổ	0 (0%)	1 (2,5%)	4 (4,5%)
Tắc ruột	0 (0%)	1 (2,5%)	0 (0%)
Nhiễm trùng mảnh ghép	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)

Ở nhóm IPOM, biến chứng phổ biến nhất là tụ dịch (15%), ít gặp hơn là nhiễm trùng vết mổ và tắc ruột, với mỗi biến chứng có 1 trường hợp (2,5%). Ở nhóm mổ mở, biến chứng thường gặp nhất cũng là tụ dịch và nhiễm trùng vết mổ, lần lượt là 5,7% và 4,5%, kể đến nhiễm trùng mảnh ghép với 1 trường hợp (1,1%) được phát hiện vào ngày thứ 10 và được tháo bỏ mảnh ghép. Nhìn

chung, không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng sau mổ giữa hai nhóm phẫu thuật ($p > 0,05$).

Thời gian nằm viện

Ở nhóm PTNS, thời gian nằm viện trung bình là $7,15 \pm 3,683$ ngày, cao hơn so với nhóm mổ mở, với thời gian trung bình là $5,55 \pm 3,539$ ngày. Sự khác biệt này giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê ($p = 0,02$).

Bảng 9. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số ngày	Trung bình	
IPOM	5 ± 2,708	7,15 ± 3,683	6,05 ± 3,648
IPOM plus	7,39 ± 3,728		
Mổ mở	5,55 ± 3,539		

Tái phát

Trong tổng số 128 bệnh nhân được theo dõi trung bình 8 tháng (từ 4 đến 12 tháng), có 6 trường hợp được ghi nhận bị tái phát, chiếm tỉ lệ 4,7%. Trong số này, nhóm mổ mở có 5 trường hợp (5,7%), trong khi nhóm PTNS chỉ có 1 trường hợp (2,5%). Tuy nhiên, khi so sánh hai nhóm, sự khác biệt về tỉ lệ tái phát không có ý nghĩa thống kê ($p=0,665$).

IV. BÀN LUẬN**Tuổi, giới**

Tuổi trong nghiên cứu này tương tự với các nghiên cứu khác, bệnh nhân càng lớn tuổi thì nguy cơ thoát vị vết mổ càng cao. Điều này có thể được giải thích do ở người lớn tuổi, các mô liên kết, đặc biệt là collagen, thường suy giảm về chất lượng và khả năng đàn hồi.

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nữ là 71,1% và nam là 28,9%. Tỉ lệ này tương tự với các tác giả Châu Á là số bệnh nhân nữ nhiều hơn nam gấp 2,5 lần, nhưng khác với các báo cáo ở phương Tây cho thấy tỉ lệ thoát vị vết mổ gặp ở nam nhiều hơn nữ.

Bảng 10. Tuổi trung bình của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Tuổi trung bình
Vương Thừa Đức ¹	88	$62,3 \pm 14$
Phan Minh Trí ²	139	61 ± 14
Nguyễn Tuấn Anh ³	50	$64,3 \pm 10,8$
Heniford	407	53,2
In Ho Song	795	$65,6 \pm 7,9$
Chúng tôi	128	$62,16 \pm 10,25$

Chỉ số BMI

Chỉ số khối trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $24,03 \pm 3,5$, trong đó số bệnh nhân thừa cân, béo phì chiếm 32,8%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả như Heniford, Roland, Israelsson hay Vương Thừa Đức cũng đều ghi nhận bệnh nhân thoát vị vết mổ có chỉ số BMI cao.

Bệnh lý nội khoa đi kèm

Tương tự với các tác giả khác, chúng tôi

ghi nhận, bệnh nội khoa đi kèm thường gặp nhất là tim mạch và đái tháo đường lần lượt chiếm 47,7% và 20,3%; COPD chiếm 7,8%. Các bệnh lý nội khoa như đái tháo đường hay COPD không chỉ là yếu tố nguy cơ của thoát vị vết mổ mà còn làm nặng thêm tình trạng bệnh, kéo dài thời gian nằm viện. Đái tháo đường ảnh hưởng đến quá trình lành vết thương do giảm lưu thông máu và giảm tưới oxy cho mô, tăng nguy cơ nhiễm trùng và giảm tổng hợp Collagen. COPD là nguyên

nhân gây tăng áp lực ổ bụng kéo dài, làm tăng áp lực ổ bụng mạn tính, gây ra sự căng giãn và yếu đi của mô thành bụng, ngoài ra, việc điều trị bằng Corticoid cũng làm ảnh hưởng đến quá trình tổng hợp collagen. Ngoài ra, bệnh nhân COPD sẽ gặp khó khăn hơn trong việc duy trì thông khí và trao đổi khí trong quá trình gây mê, đồng thời tăng nguy cơ suy hô hấp sau mổ.

Vị trí thoát vị

Trong nghiên cứu này, vị trí thoát vị chủ yếu được ghi nhận tại đường giữa, với tỉ lệ cao nhất là vị trí M3 (33,6%), tiếp theo là vị trí L3 (28,1%). Nguyên nhân có thể liên quan đến tiền căn phẫu thuật trước đó của nhóm nghiên cứu, trong đó phần lớn các bệnh nhân đã từng trải qua phẫu thuật đại trực tràng và đóng hậu môn nhân tạo (58,6%).

Nghiên cứu của Chelala (2016) trên 1326 bệnh nhân cũng ghi nhận kết quả tương tự, với vị trí thoát vị hay gặp nhất là M3 (57,4%), tiếp theo là M2 (22,2%) và M4 (6,2%)⁴. Kết quả này phản ánh rằng vị trí M3 là khu vực dễ bị thoát vị hơn là do đặc điểm sinh lý của nó. Đặc biệt, đường giữa (bao gồm các vị trí M3, M2) là nơi dễ xảy ra thoát vị hơn so với các vị trí khác, bởi vì đây là khu vực yếu hơn so với các vùng xung quanh. Đường giữa thành bụng, hay còn gọi là đường trắng, có một đặc điểm nổi bật là ít mạch máu và ít sợi Collagen so với các khu vực khác. Các yếu tố này làm cho đường giữa trở nên yếu hơn sau phẫu thuật, gây khó khăn trong quá trình lành vết mổ và tạo điều kiện thuận lợi cho việc hình thành thoát vị. Sự thiếu hụt collagen và mạch máu ở khu vực này cũng khiến cho khả năng phục hồi

sau phẫu thuật kém hơn, dễ dẫn đến việc vết mổ không thể lành chắc chắn, từ đó hình thành thoát vị.

Đối với các bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo, phẫu thuật viên thường phải cắt một phần cân cơ thành bụng bên, làm giảm độ bền và khả năng co giãn của vùng này. Khi đóng cân bụng tại khu vực này, nó thường bị căng, điều này có thể làm suy yếu thành bụng và tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị xuất hiện. Thêm vào đó, vết mổ tại vị trí đóng hậu môn nhân tạo có nguy cơ nhiễm trùng cao hơn, từ đó có thể làm chậm quá trình lành vết mổ, dẫn đến sự suy yếu của thành bụng và hình thành thoát vị.

Khâu đóng lỗ thoát vị

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90% (IPOM) và 98% (mổ mở) được khâu đóng lỗ thoát vị. Có một số trường hợp mà việc khâu đóng lỗ thoát vị không thể thực hiện được do lỗ thoát vị có kích thước quá lớn và thành bụng quá căng.

Trong phẫu thuật IPOM, mảnh ghép được đặt vào trong khoang phúc mạc để che kín lỗ thoát vị, ngăn ngừa sự tái phát. Theo định luật Pascal, lực căng đè lên mảnh ghép sẽ lớn nhất ở vị trí khuyết cân (nếu lỗ thoát vị không được đóng lại), tạo điều kiện cho mảnh ghép bị trồi ra trước làm tăng nguy cơ tái phát. Ngược lại, việc khâu đóng lỗ thoát vị có thể giúp cân bằng áp suất lên toàn bộ bề mặt của mảnh ghép, làm giảm tối đa sự căng tại một điểm cụ thể, đồng thời ngăn ngừa mảnh ghép bị đẩy vào trong túi thoát vị.

Nghiên cứu của Elwan⁵ trên 49 bệnh

nhân, chia thành hai nhóm: nhóm và nhóm không đóng lỗ thoát vị. Kết quả cho thấy, nhóm đóng lỗ thoát vị có tỉ lệ tụ dịch thấp hơn (16,1% so với 36,7%) và tỉ lệ tái phát cũng thấp hơn (3,2% so với 13,3%) so với nhóm không đóng.

Tương tự, nghiên cứu của Savada, với 100 bệnh nhân được chia thành hai nhóm (mỗi nhóm 50 bệnh nhân), theo dõi trong vòng hai năm. Kết quả cho thấy tỉ lệ tái phát ở nhóm không đóng cao hơn đáng kể so với nhóm đóng lỗ thoát vị (24% so với 5%, $p = 0,04$). Ngoài ra, nhóm không đóng lỗ thoát vị cũng ghi nhận tỉ lệ tụ dịch (18% so với 10%) và tỉ lệ trôi mảnh ghép (12,2% so với 4%) cao hơn so với nhóm kia. Theo hướng dẫn điều trị của Hiệp hội Thoát vị Thế giới⁶ năm 2019 khuyến nghị việc đóng lỗ thoát vị nên được thực hiện khi có thể. Tuy nhiên, tính khả thi của việc khâu đóng lỗ còn phụ thuộc vào kích thước lỗ thoát vị, vì lỗ quá lớn sẽ hạn chế khả năng khâu đóng hoàn toàn.

Tai biến trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tai biến chủ yếu ở cả 2 nhóm là rách thanh mạc và được khâu lại thanh mạc mà không ghi nhận biến chứng sau mổ. Lomanto nghiên cứu trên 100 bệnh nhân nội soi và mổ mở thoát vị vết mổ cho thấy tỉ lệ rách thanh mạc của cả hai nhóm đều là 2%.

Tuy nhiên, một số báo cáo khác cho thấy ngoài rách thanh mạc còn có thủng ruột non (bỏ sót) phải mổ lại và phải rút bỏ mảnh ghép. Đa số các nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ tổn thương ruột ở nhóm nội soi cao hơn so

với mổ mở. Nguyên nhân do trong phẫu thuật nội soi phải bóc tách, gỡ dính rộng rãi hơn; tổn thương ruột khi vào trocar đầu tiên; bỏng nhiệt từ dao đốt điện khi cắt dính; hơn nữa, tổn thương đôi khi khó nhận biết hơn so với mổ mở. Do đó, chúng tôi khuyến cáo việc gỡ dính phải được quan sát trực tiếp, ưu tiên phẫu tích bằng kéo, có thể hỗ trợ bằng việc ép thành bụng trước xuống. Lượng máu rỉ rả từ việc phẫu tích bằng kéo là chấp nhận được. Đối với trường hợp viêm dính nhiều và chặt, nên tách xa ruột, vào khoang tiền phúc mạc cho đến khi ruột được hạ xuống, ngoài ra, có thể cân nhắc việc sử dụng dao siêu âm. Viêm dính nhiều cũng là một trong những nguyên nhân chuyển đổi phương pháp phẫu thuật từ nội soi sang mổ mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 bệnh nhân (4,8%) chuyển phương pháp từ nội soi sang mổ mở do tạng thoát vị thoát vị viêm dính nhiều. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận nguyên nhân chuyển mổ mở tương tự⁷.

Biến chứng sau mổ

- Tụ dịch: Chúng tôi ghi nhận, tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất, tuy nhiên tất cả các trường hợp đều tự hết mà không cần phải can thiệp gì thêm. Theo Earle, tụ dịch sau mổ nên được xem là kết quả không mong đợi sau mổ hơn là một biến chứng, chúng tự hấp thu theo thời gian. Tỷ lệ tụ dịch có thể xuất hiện sau mổ 95 – 100%, sau 90 ngày tỉ lệ này giảm còn khoảng 0 – 20% và chỉ khoảng 3 – 4% còn tồn tại dai dẳng không biến mất và chỉ điều trị khi có biến chứng.

Bảng 11. Biến chứng tụ dịch

Nghiên cứu	Tỉ lệ biến chứng tụ dịch (%)	
	PTNS IPOM	Mổ mở
Eker ⁸	7	4
Rogmark ⁹	10,9	8,7
Barbaros ¹⁰	17,4	0
Colavita ¹¹	9,7	7,5
Chúng tôi	15	5,7

- Nhiễm trùng vết mổ: Nhiễm trùng là một trong các yếu tố nguy cơ chính dẫn đến thoát vị vết mổ tái phát. Trong các nghiên cứu đều ghi nhận tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm mổ mở cao hơn. Nguyên nhân do khi mổ mở phải rạch da và mô mềm trên diện rộng để tiếp cận khu vực thoát vị, phẫu tích

nhiều hơn nên gây phản ứng viêm nhiều hơn và thời gian tiếp xúc với môi trường bên ngoài nhiều hơn. Đặc điểm này là một trong những ưu điểm của nội soi trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng do tính chất xâm lấn tối thiểu, góp phần rút ngắn thời gian phục hồi và giảm đau sau mổ.

Bảng 12. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ

Nghiên cứu	Tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng vết mổ (%)	
	PTNS IPOM	Mổ mở
Eker ⁸	4	5
Rogmark ⁹	1,6	23,2
Itani ⁷	2,8	21,9
Colavita ¹¹	0,3	3
Olmi	0	7
Chúng tôi	2,5	4,5

- Tắc ruột sau mổ: Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp tắc ruột sau mổ vào ngày hậu phẫu 3 do quai ruột non chui vào khoảng giữa mảnh ghép và phúc mạc, phải mổ lại giải phóng tạng thoát vị. Biến chứng tắc ruột ở phẫu thuật IPOM khá ít gặp, tỉ lệ chiếm dưới 1%. Theo nghiên cứu của Sharma¹² trên 1242 bệnh nhân, tỉ lệ biến chứng tắc ruột cần can thiệp lại là 0,6%. Một nghiên cứu tương tự của Moreno-Egea thực hiện trên 200 bệnh nhân cho thấy tỉ lệ này là 0,5%. Nguyên nhân do mảnh ghép không được che phủ đúng cách hay không được cố định chắc chắn, khiến ruột dính vào mảnh ghép hoặc thoát vị giữa mảnh ghép và phúc mạc.

- Nhiễm trùng mảnh ghép: Biến chứng này có thể gặp ở cả nội soi và mổ mở, tuy nhiên nhóm mổ mở chiếm tỉ lệ cao hơn, dao động từ 6 – 10%, trong khi đó sau PTNS thấp hơn, từ 0 – 3,6%. Nguyên nhân đến từ việc mổ mở yêu cầu phạm vi bóc tách mô lớn hơn, dẫn đến dễ tạo khoảng chết rộng, khoảng chết này tạo điều kiện thuận lợi cho sự tích tụ dịch, máu và mô hoại tử, góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm trùng. Hơn nữa, phần lớn các bệnh nhân mổ mở phải đặt dẫn lưu để loại bỏ dịch tồn lưu, nhưng dẫn lưu lại là một yếu tố nguy cơ đưa vi khuẩn vào vùng phẫu thuật.

Bảng 13. Biến chứng nhiễm trùng mảnh ghép

Nghiên cứu	Tỷ lệ nhiễm trùng mảnh ghép (%)	
	PTNS IPOM	Mổ mở
Barbaros ¹⁰	4,3	17,4
Carbajo	0	10
Pring ¹³	0	8,3
Chúng tôi	0	1,1

Tái phát

Các nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tái phát rất dao động (từ 2% đến 29%). Chúng tôi ghi nhận, có 1 trường hợp mổ nội soi (2,5%) và 5 trường hợp mổ mở (5,7%) bị tái phát. Thời điểm tái phát sau 6 tháng kể từ khi phẫu thuật. Đối với 5 trường hợp tái phát trong

nhóm phẫu thuật mở, thời gian phát hiện tái phát dao động từ 5 đến 8 tháng sau khi thực hiện phẫu thuật ban đầu. Đáng chú ý, có một bệnh nhân trong nhóm này không chỉ tái phát tại vị trí phẫu thuật trước đó mà còn phát hiện thêm một thoát vị mới ở vị trí khác trên thành bụng sau chụp cắt lớp vi tính.

Bảng 14. Tái phát

Nghiên cứu	Tỷ lệ tái phát (%)	
	IPOM	Mổ mở
Ballem	29	28
Bencini ¹⁴	14	11
Olmi	2,3	1,1
Pring ¹³	3,3	4,2
Lomanto	2	10
Forbes ¹⁵	3,4	3,6
Pierce	3,1 – 4,3	12,1
Chúng tôi	2,5	5,7

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 128 bệnh nhân tại Bệnh viện Bình Dân từ 01/2020 đến 08/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Thời gian phẫu thuật nội soi (112,46 ph) lâu hơn so với mổ mở (98,52 ph).
- Tai biến rách thanh mạc của PTNS (5%) nhiều hơn mổ mở (3,4%)
- Biến chứng: tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ tương đồng giữa PTNS và mổ mở
- Tỷ lệ tái phát ở nhóm PTNS (2,5%) thấp hơn so với nhóm mổ mở (5,7%) tuy rằng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vương Thừa Đức PHL, Trần Minh Hiếu.** Đánh giá kết quả điều trị vết mổ thành bụng bằng mảnh ghép. Y học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(2):126-134.
2. **Trí PM.** Vai trò của mảnh ghép polypropylene trong điều trị thoát vị vết mổ thành bụng. Luận án tiến sĩ Y học. 2013:30-40.
3. **Nguyễn Tuấn Anh NQV, Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị vết mổ (IPOM). Y học TP Hồ Chí Minh. 2022;1:337 - 343.

4. **Chelala E, Baraké H, Estievenart J, Dessily M, Charara F, Allé J-L.** Long-term outcomes of 1326 laparoscopic incisional and ventral hernia repair with the routine suturing concept: a single institution experience. *Hernia*. 2016;20:101-110.
5. **Elwan A, Eid M.** Comparative study between fascial defects closure and non-closure in laparoscopic incisional and ventral hernia repair. *International Journal of Medical Arts*. 2019;1(1):1-6.
6. **Bittner R, Bain K, Bansal V, et al.** Update of Guidelines for laparoscopic treatment of ventral and incisional abdominal wall hernias (International Endohernia Society (IEHS))—Part A. *Surgical endoscopy*. 2019;33:3069-3139.
7. **Itani KM, Hur K, Kim LT, et al.** Comparison of laparoscopic and open repair with mesh for the treatment of ventral incisional hernia: a randomized trial. *Archives of surgery*. 2010;145(4):322-328.
8. **Eker HH, Hansson BM, Buunen M, et al.** Laparoscopic vs open incisional hernia repair: a randomized clinical trial. *JAMA surgery*. 2013;148(3):259-263.
9. **Rogmark P, Petersson U, Bringman S, et al.** Short-term outcomes for open and laparoscopic midline incisional hernia repair: a randomized multicenter controlled trial: the ProLOVE (prospective randomized trial on open versus laparoscopic operation of ventral eversions) trial. *LWW*; 2013.
10. **Barbaros U, Asoglu O, Seven R, et al.** The comparison of laparoscopic and open ventral hernia repairs: a prospective randomized study. *Hernia*. 2007;11:51-56.
11. **Colavita PD, Tsirlane VB, Belyansky I, et al.** Prospective, long-term comparison of quality of life in laparoscopic versus open ventral hernia repair. *Annals of surgery*. 2012;256(5):714-723.
12. **Sharma A, Mehrotra M, Khullar R, Soni V, Baijal M, Chowbey P.** Laparoscopic ventral/incisional hernia repair: a single centre experience of 1,242 patients over a period of 13 years. *Hernia*. 2011;15:131-139.
13. **Pring CM, Tran V, O'Rourke N, Martin IJ.** Laparoscopic versus open ventral hernia repair: a randomized controlled trial. *ANZ journal of surgery*. 2008;78(10):903-906.
14. **Bencini L, Sanchez LJ, Boffi B, et al.** Comparison of laparoscopic and open repair for primary ventral hernias. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2009;19(4):341-344.
15. **Forbes S, Eskicioglu C, McLeod R, Okrainec A.** Meta-analysis of randomized controlled trials comparing open and laparoscopic ventral and incisional hernia repair with mesh. *Journal of British Surgery*. 2009;96(8):851-858.

KẾT QUẢ SỚM TRONG ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Ngô Trường Hoàng An¹, Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}

TÓM TẮT

Bướu giáp thông trung thất (BGTTT) là một tình trạng hiếm gặp. Tỷ lệ mắc bướu giáp thông trong dân số chung chưa được xác định vì thiếu các nghiên cứu dịch tễ học. Đặc điểm chính là sự phát triển của mô tuyến giáp từ cổ xuống trung thất. Tình trạng này có thể gây ra các triệu chứng chèn ép tại chỗ như khó thở, khó nuốt, khàn tiếng hoặc đôi khi không có triệu chứng rõ ràng và chỉ được phát hiện qua các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm tuyến giáp, Xquang, CT scan, hoặc MRI vùng cổ ngực.

Mục tiêu: Nghiên cứu này tập trung đánh giá kết quả sớm trong điều trị phẫu thuật BGTTT tại bệnh viện Bình Dân. Dữ liệu được thu thập từ các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị bướu giáp thông trung thất bằng phương pháp phẫu thuật từ 01/2019 đến 08/2023. Các chỉ số nghiên cứu chính bao gồm đặc điểm lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, biến chứng sau mổ, thời gian hồi phục.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu các ca bệnh được chẩn đoán BGTTT và phẫu thuật tại một bệnh viện Bình Dân, từ năm 01/2019 đến 08/2023.

Kết quả: Trong 39 bệnh nhân, BGTTT chủ yếu gặp ở phụ nữ (76,92%), độ tuổi trung bình là $59,03 \pm 2,25$. Hầu hết người bệnh nhập viện vì khối bướu lớn ở vùng cổ và đã xuất hiện từ lâu, một số bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tại trung thất (khó thở, nuốt nghẹn). Phương pháp phẫu thuật chính được áp dụng là cắt bỏ bướu qua đường cổ, có 2 trường hợp cần kết chế xương ức mở ngực. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ (liệt dây thanh, chảy máu, suy giáp, suy cận giáp) ở mức thấp, thời gian hồi phục trung bình từ $5,43 \pm 0,88$ ngày, không ghi nhận trường hợp nào mổ lại hay tử vong. Kết quả tốt sau mổ là 84,62%, kết quả trung bình là 10,25% và có 2 trường hợp (5,13%) đánh giá xấu vì bệnh nhân suy hô hấp trước mổ do bướu chèn ép và phải khai khí đạo trong mổ, thời gian hậu phẫu nằm viện kéo dài 1 tháng và phải lưu ống khai khí đạo khi xuất viện.

Kết luận: BGTTT là một tình trạng hiếm gặp nhưng có thể gây nguy hiểm nếu không được phát hiện và xử lý sớm. Phẫu thuật điều trị bướu giáp thông trung thất là phương pháp hiệu quả, an toàn, với tỷ lệ biến chứng sớm chấp nhận được. Tuy nhiên, cần theo dõi lâu dài để đánh giá nguy cơ tái phát và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân.

Từ khóa: Bướu giáp thông trung thất, chèn ép trung thất, phẫu thuật bướu giáp, chẩn đoán hình ảnh.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES IN SURGICAL TREATMENT OF SUBSTERNAL GOITER AT BINH DAN HOSPITAL

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Background: Substernal goiter is a rare condition characterized by the extension of thyroid tissue from the neck into the mediastinum. While its prevalence in the general population remains undetermined due to a lack of epidemiological studies, it can cause local compression symptoms such as dyspnea, dysphagia, and hoarseness, or sometimes remain asymptomatic until discovered through imaging studies like thyroid ultrasound, X-ray, CT scan, or MRI of the cervicothoracic region.

Objective: This study aimed to evaluate the early outcomes of surgical treatment for substernal goiter at Binh Dan Hospital.

Methods: A retrospective case series was conducted on patients diagnosed and surgically treated for substernal goiter from January 2019 to August 2023.

Results: Among 39 patients, substernal goiter predominantly affected females (76.92%), with a mean age of 59.03 ± 2.25 years. Most patients presented with long-standing neck masses, and some experienced mediastinal compression symptoms (dyspnea, dysphagia). The primary surgical approach was cervical thyroidectomy, with only two cases requiring sternotomy. Early postoperative complications (vocal cord paralysis, bleeding, hypothyroidism, hypoparathyroidism) were minimal, with an average recovery time of 5.43 ± 0.88 days. No reoperation or mortality was recorded. Good postoperative outcomes were achieved in 84.62% of cases, fair results in 10.25%, and poor outcomes in 5.13% (two cases requiring tracheostomy due to preoperative respiratory failure from goiter compression, with extended one-month hospital stays and tracheostomy tubes at discharge).

Conclusion: Substernal goiter, though rare, can be dangerous if not detected and treated early. Surgical treatment is effective and safe,

with acceptable early complication rates. However, long-term follow-up is necessary to assess recurrence risk and improve patients' quality of life.

Keywords: Substernal goiter, mediastinal compression, thyroidectomy, diagnostic imaging.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến giáp là một tuyến nội tiết quan trọng, đóng vai trò điều hòa quá trình chuyển hóa và tăng trưởng của cơ thể. Bệnh lý tuyến giáp rất đa dạng, từ các rối loạn chức năng như cường giáp, suy giáp, đến các bệnh lý cấu trúc như nhân giáp hoặc bướu giáp. Trong đó, bướu giáp thông trung thất là một dạng bệnh lý hiếm gặp nhưng có ý nghĩa lớn về mặt lâm sàng. Bướu giáp thông trung thất được định nghĩa là tình trạng một phần lớn của tuyến giáp phát triển xuống trung thất, đi qua lỗ ngực trên ít nhất 3 cm. Bướu giáp thông trung thất thường phát triển âm thầm, với các triệu chứng xuất hiện muộn, chủ yếu liên quan đến chèn ép các cơ quan lân cận như khí quản, thực quản, hoặc dây thần kinh quặt ngược thanh quản.

Tỷ lệ chèn ép khí quản trong các trường hợp bướu giáp thông lên tới 35%-73%⁴, gây khó thở, khàn tiếng, và các triệu chứng khác dễ nhầm lẫn với bệnh lý đường hô hấp. Mặc dù phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị chính, việc phẫu thuật bướu giáp thông trung thất vẫn đặt ra nhiều thách thức do liên quan đến giải phẫu phức tạp vùng cổ và ngực, đặc biệt ở các trường hợp bướu lớn, chèn ép khí quản, hoặc liên quan đến mạch máu lớn. Tỷ lệ biến chứng sau mổ, như tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản hoặc suy cận giáp, cũng cao hơn so với phẫu thuật tuyến giáp thông thường⁵.

Việc hiểu rõ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả phẫu thuật và các biến chứng

của bệnh lý này là rất cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm bệnh lý và hiệu quả sớm của phẫu thuật bướu giáp thông trung thất, từ đó đóng góp thêm cơ sở dữ liệu cho thực hành lâm sàng.

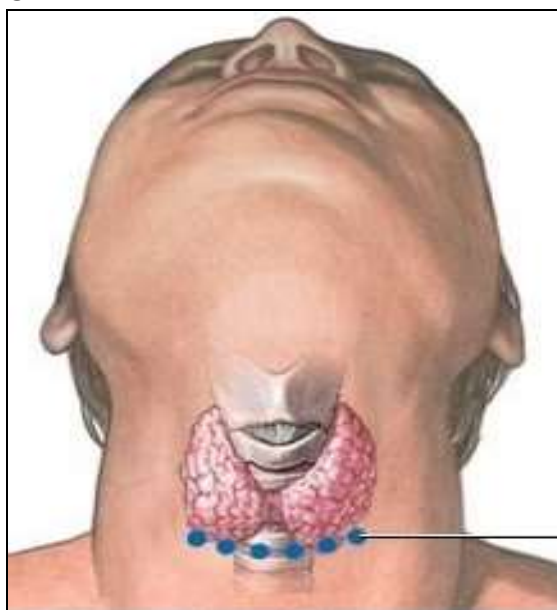
II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân bướu giáp thông trung thất được phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ 01/2019 đến 08/2023.

III. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Đường rạch da cổ kinh điển trong phẫu thuật cắt tuyến giáp

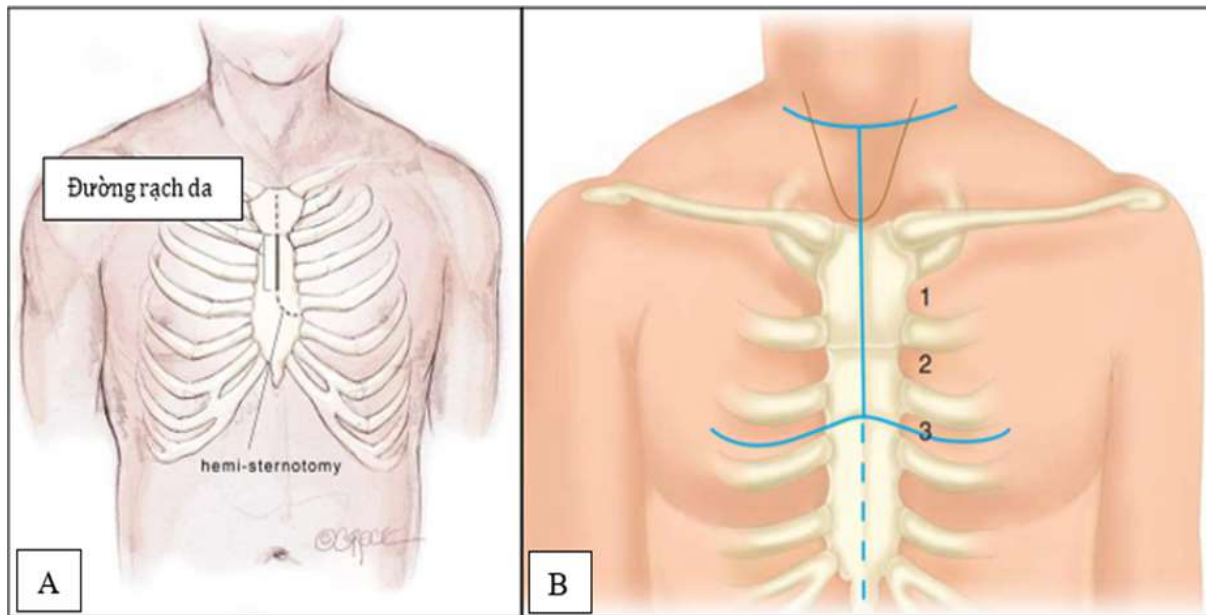
“Nguồn: Wang T.S., 2018”¹

Sau khi tiến hành nghiên cứu hồi cứu 39 trường hợp bệnh nhân chẩn đoán bướu giáp thông trung thất được phẫu thuật tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bướu cổ BV Bình Dân trong thời gian từ tháng 01/2019 đến 08/2023, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân nữ chiếm đa số (76,92%). Tuổi trung bình của cả 2 giới là 59,03 và nhóm tuổi thường gặp nhất sau 50 tuổi (79,48%).

Tất cả các trường hợp đều được thực hiện thành công trong đó 37 trường hợp có thể cắt bướu qua đường cổ và 2 trường hợp kết hợp đường mổ ở cổ và đường chẻ xương ức. Lượng máu mất trung bình 55,09 ml và thời gian phẫu thuật trung bình 104,23

phút. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 5,43 ngày. Trong thời gian hậu phẫu ghi nhận 3 bệnh nhân khàn tiếng do tổn thương thần kinh (7,69%), 3 trường hợp suy cận giáp sau mổ (7,69%) và có 2 trường hợp phải mở khí quản sau mổ, diễn tiến viêm phổi nặng phải nằm viện kéo dài tuy nhiên không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Trong nghiên cứu không ghi nhận chảy máu sau mổ, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng vết mổ cũng như tụ dịch sau mổ.

Kết quả tốt sau mổ là 84,62%, kết quả trung bình là 10,25% và có 2 trường hợp (5,13%) đánh giá xấu.



Hình 2. Đường mổ ngực nửa trên xương ức^{2,3}

V. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm bệnh là $59,03 \pm 2,25$. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, như của Văn Tần với tuổi trung bình là $56,8^6$, và Nguyễn Hoài Nam là $65,5 \pm 7,6^7$. Điều này khẳng định rằng bướu giáp thông trung thất thường xuất hiện ở nhóm tuổi trên 50, khi bệnh đã phát triển âm thầm trong nhiều năm. Nữ giới chiếm đa số với 76,92%, tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu như của Nguyễn Hoài Nam (56,25% nữ)^[4] và Michael T. Stang (79,2% nữ)⁸. Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh lý tuyến giáp, chịu ảnh hưởng lớn từ hoạt động nội tiết ở nữ giới.

Về hướng tiếp cận trong phẫu thuật, tỉ lệ đường mổ ngang cổ kết hợp chẻ xương ức là 5,13% (2 trường hợp), còn lại 94,87% chỉ cần đường mổ ngang cổ. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Nam và tác giả Văn Tần với tỉ lệ cần phải kết hợp chẻ xương ức lần lượt là

6,25% và 7,69%^{6,7}. Cả 2 trường hợp cần kết hợp đường mổ chẻ xương ức là các trường hợp bướu giáp thông trung thất độ III xuống sâu dưới mức quai động mạch chủ và không thể kéo qua lỗ ngực trên. Chỉ định mổ ngực trong cả hai trường hợp này là phù hợp. Các tác giả Machado và Cohen^{9,10} cũng cho rằng bướu giáp thông qua mức quai động mạch chủ cần mổ ngực để phẫu thuật để đảm bảo an toàn. Thời gian mổ cũng như lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khi so với kết quả nghiên cứu tương tự cách đây 20 năm của tác giả Sen-Ei Shai và cộng sự (năm 2000)¹¹ có sự khác biệt đáng kể (104,23 phút - 55,09ml so với 174 phút - 130 ml). Chính nhờ sự tiến bộ về mặt kỹ thuật mổ cũng như áp dụng các dụng cụ năng lượng như ligasure và harmonic mà hiện nay các phẫu thuật viên đã hạn chế đáng kể lượng máu mất cũng như giảm thời gian phẫu thuật trong phẫu thuật bướu giáp thông trung thất.

Thời gian hậu phẫu trung bình là 5,43 ngày khá là tương đồng với kết quả của tác

giả Bùi Việt Hoàng¹², với thời gian hậu phẫu là 5,2 ngày. Trong thời gian hậu phẫu ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân không có biến chứng hậu phẫu, xuất viện khoẻ mạnh đạt kết quả tốt chiếm tỉ lệ 84,62%. Tỉ lệ BN có các biến chứng hậu phẫu như khàn tiếng do tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản hay suy tuyến cận giáp sau đó hồi phục đạt kết quả trung bình chiếm 10,25% và có 2 BN kết quả xấu hậu phẫu kéo dài với nhiều biến chứng phải theo dõi sát chiếm 5,13%. Không ghi nhận trường hợp bào tử vong sau mổ, không ghi nhận trường hợp chảy máu phải mổ lại. Kết quả sớm sau phẫu thuật đạt kết quả tốt của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Hoàng Nam và Bùi Việt Hoàng^{7,12}. Bên cạnh đó, chúng tôi cũng ghi nhận 2 trường hợp bệnh nhân hậu phẫu nặng phải nằm viện kéo dài, đó là những bệnh nhân bướu giáp thông độ III chèn ép gây hẹp khí quản nhiều. Cả 2 bệnh nhân trong lúc mổ, ngoài cắt toàn bộ tuyến giáp còn được khâu treo khí quản, khai khí đạo. Cả 2 đều tiên lượng nặng sau phẫu thuật, và được chăm sóc tích cực sau phẫu thuật.

VI. KẾT LUẬN

Kết quả sớm sau phẫu thuật điều trị bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Bình Dân đạt kết quả tốt, tỷ lệ biến chứng thấp, không có trường hợp tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wang T.S. MLR, J.A. Sosa.** Initial thyroidectomy. in UpToDate, SE Carty, Editor, UpToDate: UpToDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. 2018;
2. **Brunicaudi FC.** Schwartz's Principles of Surgery. 2014.
3. **Testini M. ea.** Does mediastinal extension of the goiter increase morbidity of total thyroidectomy? A multicenter study of 19,662 patients. Ann Surg Oncol, 18 (8). 2011;2251-2259.
4. **Patel KN YL, Lubitz CC, Grubbs EG, et.al.** The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for the Definitive Surgical Management of Thyroid Disease in Adults. Ann Surg. 2020;
5. **Mercante Gabrielli PC, Formisano D, et al.** CT cross-sectional imaging classification system for substernal goiter based on risk factors for an extracervical surgical approach. Head Neck, 33. 2011;792-799.
6. **Văn T.** Bướu giáp thông sau xương ức tại bệnh viện Bình Dân 2010-217. Bệnh lý tuyến giáp và tuyến cận giáp. Nhà xuất bản Y học; 2022:162-177.
7. **Nguyễn NH, Trần LMB.** Kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp thông. Y học TP HCM. 2009;95-98.
8. **Micheal T. Stang MJA, et al.,** Positional dyspnea and tracheal compression as indications for goiter resection. Arch Surg, 147(7). 2012:621-626.
9. **JP C.** Substernal goiters and sternotomy. Laryngoscope. 2009;(119):683-688.
10. **Machado N.O. GCS, Sharma A.K.** Large posterior mediastinal retrosternal goiter managed by a transcervical and lateral thoracotomy approach. horac Cardiovasc Surg. 2011;507-511(59)
11. **S.E. Shai CYC, C.P. Hsu, et al.** Urgical Management Of Substernal Goiter. J Fo rmos Med Assoc. 2000:827-832.
12. **Bùi HV.** Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bướu giáp lành tính thông vào trung thất. 2017.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU ÁP DỤNG CHƯƠNG TRÌNH TĂNG CƯỜNG PHỤC HỒI SAU PHẪU THUẬT (ERAS) TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phạm Thị Trường An¹, Trần Lê Hoài Thương¹,
Nguyễn Thị Hương Trà¹, Phạm Thị Thanh Sang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm so sánh các kết cục ban đầu của bệnh nhân sau khi thực hiện cắt thùy phổi hoặc phân thùy phổi bằng phương pháp nội soi lồng ngực có hỗ trợ video (Video-Assisted Thoracic Surgery – VATS lobectomy) tại bệnh viện Bình Dân trước và sau khi áp dụng chương trình tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (Enhanced Recovery After Surgery – ERAS).

Phương pháp: Chương trình tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) bắt đầu được áp dụng cho phẫu thuật cắt thùy phổi tại bệnh viện chúng tôi từ 01.2024. Chúng tôi đã hồi cứu tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi bằng VATS từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2024 và phân họ thành hai nhóm “trước ERAS” và “sau ERAS”. Sau đó đánh giá so sánh kết cục giữa 2 nhóm gồm thời gian nằm viện, tái nhập viện, biến chứng và tử vong trong vòng 30 ngày. Chúng tôi thực hiện phân tích hồi quy logistic dựa trên các đặc điểm như giới tính, tuổi, loại phẫu thuật, bệnh đi kèm và chức năng phổi trước phẫu thuật.

Kết quả: Tổng cộng 86 hồ sơ (56 nam/30 nữ; 45 thuộc nhóm ERAS/41 thuộc nhóm trước ERAS; tuổi trung bình: 62) đã được đưa vào nghiên cứu. Không có sự khác biệt thống kê về đặc điểm của bệnh nhân. Tỷ lệ tuân thủ ERAS chung là 92%. Nhóm ERAS có thời gian nằm viện ngắn hơn đáng kể (14 ngày so với 9 ngày; $P=0.00$) nhưng không có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ biến chứng tim phổi (12,5% so với 4,4%; $P=0,18$).

Kết luận: Việc áp dụng chương trình ERAS cho phẫu thuật VATS cắt thùy phổi làm giảm thời gian nằm viện, không làm giảm tỷ lệ biến chứng tim phổi và tỷ lệ tái nhập viện.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF APPLYING THE ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM IN VIDEO-ASSISTED THORACIC SURGERY (VATS) LOBECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: This study was conducted to compare the initial outcomes of patients undergoing lobectomy or segmentectomy using video-assisted thoracic surgery (VATS) at Binh Dan Hospital before and after the implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program.

Methods: The ERAS program was introduced for lung lobectomy surgeries at our hospital in January 2024. We retrospectively reviewed all patients who underwent VATS

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Trường An

SĐT: 070truongan@gmail.com

Email: 0703038480

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

lobectomy from January 2023 to December 2024, dividing them into "pre-ERAS" and "post-ERAS" groups. The outcomes were compared between the two groups, including hospital stay duration, readmission rates, complications, and 30-day mortality. Logistic regression analysis was performed based on patient characteristics such as gender, age, type of surgery, comorbidities, and preoperative lung function.

Results: A total of 86 patient records (56 males/30 females; 45 in the ERAS group/41 in the pre-ERAS group; mean age: 62 years) were included in the study. No significant differences were observed in patient characteristics.

Conclusion: Overall ERAS compliance rate was 92%. The ERAS group had a significantly shorter hospital stay (9 days vs. 14 days; $P=0.00$) but showed no significant difference in cardiopulmonary complication rates (4.4% vs. 12.5%; $P=0.18$).

I. TỔNG QUAN

Tăng cường phục hồi sau phẫu thuật (ERAS) là một tập hợp các can thiệp đa phương thức dựa trên bằng chứng, nhằm đẩy nhanh quá trình phục hồi sau phẫu thuật, giảm biến chứng, rút ngắn thời gian nằm viện, và cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân. ERAS dựa trên khái niệm “lợi ích cận biên” (marginal gains), với việc áp dụng tiêu chuẩn hóa nhiều yếu tố bao trùm mọi khía cạnh của chăm sóc chu phẫu. Các yếu tố này khi được thực hiện riêng lẻ có thể có hiệu quả hạn chế, nhưng khi kết hợp sẽ tạo hiệu ứng cộng hưởng giúp giảm căng thẳng do phẫu thuật và hỗ trợ phục hồi. ERAS lần đầu tiên được

giới thiệu trong phẫu thuật đại trực tràng và đã cho thấy giảm thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng hậu phẫu và chi phí tổng thể^{1,2}. Kể từ đó, nhiều chuyên khoa phẫu thuật khác đã áp dụng xu hướng này với sự phát triển của các hướng dẫn ERAS quốc tế^{3,4}. Trong phẫu thuật lồng ngực, một số nghiên cứu đã chứng minh tác động tích cực của các chương trình ERAS, chẳng hạn như giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện và chi phí⁵⁻⁷. Hiện nay VATS được xem là phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng cho hầu hết các trường hợp cắt thùy phổi. VATS đã được chứng minh làm giảm biến chứng và rút ngắn thời gian nằm viện sau cắt phổi. Về lý thuyết, vừa kết hợp VATS và chương trình ERAS đồng thời sẽ có thể tối ưu hóa kết cục sau mổ cho bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào phân tích so sánh cụ thể hiệu quả của áp dụng ERAS trong phẫu thuật nội soi lồng ngực VATS cắt thùy phổi.

Chương trình ERAS triển khai cho bệnh nhân cắt thùy phổi tại bệnh viện của chúng tôi được áp dụng vào tháng 1.2024. Phần lớn bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật bằng phương pháp VATS. Vì vậy, mục tiêu của nghiên cứu chúng tôi là đánh giá hiệu quả của việc áp dụng chương trình ERAS ở bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy phổi bằng VATS thông qua so sánh các kết quả hậu phẫu giữa nhóm “trước ERAS” và nhóm “ERAS”.

Bảng 1. Những thay đổi trong phẫu thuật cắt thùy phổi VATS trước ERAS và khi áp dụng ERAS

	Tiêu chí	Trước ERAS	ERAS
Giai đoạn trước phẫu thuật	Đào tạo ERAS, tư vấn	Không	Có hướng dẫn bởi y tá chuyên trách: sổ tay thông tin hàng ngày, ngừng hút thuốc, tư vấn dinh dưỡng, hướng dẫn sử dụng dụng cụ tập hít sâu trước mổ.
	Uống carbohydrate	Không	50 g pha với 400 mL nước - đêm trước phẫu thuật: 2 lần - sáng trước mổ: 1 lần - mỗi ngày trong thời gian nằm viện: 3 lần/ngày
	An thần trước ngày mổ	Có	Không
Giai đoạn phẫu thuật	Dự phòng huyết khối tĩnh mạch (VTE)	Thuốc chống đông phân tử lượng thấp (LMWH)	LMWH
	Kháng sinh dự phòng	Trước mổ 30 phút	Trước mổ 30 phút
	Gây mê	Đa mô thức	Đa mô thức
	Giữ ấm trong mổ	Không	Có
	Tránh quá tải dịch	Không	Có, ngừng truyền dịch tĩnh mạch sau buổi sáng ngày đầu tiên.
	Đặt ống thông tiểu	Chỉ khi đặt catheter ngoài màng cứng	Không thường quy, đặt khi eGFR<45mL/ph
	Dẫn lưu lồng ngực	Một hoặc hai ống dẫn lưu, hệ thống dẫn lưu nước hoặc hút -20 cmH ₂ O.	Một ống dẫn lưu duy nhất, hút -20 cmH ₂ O. Rút dẫn lưu sớm nếu không có rò khí trong 6 giờ và dịch <400 mL/24 giờ.
	Giảm đau sau mổ	Paracetamol, liều cố định morphin dưới da, tramadol (sau khi rút dẫn lưu).	Paracetamol, NSAIDs, morphin dưới da, tramadol (sau khi rút dẫn lưu).
Giai đoạn hậu phẫu	Dự phòng buồn nôn sau mổ	Không tiêu chuẩn hóa	Có
	Cho ăn sớm	Sớm	Sớm (ngay sau mổ khi có thể)
	Vận động trong 24 giờ đầu	Không áp dụng	Có
	Chăm sóc đặc biệt sau mổ	Thực hiện thường xuyên	Chỉ áp dụng khi có bệnh tim-phổi nặng hoặc khó khăn trong vận động.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu này đã thu nhận tất cả các bệnh nhân trưởng thành (≥ 18 tuổi) được phẫu thuật cắt thùy phổi bằng VATS tại bệnh viện của chúng tôi từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 11 năm 2024. Nghiên cứu này loại trừ các trường hợp bao gồm: chuyển đổi từ phẫu thuật nội soi lồng ngực (VATS) sang phẫu thuật mở, bệnh nhân có tổn thương di căn phải nạo hạch.

Các bệnh nhân sau đó được chia thành hai nhóm, dựa trên thời điểm thực hiện phẫu thuật của họ: trước hoặc sau khi triển khai chương trình ERAS vào tháng 01 năm 2024.

Thu thập dữ liệu

Dữ liệu được hồi cứu bằng trích xuất hồ sơ. Bao gồm:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới tính, bệnh lý đi kèm, tiền sử.
- Các xét nghiệm chức năng tim phổi trước phẫu thuật.
- Đặc điểm phẫu thuật: Tuân thủ phác đồ ERAS và các kết quả hậu phẫu.

Các kết quả thu thập giai đoạn hậu phẫu bao gồm:

- Tử vong
- Biến chứng chung và biến chứng tim phổi.
- Thời gian thời gian nằm viện.
- Tái nhập viện và tái can thiệp trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật.

Biến chứng được định nghĩa là bất kỳ sự kiện bất lợi nào ảnh hưởng đến quá trình điều trị trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Biến chứng phổi bao gồm: Tràn máu màng phổi, rò khí kéo dài (≥ 7 ngày), suy hô hấp (cần thông khí cơ học > 24 giờ hoặc đặt lại nội khí quản bất cứ lúc nào sau phẫu thuật), hội chứng suy hô hấp cấp (ARDS), phù phổi cấp, thuyên tắc phổi, viêm phổi, xẹp phổi cần nội

soi phế quản. Biến chứng tim mạch bao gồm: Thiếu máu cơ tim cấp (có thay đổi trên điện tâm đồ và bằng chứng men tim), suy tim, rung nhĩ, ngừng tim. Tất cả biến chứng được ghi nhận trong vòng 30 ngày hoặc trong thời gian nằm viện kéo dài hơn nếu bệnh nhân vẫn còn nằm viện. Các biến chứng được định nghĩa theo tiêu chuẩn chung của Hiệp hội Phẫu thuật Lồng ngực Hoa Kỳ (STS) và Hiệp hội Phẫu thuật Lồng ngực Châu Âu (ESTS).

Phân tích số liệu

Dữ liệu được phân theo 2 nhóm (“trước ERAS” và “sau ERAS”). Các biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình (kèm theo độ lệch chuẩn – SD) hoặc trung vị (kèm theo khoảng tứ phân vị – IQR), các biến phân loại được trình bày dưới dạng số lượng và phần trăm. Kiểm định t-test của Student hoặc kiểm định Wilcoxon rank-sum được sử dụng để so sánh giữa các nhóm đối với các biến liên tục. Kiểm định χ^2 hoặc kiểm định chính xác của Fisher được áp dụng đối với các biến phân loại.

Để đánh giá tác động của chương trình ERAS, chúng tôi sử dụng phân tích hồi quy logistic, trong đó các biến độc lập bao gồm: tuổi; giới tính; chỉ số khối cơ thể (BMI); vị trí khối u (thùy trên, thùy giữa hoặc thùy dưới); bệnh đi kèm (tăng huyết áp, bệnh tim, rối loạn nhịp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD), tiền sử hút thuốc lá, tiểu đường, suy thận); chức năng phổi trước phẫu thuật FEV1%. Các phương trình hồi quy này được sử dụng để ước tính kết quả kỳ vọng cho mỗi giai đoạn (trước ERAS và ERAS).

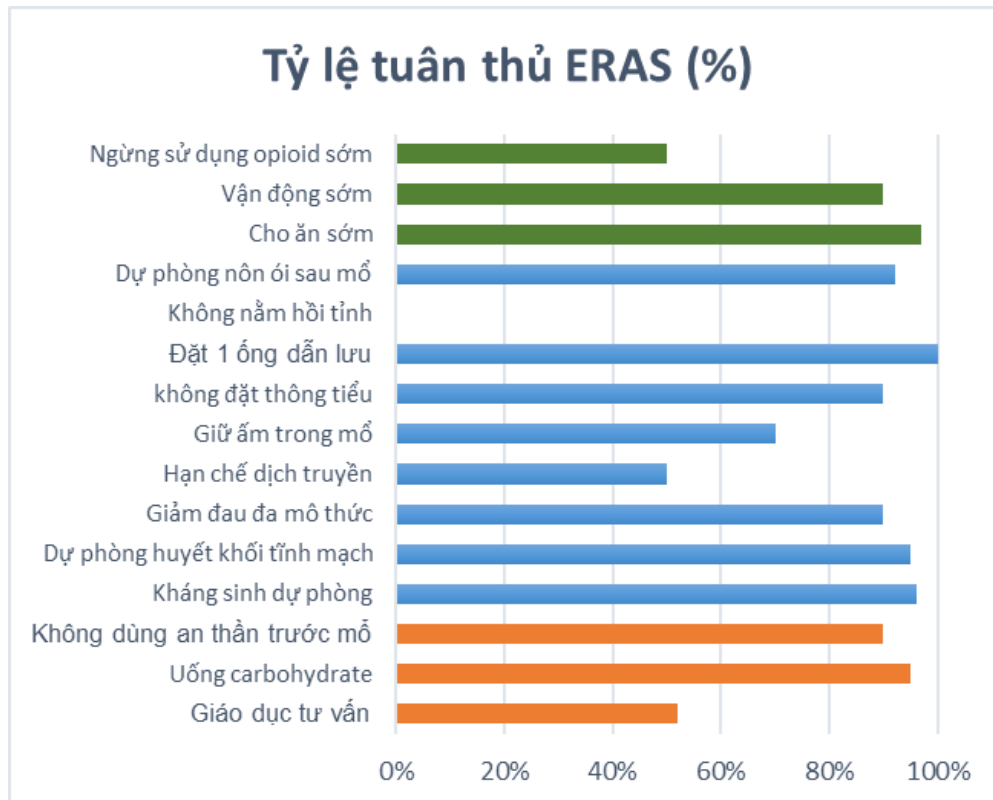
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng, 86 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $62,1 \pm 11,9$ tuổi đã được thực hiện phẫu thuật cắt thùy phổi bằng VATS

(56 nam/30 nữ; 41 thuộc nhóm trước ERAS và 45 thuộc nhóm sau ERAS). Không có sự khác biệt đáng kể về đặc điểm của bệnh nhân giữa hai nhóm liên quan đến tuổi, chỉ số BMI, bệnh lý đi kèm, chức năng phổi trước phẫu thuật và đặc điểm khối u (Bảng 2).

Tuân thủ chương trình ERAS

Tuân thủ gọi là tốt khi có thực hiện trên 75% tiêu chí. Tỷ lệ tuân thủ tốt đối với chương trình ERAS của chúng tôi là 92%. Tỷ lệ tuân thủ từng tiêu chí được mô tả trong biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tuân thủ ERAS

Bảng 2 trình bày đặc điểm cơ bản và đặc điểm phẫu thuật của các bệnh nhân được phẫu thuật trước và sau khi triển khai chương trình ERAS. Hai nhóm bệnh nhân có đặc điểm tương tự nhau, ngoại trừ tỷ lệ uống rượu và hút thuốc có khác nhau có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. So sánh đặc điểm cơ bản và phẫu thuật giữa hai nhóm

Biến số	Trước ERAS (n=41)		Sau ERAS (n=45)		P-value
Tuổi trung bình (năm)	63,5 ± 10,3 (40-82)		60,9 ± 13,2 (32-79)		0,32
Giới tính nam	25	61%	31	69%	0,35
BMI (kg/m ²)	22,3 ± 2,6 (19-29)		22,7 ± 2,9 (19-28,5)		0,50
FEV1%	84,6 ± 5,8 (52-90)		81,2 ± 8,0 (49-90)		0,32
Hút thuốc	16	39%	7	15,6%	0,014
Uống rượu	16	39%	5	13,3%	0,006
Lao	3	7,3%	1	2,2%	0,26
Bệnh động mạch vành	8	20%	14	31,1%	0,24

Bệnh mạch máu não	1	2,5%	5	11,1%	0,12
Đái tháo đường	18	44%	17	37,8%	0,56
Tăng huyết áp	16	39%	15	33,3%	0,46
COPD	6	14,6%	8	17,8%	0,69
Vị trí thùy phổi					
Trái					
- Trên	11	26,8%	6	13,3%	
- Dưới	5	12,2%	12	26,7%	
Phải					
- Trên	14	34,1%	15	33,3%	
- Giữa	4	9,8%	6	13,3%	
- Dưới	7	17,1%	6	13,3%	
Thời gian mổ (phút)	109,5 ± 16,1 (90-150)		116,0 ± 13,4 (90-150)		0,45

Bảng 3: So sánh kết quả giữa hai nhóm trước và sau ERAS

Kết quả	Trước ERAS (n=41)		Sau ERAS (n=45)		P-value
Biến chứng chung	5	12,5%	2	4,4%	0,189
Biến chứng phổi (%)	5	12,5%	2	4,4%	0,07
Biến chứng tim (%)	2	4,9%	1	2,2%	0,50
Tử vong trong bệnh viện (%)	0		0		.
Tử vong 30 ngày (%)	0		0		.
Tái nhập viện 30 ngày (%)	1	2,4%	0		.
Thời gian nằm viện (ngày)	14,2 ± 1,9 (10-18)		8,9 ± 2,9 (7-20)		0,000
Thời gian nằm viện dài ngày (>10 ngày) (%)	38	92,7%	5	11,1%	0,000

Vì tỷ lệ bệnh tật và tử vong hậu phẫu có thể bị ảnh hưởng bởi các đặc điểm liên quan đến bệnh nhân và phẫu thuật, chúng tôi đã xây dựng các mô hình hồi quy để điều chỉnh kết quả theo các yếu tố gây nhiễu này. Các mô hình này sau đó được sử dụng để tính toán tỷ lệ bệnh tật và tử vong đã được điều chỉnh rủi ro trong mỗi nhóm.

Kết quả cho thấy tỷ lệ biến chứng tim phổi giảm hơn sau khi áp dụng chương trình ERAS giữa hai giai đoạn (sau ERAS: 4,4% so với trước ERAS: 12,5%; P = 0.18). Thời gian nằm viện ở nhóm sau ERAS ít hơn có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Từ khi chương trình ERAS được giới thiệu trong phẫu thuật lồng ngực và hướng dẫn quốc tế được công bố vào năm 2019, nhiều nghiên cứu đã cho thấy lợi ích của chương trình này. Tuy nhiên, phần lớn các nghiên cứu trước đó thường kết hợp các loại phẫu thuật khác nhau (như cắt nêm, cắt phân thùy, cắt thùy, hoặc cắt phổi toàn bộ) và các phương pháp tiếp cận khác nhau (mở ngực, VATS, hoặc robot). Điều này làm giảm khả năng rút ra kết luận cụ thể về hiệu quả của ERAS trong từng loại phẫu thuật. Do đó, chúng tôi đã thực hiện phân tích hồi cứu này để so sánh kết quả lâm sàng sau cắt thùy phổi

bằng VATS trước và sau khi triển khai ERAS tại bệnh viện của chúng tôi.

Nghiên cứu của Van Haren⁸ (n = 2,886) cho thấy ERAS có liên quan đến việc giảm biến chứng phổi và tim sau mổ mở ngực, nhưng không có tác động đáng kể đối với phẫu thuật VATS. Tương tự, một nghiên cứu hồi cứu khác (n = 363) cho thấy giảm đáng kể thời gian nằm viện ở nhóm ERAS sau mổ mở, nhưng không có thay đổi ở nhóm VATS⁹. Ngược lại, Haro⁶ trong nghiên cứu đối sánh điểm xu hướng không tìm thấy ảnh hưởng của phương pháp tiếp cận phẫu thuật (mở hoặc ít xâm lấn) đối với tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện, và chi phí. Tuy nhiên, các nghiên cứu này không xem xét chi tiết mức độ phẫu thuật (cắt nêm, phân thùy, thùy, hoặc toàn bộ phổi).

Tại bệnh viện chúng tôi, việc triển khai chương trình ERAS đã thay đổi thực hành thường quy và mang lại kết quả tích cực. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ biến chứng tim phổi ở nhóm sau ERAS thấp hơn nhóm trước ERAS (4,4% so với 12,5%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu khác như của Li và cộng sự, cho thấy giảm đáng kể các biến chứng phổi và biến chứng phẫu thuật ở nhóm ERAS⁷. Tuy nhiên, do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ và mới áp dụng chương trình ERAS gần đây nên số liệu chỉ giới hạn ở đánh giá bước đầu.

Nhờ giảm tỷ lệ biến chứng hậu phẫu, quá trình hồi phục của bệnh nhân được đẩy nhanh và thời gian nằm viện giảm đáng kể^{5,8-11}. Trong một nghiên cứu gần đây về hiệu quả của áp dụng chương trình ERAS trong phẫu thuật VATS cắt thùy phổi, Tahiri đã báo cáo thời gian nằm viện được rút ngắn ở nhóm bệnh nhân sau khi áp dụng chương trình ERAS¹². Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của

Tahiri và nghiên cứu của chúng tôi đều chỉ thực hiện trên phẫu thuật VATS và cắt thùy phổi, tuy nhiên nghiên cứu của Tahiri có mẫu nghiên cứu đồng nhất hơn do đối tượng nghiên cứu chỉ gồm các bệnh nhân ung thư phổi không bào nhỏ trong khi nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các nguyên nhân u phổi khác nhau như lao phổi, u di căn phổi và cả ung thư phổi nguyên phát.

Một yếu tố then chốt của chương trình ERAS là sự tuân thủ của bệnh nhân. Lợi ích có mối tương quan chặt chẽ với mức độ tuân thủ quy trình. Trong một nghiên cứu gồm 192 bệnh nhân ERAS được thực hiện cắt phổi giải phẫu bằng VATS ghi nhận rằng sự tuân thủ cao với phác đồ ERAS ($\geq 75\%$) có liên quan đến tỷ lệ biến chứng hậu phẫu thấp hơn và giảm thời gian xuất viện¹³. Một nghiên cứu khác bao gồm 422 bệnh nhân đã xác nhận mối tương quan nghịch có ý nghĩa giữa việc tuân thủ phác đồ và tỷ lệ mắc bệnh hậu phẫu¹⁴. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Hải Yến¹⁵ thực hiện trên 32 bệnh nhân tại bệnh viện K trung ương cũng cho thấy tỉ lệ tuân thủ ERAS trong nghiên cứu là 74,9% và tuân thủ cao có liên quan đến giảm thời gian nằm viện và biến chứng sau phẫu thuật cắt thùy phổi nội soi. Tuy nhiên, việc tuân thủ hoàn toàn phác đồ ERAS là một thách thức. Để đạt được sự tuân thủ, chúng tôi gặp phải nhiều khó khăn như thiếu đội ngũ nhân viên y tế được đào tạo về ERAS, thiếu thời gian để có thể thực hiện trao đổi và kiểm soát kì vọng của bệnh nhân, áp lực với việc đổi mới với các nhân viên, giao tiếp và hợp tác kém giữa các thành viên trong nhóm, và sự khác biệt về mức độ hợp tác của các bệnh nhân¹⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tuân thủ tổng thể đối với phác đồ ERAS đạt 92%. Chúng tôi nhận thấy rằng các buổi tư vấn tiền phẫu là cần thiết để cung

cấp thông tin chi tiết về chương trình ERAS và hiệu quả của chương trình, từ đó giúp bệnh nhân tích cực và chủ động tham gia nhiều hơn vào quá trình điều trị, cải thiện sự tuân thủ và tăng sự hài lòng.

Vận động sớm đã được báo cáo là một yếu tố chính của chương trình ERAS (hướng dẫn ERAS/ESTS) nhằm tránh các tác động bất lợi của việc nằm lâu. Rogers và cộng sự đã báo cáo rằng vận động sớm là một yếu tố dự báo mạnh mẽ giúp giảm biến chứng hậu phẫu và rút ngắn thời gian nằm viện, tuy nhiên nghiên cứu này không làm rõ cụ thể loại hình vận động nào được áp dụng ¹⁴. Mazza và cộng sự đã chỉ ra rằng thời gian nằm viện được rút ngắn ở nhóm bệnh nhân ERAS khi họ được vận động ở tư thế ngồi trong vòng 4 giờ sau khi rút ống nội khí quản và bắt đầu vật lý trị liệu trong vòng 12 giờ sau phẫu thuật ¹⁷. Trong phác đồ của chúng tôi, 89% bệnh nhân đã được vận động tại giường trong ngày phẫu thuật và bắt đầu đi lại trong khu vực phòng bệnh với sự hỗ trợ nhân viên y tế vào ngày hậu phẫu thứ nhất sau phẫu thuật.

Hạn chế chính của nghiên cứu này là thiết kế hồi cứu, đơn trung tâm, cỡ mẫu nhỏ và mẫu không đồng nhất do gồm nhiều bệnh lý khác nhau sẽ gây sai lệch. Một hạn chế khác là sự phân bố không đồng đều của bệnh nhân theo thời gian giữa hai nhóm. Cụ thể, chương trình ERAS được triển khai tại cơ sở của chúng tôi vào tháng 1 năm 2024. Tuy nhiên, tất cả các bác sĩ phẫu thuật tham gia trong nghiên cứu này đều có kinh nghiệm trong các phẫu thuật cắt thùy phổi bằng VATS cũng như bước tiến hành kỹ thuật không có sự thay đổi đáng kể trong thời gian nghiên cứu.

Tóm lại, theo kinh nghiệm của chúng tôi, việc triển khai chương trình ERAS cho phẫu

thuật cắt thùy phổi bằng VATS nếu tuân thủ sẽ mang lại các kết quả tích cực, bao gồm rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng tim phổi hậu phẫu mà không ảnh hưởng đến tỷ lệ tái nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gustafsson UO, Scott MJ, Schwenk W, et al.** Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations. *World Journal of Surgery*. 2012/10/06 2012;37(2):259-284. doi:10.1007/s00268-012-1772-0
2. **Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJHM.** Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011/02/16 2011;doi: 10.1002/14651858.cd007635.pub2
3. **Mortensen K, Nilsson M, Slim K, et al.** Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy. *British Journal of Surgery*. 2014/07/21 2014;101(10):1209-1229. doi:10.1002/bjs.9582
4. **Batchelor TJP, Rasburn NJ, Abdelnour-Berchtold E, et al.** Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*. 2018/10/09 2018;55(1): 91-115. doi:10.1093/ejcts/ezy301
5. **Gonzalez M, Abdelnour-Berchtold E, Perentes JY, et al.** An enhanced recovery after surgery program for video-assisted thoracoscopic surgery anatomical lung resections is cost-effective. *Journal of Thoracic Disease*. 2018/10 2018;10(10): 5879-5888. doi:10.21037/jtd.2018.09.100

6. **Haro GJ, Sheu B, Marcus SG, et al.** Perioperative Lung Resection Outcomes After Implementation of a Multidisciplinary, Evidence-based Thoracic ERAS Program. *Annals of Surgery*. 2019/12/05 2019;274(6): e1008-e1013. doi:10.1097/sla.0000000000003719
7. **Li S, Zhou K, Che G, et al.** Enhanced recovery programs in lung cancer surgery: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cancer Management and Research*. 2017/11 2017;Volume 9:657-670. doi:10.2147/cmar.s150500
8. **Van Haren RM, Mehran RJ, Mena GE, et al.** Enhanced Recovery Decreases Pulmonary and Cardiac Complications After Thoracotomy for Lung Cancer. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2018/07 2018;106(1): 272-279. doi:10.1016/j.athoracsur.2018.01.088
9. **Martin LW, Sarosiek BM, Harrison MA, et al.** Implementing a Thoracic Enhanced Recovery Program: Lessons Learned in the First Year. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2018/06 2018;105(6): 1597-1604. doi:10.1016/j.athoracsur.2018.01.080
10. **Madani A, Fiore JF, Wang Y, et al.** An enhanced recovery pathway reduces duration of stay and complications after open pulmonary lobectomy. *Surgery*. 2015/10 2015;158(4): 899-910. doi:10.1016/j.surg.2015.04.046
11. **Paci P, Madani A, Lee L, et al.** Economic Impact of an Enhanced Recovery Pathway for Lung Resection. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2017/09 2017;104(3):950-957. doi:10.1016/j.athoracsur.2017.05.085
12. **Tahiri M, Goudie E, Jouquan A, Martin J, Ferraro P, Liberman M.** Enhanced recovery after video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy: a prospective, historically controlled, propensity-matched clinical study. *Canadian Journal of Surgery*. 2020/06 2020;63(3): E233-E240. doi:10.1503/cjs.001919
13. **Forster C, Doucet V, Perentes JY, et al.** Impact of Compliance With Components of an ERAS Pathway on the Outcomes of Anatomic VATS Pulmonary Resections. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2020/07 2020;34(7):1858-1866. doi:10.1053/j.jvca.2020.01.038
14. **Rogers LJ, Bleetman D, Messenger DE, et al.** The impact of enhanced recovery after surgery (ERAS) protocol compliance on morbidity from resection for primary lung cancer. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2018/04 2018; 155(4): 1843-1852. doi:10.1016/j.jtcvs.2017.10.151
15. **Nguyễn HY, Nguyễn TT.** Bước đầu đánh giá hiệu quả của các can thiệp theo hướng dẫn ERAS trong cắt thùy phổi nội soi tại bệnh viện K trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 02/19 2023;522(2)doi: 10.51298/vmj.v522i2.4383
16. **Pearsall EA, Meghji Z, Pitzul KB, et al.** A Qualitative Study to Understand the Barriers and Enablers in Implementing an Enhanced Recovery After Surgery Program. *Annals of Surgery*. 2015/01 2015;261(1):92-96. doi:10.1097/sla.0000000000000604
17. **Mazza F, Venturino M, Turello D, et al.** Enhanced recovery after surgery: adherence and outcomes in elderly patients undergoing VATS lobectomy. *General Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2020/03/12 2020;68(9): 1003-1010. doi:10.1007/s11748-020-01331-4

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT CÓ ỨNG DỤNG GÓC NHÌN AN TOÀN THIẾT YẾU TRONG VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI

Nguyễn Lâm Trường An^{1,2}, Nguyễn Thủy Cúc¹, Trần Hồ^{1,3},
Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}, Trần Minh Đức¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Đánh giá sự an toàn của phẫu thuật nội soi cắt túi mật (PTNSCTM) có ứng dụng “Góc nhìn an toàn thiết yếu” (GNATTY) trong điều trị viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca trên bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNATTY điều trị sỏi TM tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 8/2020 đến tháng 9/2024.

Kết quả: Có 112 bệnh nhân và ghi nhận kết quả như sau: tỷ lệ thành công 66,1%. Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ TM và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều, thời điểm phẫu thuật sau 72 giờ. Biến chứng chảy máu chung là 14% (16 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATTY là 11 trường hợp. Biến chứng thủng TM chung là 13,3% (15 trường hợp) và trong khi thực hiện GNATTY là 8 trường hợp, không có biến chứng tổn thương đường mật trong mổ. Biến chứng sau phẫu thuật gồm tụ dịch giường

TM chiếm 38,3% và 1 trường hợp rò mật không kèm tổn thương đường mật chính.

Kết luận: Chúng tôi nhận thấy GNATTY là kỹ thuật nhận định cần thiết áp dụng, an toàn, hiệu quả trong PTNSCTM điều trị VTMC do sỏi.

Từ khóa: Góc nhìn an toàn thiết yếu, Viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY WITH THE APPLICATION OF CRITICAL VIEW OF SAFETY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS

Background: The aim of this study was to assess the safety of laparoscopic cholecystectomy using "The Critical View of Safety" (CVS) technique for the management acute cholecystitis.

Subjects and methods: Prospective study, describing a series of cases of patients undergoing laparoscopic cholecystectomy with CVS applied to treat gallbladder stones at Binh Dan Hospital from August 2020 to September 2024.

Results: We enrolled 112 patients and recorded the following outcomes: the success rate was high, at 61,6%. The failure cases were due to large stones blocking the gallbladder neck and severe adhesions in the hepatocystic triangle, timing of surgery after 72 hours. The overall bleeding complication rate was 14% (16 cases) and during CVS was 11 cases. The overall

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lâm Trường An
SĐT: 0834468135

Email: drannnguyen.nlta@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025:

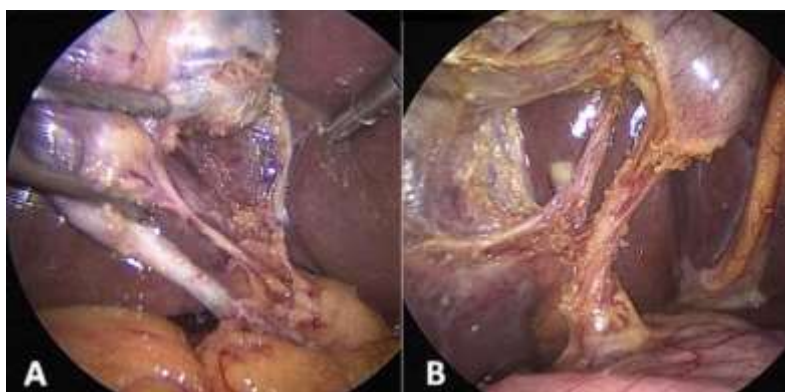
gallbladder perforation complication rate was 13,3% (15 cases) and during CVS was 8 cases, with no biliary tract injuries. The postoperative complications included fluid collection in the gallbladder bed in 38,3% of cases and surgical, 1 case of bile leakage without major bile duct injury.

Conclusion: We concluded that CVS is a necessary, safe, and effective diagnostic method in laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật nội soi cắt túi mật đã dần thay thế mổ mở cắt túi mật kinh điển. Tuy có nhiều ưu điểm hơn phương pháp mổ mở cắt túi mật, phẫu thuật nội soi cắt túi mật có tỷ lệ biến chứng tổn thương đường mật

cao hơn phương pháp mổ mở nhiều lần.³ Kết quả một số nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc nhận định sai về cấu trúc giải phẫu là nguyên nhân chính các trường hợp tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật.^{3,6} Từ đó đã có những nghiên cứu đề ra cách tiếp cận an toàn giúp phòng ngừa tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật, trong đó phải kể đến “The Critical View of Safety” (CVS), trong nghiên cứu này chúng tôi tạm dịch thuật ngữ này sang tiếng Việt là “Góc nhìn an toàn thiết yếu” (GNATTY). Việc ứng dụng GNATTY từ khi được Steven M Strasberg và cộng sự giới thiệu lần đầu tiên năm 1995 được coi là phương pháp đáng tin cậy và an toàn để xác định ống túi mật và động mạch TM.⁶



Hình 1. (A) GNATTY nhìn từ mặt trước của túi mật, thường gặp giường túi mật mỏng; (B) GNATTY nhìn từ mặt sau. Giường túi mật dày và hơi trắng

Cả 2 mặt trước và sau cùng thỏa cả 3 tiêu chuẩn để đạt GNATTY

Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu về GNATTY trong PTNS cắt túi mật cho các trường hợp viêm túi mật cấp do sỏi. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng “Góc nhìn an toàn thiết yếu” trong viêm túi mật cấp do sỏi tại bệnh viện Bình Dân nhằm đánh giá sự an toàn, tỷ lệ thành công, biến

chứng trong sau phẫu thuật khi thực hiện phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân (BN) được PTNS cắt túi mật do viêm túi mật cấp tại BV Bình Dân

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp (VTMC) do sỏi theo Tokyo Guideline 2018.

• BN được mổ bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật, có thực hiện GNATTY được ghi nhận trong bệnh án mẫu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN VTMC có sỏi ống mật chủ (OMC), sỏi gan, u đường mật, u đầu tụy, nang OMC, u dạ dày... kèm theo.

Phương pháp nghiên cứu

• Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt ca. Số lượng mẫu lấy tối đa số bệnh nhân có thể.

• Trường hợp đạt GNATTY khi được 5-6 điểm theo bảng điểm tiêu chuẩn đánh giá hình ảnh GNATTY của Sanford và Strasberg⁶

Thời gian và địa điểm: Từ tháng 8/2020 đến hết tháng 9/2024 tại BV Bình Dân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2020 đến 9/2024 ,tại bệnh viện (BV) Bình Dân có 112 trường hợp viêm túi mật cấp do sỏi được phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng góc nhìn an toàn thiết yếu đạt tiêu chuẩn lựa chọn vào đối tượng nghiên cứu. Trong đó có 74 trường hợp thành công.

Các yếu tố nền

Tuổi

Tuổi trung bình là $53,2 \pm 13,1$ tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 40-60 tuổi chiếm 50,9%, hai nhóm tuổi từ 17- 39 có tỷ

lệ 21,4% tuổi và trên 60 tuổi có tỷ lệ 27,7%.

Giới tính

Trong mẫu nghiên cứu có 72 nữ (64,2%) và 40 nam (35,7%). Như vậy nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam xấp xỉ là 1,8/1

Thời điểm phẫu thuật (tính từ khi có triệu chứng đầu tiên)

Trong số 112 trường hợp được chẩn đoán VTMC do sỏi, có 68 trường hợp (chiếm 60,7% số trường hợp VTMC) được phẫu thuật trước 72 giờ và 44 trường hợp (chiếm 39,3% số trường hợp VTMC) được phẫu thuật sau 72 giờ.

Kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật có ứng dụng “Góc nhìn an toàn thiết yếu”

Thương tổn trong phẫu thuật

Về mức độ viêm dính của tam giác gan mật: có 3 trường hợp không viêm dính (chiếm 67,6%), 51 (chiếm 45,6%) trường hợp viêm dính ít và 58 trường hợp (chiếm 51,8%) viêm dính nhiều.

Trong nghiên cứu này có 38 trường hợp sỏi kẹt cổ túi mật.

Tỷ lệ đạt “Góc nhìn an toàn thiết yếu”

Tổng số có 112 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt túi mật có áp dụng GNATTY. Tỷ lệ thành công là 66,1% (74 trường hợp).

Có 38 trường hợp (chiếm 33,9%) thất bại trong quá trình phẫu tích để đạt GNATTY.

Bảng 3.1. Mô tả tỷ lệ thành công theo các nhóm đặc điểm

Đặc điểm	Đạt GNATTY	Không đạt GNATTY	p
Tuổi			
Dưới 40 tuổi	18	6	p = 0,07
40-60 tuổi	32	25	
Trên 60 tuổi	24	7	
Giới tính			
Nữ	45	27	p = 0,39
Nam	29	11	
Thời điểm phẫu thuật			

Trước 72 giờ	56	12	p < 0,001
Sau 72 giờ	18	26	
Mức độ viêm dính của tam giác gan mật			
Không dính	3	0	p < 0,001
Dính ít	48	3	
Dính nhiều	23	35	
Sỏi kẹt cổ túi mật			
Có sỏi kẹt cổ túi mật	22	16	p = 0,27
Không sỏi kẹt cổ túi mật	52	22	

Thời gian phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình là $100 \pm 26,9$ phút. Ghi nhận thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút, thời gian phẫu thuật dài nhất là 180 phút.

Bảng 3.2. Mô tả thời phẫu thuật theo nhóm thương tổn và thời điểm phẫu thuật

Bảng 3.2: Mô tả thời phẫu thuật theo nhóm thương tổn và thời điểm phẫu thuật		
	Thời gian đạt GNATTY (phút)	p
Mức độ viêm dính tam giác gan mật		
Không dính	54,4±14,9	p = 0,027
Dính ít	80,7±15,7	
Dính nhiều	118,8±25,8	
Thời điểm phẫu thuật		
Trước 72 giờ	85,5±33,8	p = 0.028
Sau 72 giờ	107,9±22,6	

Các biến chứng trong phẫu thuật

Chỉ gặp 2 loại biến chứng là chảy máu và thủng túi mật

Có tổng cộng 16 trường hợp chảy máu trong mổ (chiếm 14%). Trong số đó có 11 trường hợp chảy máu khi phẫu tích để đạt GNATTY. 5 trường hợp chảy máu còn lại đều xảy ra ở giường TM sau khi đã đạt GNATTY. Gặp nhiều nhất trong các trường hợp dính nhiều tam giác gan mật với 10 trường hợp, 2 trường hợp xảy ra với túi mật không dính, 4 trường hợp viêm dính ít.

Trong 15 trường hợp thủng TM (chiếm tỷ lệ 13,3%) có 7 trường hợp là do cầm nắm, 8 trường hợp còn lại là thủng trong khi giải phóng TM ra khỏi giường TM. Trong đó 9 trường hợp ở túi mật viêm dính nhiều, 3 trường hợp túi mật viêm dính ít, 3 trường hợp túi mật không viêm dính.

Không có biến chứng khác như tổn thương đường mật, tổn thương cơ quan lân cận.

Biến chứng sau phẫu thuật

Tất cả BN được theo dõi từ ngày đầu sau phẫu thuật đến khi xuất viện, tái khám sau xuất viện 14 ngày và 30 ngày. Kết quả siêu âm sau phẫu thuật phát hiện có 43 bệnh nhân (38,3%) có tụ dịch giường TM, 1 trường hợp rò mật.

Trường hợp rò mật là một BN nam, 59 tuổi, được chẩn đoán trước mổ là viêm túi mật cấp độ II do sỏi và PT cùng ngày nhập viện. Trong cuộc mổ ghi nhận túi mật hoại tử gây áp xe ở vùng hạ sườn phải, tương ứng với mức độ viêm là IV theo thang điểm Nassar. Vì vùng tam giác gan mật viêm dính nhiều gây khó khăn trong việc bóc lộ 2 cấu trúc đi vào túi mật và dễ chảy máu khi phẫu

tích, phẫu thuật viên quyết định thực cắt túi mật từ đáy, sau đó kẹp cắt các cấu trúc ống và động mạch túi mật. Sau mổ, BN tiếp tục điều trị hậu phẫu 7 ngày và lưu ống dẫn lưu (theo yêu cầu của phẫu thuật viên) khi xuất viện. Vào ngày thứ 17 sau mổ, BN nhập viện lần thứ hai do biến chứng tụ dịch vùng giường túi mật kèm với biến chứng rò mật sau mổ. BN được nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), tường trình thủ thuật ghi nhận ống mật chủ có đường kính khoảng 6mm, đoạn cuối không sỏi, ống gan trái và phải không sỏi, không hẹp đường mật, có thuốc cản quang rò ra ngoài đường mật vị trí giường túi mật, BN được đặt sonde mũi mật. Sau thủ thuật 3 ngày, BN được rút sonde mũi mật và xuất viện, vẫn lưu ống dẫn lưu hạ sườn phải. Cuối cùng BN được rút ống dẫn lưu hạ sườn phải vào 2 tuần sau thủ thuật NSMTND tại phòng khám với tình trạng lâm sàng ổn định, ống dẫn lưu không còn ra dịch mật, siêu âm không ghi nhận tụ dịch vùng giường túi mật. Trường hợp rò mật sau mổ của BN này được phân loại rò mật độ B vì cần can thiệp bằng phương pháp ERCP, cắt cơ vòng Oddi, đặt sonde mũi mật.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố nền

Tuổi và giới

Tuổi trung bình của BN là $53,2 \pm 13,1$. Độ tuổi từ 40-60 gặp nhiều nhất chiếm 50,9%. Cũng như nghiên cứu của Nassar,⁵ có tuổi trung bình là 53,2. Các trường hợp thành công đạt GNATTY phân bố ở nhiều nhóm tuổi khác nhau với $p=0,07$ nên chúng tôi cho rằng tuổi không ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công đạt GNATTY.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nữ trên nam là xấp xỉ 1,8:1. Nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải¹ tỷ lệ nữ trên nam là 3:1. Điều này

phù hợp với tài liệu y văn. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy giới tính không ảnh hưởng đến tỷ lệ đạt GNATTY.

Thời điểm phẫu thuật

Kiểm định Chi bình phương cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đạt GNATTY giữa hai nhóm BN được PTNS cắt túi mật tại thời điểm trong vòng 72 giờ và sau 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Tỷ lệ này cao hơn ở nhóm được phẫu thuật trước 72 giờ.

Các yếu tố trong mổ

Tỷ lệ thành công đạt “Góc nhìn an toàn thiết yếu”

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt GNATTY là 66,1%.

Các trường hợp thất bại do sỏi to kẹt vùng cổ túi mật làm hẹp và che khuất vùng tam giác gan mật và viêm túi mật hoại tử, vùng tam giác gan mật viêm dính rất nhiều dẫn đến việc khó phẫu tích vùng tam giác gan mật dẫn đến mô trong tam giác gan mật che khuất góc nhìn các cấu trúc ống TM, động mạch TM và không thể kết luận là không còn cấu trúc nào khác trong tam giác gan mật. Với những trường hợp như vậy chúng tôi không cố gắng thực hiện thêm để đạt GNATTY. Chúng tôi thực hiện cắt túi mật từ đáy, phẫu tích theo sát thành túi mật đến phễu và ống túi mật. Sau đó kẹp cắt ống túi mật và động mạch túi mật. Kết thúc phẫu thuật an toàn. Không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy tỷ lệ thành công đạt GNATTY không bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố khác như tuổi, giới tính, sỏi kẹt cổ túi mật. Bên cạnh đó thì các yếu tố: mức độ viêm dính tam giác gan mật nhiều, thời điểm phẫu thuật sau 72 giờ làm giảm tỷ lệ thành công đạt GNATTY.

Theo P. Sanjay⁷ khảo sát 447 trường hợp cắt túi mật nội soi với 40% trường hợp viêm túi mật cấp, 58% viêm túi mật mạn và 2% sỏi túi mật có triệu chứng. Có 388 (87%) trường hợp đạt GNATTY, 59 (13%) trường hợp không đạt GNATTY do viêm nhiều vùng tam giác gan mật, ngăn cản phân định rõ giải phẫu vùng này. Tỷ lệ thành công của Sanjay cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể vì tỷ lệ viêm túi mật cấp ít hơn trong nghiên cứu này.

Mức độ viêm dính của tam giác gan mật

Nghiên cứu của chúng tôi có 38 trường hợp sỏi kẹt cổ túi mật, trong đó có 22 trường hợp (57,9%) thành công đạt GNAT thiết yếu. Kết quả trong nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của A.H.M.Nassar,⁵ tỷ lệ đạt GNATTY là 60% với nhóm túi mật có sỏi kẹt ở túi Hartmann.

Đánh giá mức độ dính của túi mật cho thấy 58 trường hợp (51,8%) túi mật dính nhiều, 51 trường hợp (45,5%) túi mật dính ít và 3 trường hợp (2,7%) không dính. Tình trạng túi mật dính nhiều mạc nối lớn, tá tràng, đại tràng, làm xác định các mốc giải phẫu khó khăn.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $100 \pm 26,9$ phút.

Các trường hợp viêm dính tam giác gan mật mức độ nhiều dài gấp đôi các trường hợp không viêm dính và dài hơn các trường hợp viêm dính ít. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,027$).

Về thời gian phẫu thuật giữa các nhóm BN phẫu thuật trước và sau 72 giờ cũng có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,028$). Thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở nhóm BN được phẫu thuật trước 72 giờ.

Các biến chứng trong phẫu thuật

Chảy máu

Chúng tôi gặp 16 trường hợp bị chảy máu (14%). Chảy máu xảy ra nhiều hơn ở nhóm có tình trạng túi mật dính nhiều với các cấu trúc xung quanh, có viêm dính nhiều ở tam giác gan mật, so với nhóm không viêm hay viêm ít. Các sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Trong nghiên cứu này cũng ghi nhận tỷ lệ chảy máu ở nhóm phẫu thuật trước 72 giờ thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,009$) so với nhóm được phẫu thuật sau 72 giờ. Nghiên cứu của Đỗ Trọng Hải ở 66 trường hợp có 4 trường hợp chảy máu nhiều trong mổ nhưng không phải truyền máu.¹

Thủng túi mật

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ xảy ra biến chứng thủng túi mật có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các mức độ viêm dính tam giác gan mật ($p = 0,026$).

Tổn thương đường mật trong phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi có 112 bệnh nhân với các mức độ viêm dính tam giác gan mật từ ít đến nhiều. Không có trường hợp nào xảy ra tổn thương đường mật.

Các biến chứng sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi áp dụng GNATTY thì gặp biến chứng sau mổ gồm tụ dịch giương túi mật là 38,3%. Nhóm túi mật viêm do sỏi kẹt cổ có tỷ lệ tụ dịch nhiều hơn. Nhóm túi mật có viêm dính tam giác gan mật mức độ nhiều cũng có tỷ lệ tụ dịch cao hơn nhóm viêm dính ít và không viêm dính ($p < 0,01$). Đỗ Trọng Hải gặp 2 trường hợp (3,0%) tụ dịch dưới gan.¹

Trong số các trường hợp tụ dịch giương túi mật có 3 trường hợp có biến chứng tụ dịch nhiễm trùng được can thiệp đặt dẫn lưu ổ tụ dịch qua da dưới hướng dẫn siêu âm. Các trường hợp còn lại đều được theo dõi, điều trị nội khoa thành công.

Như đã được đề cập ở trên, trường hợp có biến chứng rò mật độ B trên BN thuộc nhóm không thực hiện thành công GNATTY. Qua ghi nhận hình ảnh từ NSMTND, đây có thể là một tổn thương đường mật type A theo phân loại Strasberg và không gây ảnh hưởng đến đường mật chính. Với trường hợp này khi nhận định không thể phẫu tích thêm ở vùng tam giác gan mật để bộc lộ các cấu trúc thì phẫu thuật viên đã chuyển sang cắt túi mật từ đáy, bên cạnh đó vùng rò mật nằm ở giường túi mật nên chúng tôi không nghĩ việc phẫu tích để đạt GNATTY dẫn đến rò mật trên BN này. Tuy nhiên, mối liên hệ giữa việc không thực hiện thành công GNATTY và biến chứng tổn thương đường mật cần được nghiên cứu thêm.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng GNATTY trong PTNSCTM cho các trường hợp VTMC tại BV Bình Dân là khả thi. Tỷ lệ thành công cao, đạt 66,1%. Các trường hợp thất bại là do sỏi lớn kẹt cổ túi mật và viêm dính vùng tam giác gan mật quá nhiều, BN được phẫu thuật sau 72 giờ từ lúc có triệu chứng. Các biến chứng chảy máu, thủng túi mật trong mổ theo chúng tôi chủ yếu là do tình trạng viêm dính vùng tam giác gan mật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trọng Hải.** Cắt túi mật nội soi trong viêm túi mật cấp do sỏi. Kỷ yếu các đề tài khoa học Đại hội Ngoại khoa Việt Nam lần thứ XI. 2004:20-21.
2. **Avgerinos C, Kelgiorgi D, Touloumis Z, et**

al. One thousand laparoscopic cholecystectomies in a single surgical unit using the “critical view of safety” technique. 2009;13(3):498-503.

3. **Barrett M, Asbun HJ, Chien H-L, et al.** Bile duct injury and morbidity following cholecystectomy: a need for improvement. 2018;32(4):1683-1688
4. **Koong JK, Ng GH, Ramayah K, et al.** Early identification of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy using indocyanine green fluorescence cholangiography: A randomised controlled study. Asian journal of surgery. Mar 2021;44(3):537-543.
5. **Nassar AHM, Ng HJ, Wysocki AP, et al.** Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. Surgical endoscopy. Nov 2021;35(11):6039-6047.
6. **Sanford, Strasberg SM, et al.** Diminished survival in patients with bile leak and ductal injury: management strategy and outcomes. 2018;226(4):568-576.
7. **Sanjay P, Fulke JL, Exon DJ.** 'ritical view of safety' as an alternative to routine intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy for acute biliary pathology. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract. Aug 2010;14(8):1280-4.
8. **Vettoretto N, Saronni C, Harbi A, et al.** Critical view of safety during laparoscopic cholecystectomy. 2011;15(3):322.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ ROBOT HỖ TRỢ NẠO HẠCH SAU PHÚC MẠC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ NIỆU MẠC ĐƯỜNG TIẾT NIỆU TRÊN: KINH NGHIỆM BAN ĐẦU

Nguyễn Vương Bảo Anh¹,
Nguyễn Tế Kha¹, Bùi Quan Thiên Phú¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản trong điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên hiện là xu hướng phẫu thuật ít xâm lấn trên thế giới. Tuy được áp dụng khá phổ biến, nhưng việc nội soi nạo hạch sau phúc mạc thường ít được áp dụng sau khi cắt thận và niệu quản do kỹ thuật khá khó khăn đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Việc ứng dụng robot phần nào giúp phẫu thuật này trở nên dễ dàng và an toàn hơn.

Phương pháp: Chúng tôi báo cáo 11 trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán ung thư niệu mạc bể thận, niệu quản và được phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt thận niệu quản và nạo hạch sau phúc mạc theo biên tiêu chuẩn của Kondo. Dữ liệu của các bệnh nhân về dịch tễ, bệnh sử, tiền căn và diễn tiến trong quá trình điều trị được ghi nhận thông qua hồ sơ bệnh án. Quy trình tiền phẫu cắt thận niệu quản được thực hiện như thường lệ. Sau khi hoàn thành cắt thận - niệu quản, chúng tôi tiến hành nạo hạch theo biên giải phẫu tùy thuộc vị trí bướu. Bó hạch sau đó được gửi giải phẫu bệnh riêng biệt cùng với thận - niệu

quản. Kết quả, giải phẫu bệnh, biến chứng và theo dõi hậu phẫu được ghi nhận.

Kết quả: Thời gian phẫu thuật trung bình là 191 phút, lượng máu mất trung bình 212mL, thời gian nằm viện trung bình 5 ngày. Tất cả bệnh nhân có giai đoạn bướu từ pT2 trở lên, và 9/11 (81.8%) bệnh nhân có bướu $\geq$ pT3. Tỷ lệ di căn hạch lên tới 45.5% (5/11 trường hợp). Số hạch trung bình nạo được là 8.45 hạch. 1 trong 11 bệnh nhân rò bạch huyết kéo dài sau phẫu thuật, được điều trị bảo tồn thành công. Tình trạng rò bạch huyết của bệnh nhân này chấm dứt sau 1 tháng hậu phẫu. 1 trường hợp nhiễm khuẩn niệu đa kháng phải nhập viện điều trị. 2 bệnh nhân tử vong do bướu tái phát, di căn trong quá trình theo dõi.

Kết luận: Nạo hạch sau phúc mạc được khuyến cáo do ngoài giúp phân giai đoạn bệnh và tiên lượng sau mổ, và có thể cải thiện tiên lượng sống sót ở bệnh nhân bướu T2 – T4. So với nội soi truyền thống, sự linh hoạt của cánh tay Robot cho phép phẫu thuật viên thực hiện nạo hạch sau phúc mạc được dễ dàng hơn, dễ dàng xử lý các biến chứng nếu xảy ra khiến cuộc mổ an toàn và tối ưu cho người bệnh.

Từ khóa: RPLND, RANU, Phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt thận và niệu quản, Phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ nạo hạch sau phúc mạc.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vương Bảo Anh

SĐT: 0384100902

Email: nvbanh@outlook.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

SUMMARY**ROBOTIC-ASSISTED LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL LYMPH NODE DISSECTION IN THE TREATMENT OF UPPER TRACT UROTHELIAL CARCINOMA: INITIAL EXPERIENCE**

Introduction: Robot-assisted laparoscopic nephroureterectomy (RANU) is emerging as a minimally invasive surgical trend for treating upper urinary tract urothelial carcinoma (UTUC) worldwide. Despite its widespread adoption, retroperitoneal lymph node dissection (RPLND) is rarely performed after nephroureterectomy due to its technical complexity, which requires experienced surgeons. The use of robotic assistance helps make this procedure more feasible and safer.

Methods: We report 11 cases of patients diagnosed with urothelial carcinoma of the renal pelvis or ureter who underwent robot-assisted laparoscopic nephroureterectomy with retroperitoneal lymph node dissection based on Kondo's standard template. Patient data, including epidemiological characteristics, medical history, and treatment course, were collected from medical records. The standard preoperative nephroureterectomy procedure was performed. After nephroureterectomy, lymph node dissection was carried out according to anatomical boundaries depending on tumor location. The dissected lymph nodes were sent for separate pathological evaluation along with the nephroureterectomy specimen. Surgical outcomes, pathology results, complications, and postoperative follow-up were documented.

Results: The mean operative time was 191 minutes, with an average blood loss of 212 mL and a mean hospital stay of 5 days. All patients had tumor stages of pT2 or higher, and 9 out of 11 (81.8%) had tumors classified as pT3 or greater. Lymph node metastasis was present in

45.5% (5/11) of cases, with a mean lymph node yield of 8.45 nodes. One patient developed prolonged lymphatic leakage postoperatively, which was successfully managed conservatively and resolved within one month. Another patient required hospitalization for treatment of multidrug-resistant urinary tract infection. Two patients died due to tumor recurrence and metastasis during follow-up.

Conclusion: Retroperitoneal lymph node dissection is recommended as it aids in disease staging, prognostication, and may improve survival in patients with T2–T4 tumors. Compared to conventional laparoscopy, the flexibility of robotic arms allows surgeons to perform RPLND more efficiently and manage complications more effectively, ensuring a safer and more optimized surgical outcome for patients.

Keywords: RPLND, RANU, Robot-assisted laparoscopic nephroureterectomy, Robot-assisted retroperitoneal lymph node dissection.

I. TỔNG QUAN

Ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên (Upper tract urothelial carcinoma – UTUC) thường được định nghĩa là ung thư biểu mô đường tiết niệu có nguồn gốc từ hệ thống góp, đài bể thận và niệu quản. Phẫu thuật cắt thận niệu quản hiện được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho UTUC. Trong hai thập kỷ qua, có rất nhiều nỗ lực nghiên cứu về vai trò của phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc ở bệnh nhân UTUC, phần lớn là do có rất nhiều y văn về tầm quan trọng của nạo hạch lympho trong điều trị các loại ung thư tiết niệu khác, đặc biệt là ung thư bàng quang do có nhiều sự tương đồng giữa hai loại ung thư này. Do UTUC tương đối hiếm gặp (chiếm từ 5 -10 % trong tất cả ung thư niệu mạc) và vẫn chưa có sự đồng thuận về biên

nạo hạch khiến nghiên cứu về hiệu quả điều trị của nạo hạch sau phúc mạc trong UTUC gặp nhiều khó khăn. Dù cần thêm nhiều nghiên cứu tiến cứu về vai trò và mức độ tối ưu của nạo hạch sau phúc mạc trong điều trị UTUC, các luồng dữ liệu từ các nghiên cứu gần đây cho thấy sự quan trọng của nạo hạch trong điều trị UTUC, giúp phân độ giai đoạn bệnh và có lợi ích điều trị đặc biệt ở bệnh nhân có bướu xâm lấn (T2 – T4) vị trí bể thận và niệu quản đoạn lưng (1). Nhiều hiệp hội Tiết Niệu lớn trên thế giới đã khuyến cáo nạo hạch sau phúc mạc trong phẫu thuật cắt thận và niệu quản cho bệnh nhân mắc UTUC (2, 3), cho dù họ vẫn chỉ ra rằng lợi ích của nạo hạch trong UTUC vẫn còn đang là vấn đề tranh cãi.

Việc phát triển phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, tuy nhiên đối với UTUC, nhiều báo cáo cho thấy tỉ lệ được nạo hạch sau phúc mạc ở bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận và niệu quản nội soi thấp hơn hẳn so với bệnh nhân được mổ mở (4). Lý giải cho điều này là do kỹ thuật nạo hạch trong nội soi khó khăn hơn so với mổ mở, yêu cầu phẫu thuật viên nhiều kinh nghiệm và khéo léo. Hơn nữa, việc áp dụng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận và niệu quản khiến việc nạo hạch không được triệt để so với nội soi ổ bụng.

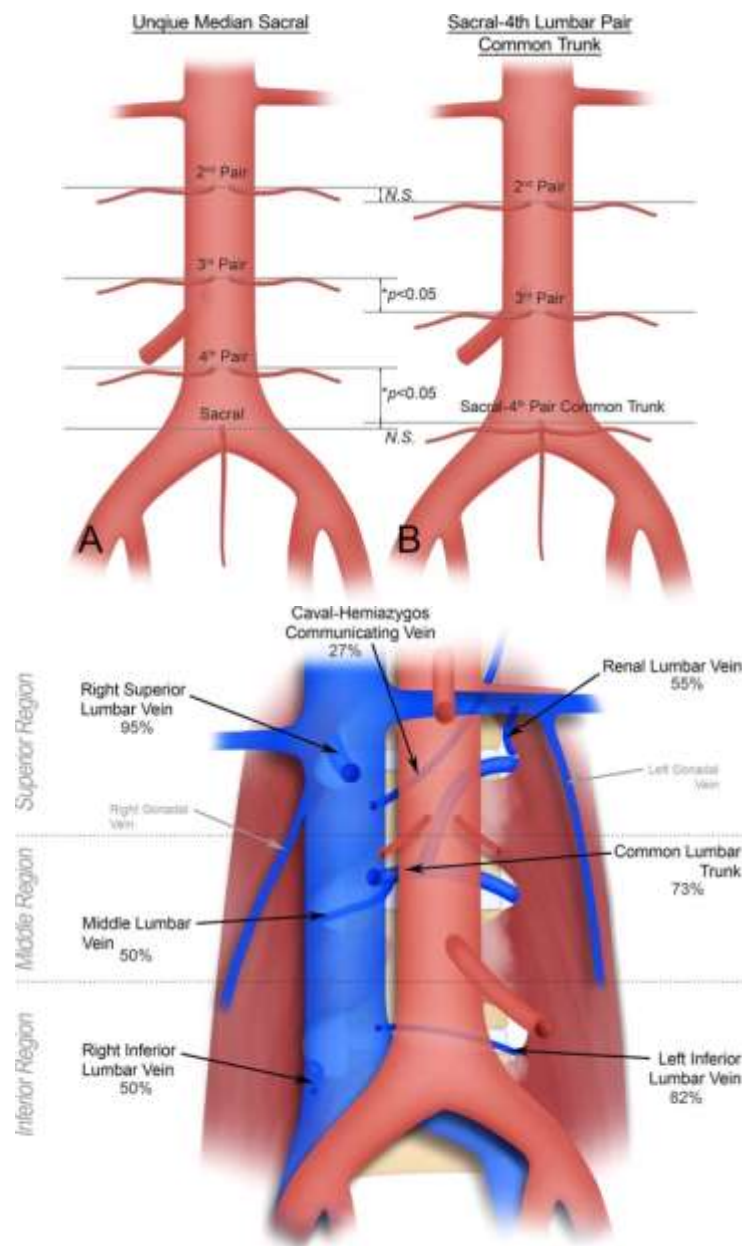
Với sự ra đời của Robot DaVinci, nhiều phẫu thuật nội soi Tiết Niệu phức tạp đang dần có xu hướng chuyển sang phẫu thuật có Robot hỗ trợ, trong đó có phẫu thuật cắt thận niệu quản trong UTUC. Với quang trường hiển thị 3D, sự linh hoạt của cánh tay robot, lực rung bàn tay phẫu thuật viên, Robot giúp phẫu thuật cắt thận niệu quản và nạo hạch sau phúc mạc dễ dàng và hiệu quả hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống. Một số

nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ nạo hạch và số hạch nạo được trong mổ mở và phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt thận niệu quản là tương đương nhau (5). Do đó, việc ứng dụng Robot vào phẫu thuật này hiện đang là xu hướng của các nước phát triển trên thế giới.

Tại Việt Nam, Robot chỉ mới được đưa vào ứng dụng trong phẫu thuật nội soi. Thêm vào đó, y văn trong nước về phẫu thuật nạo hạch trong UTUC còn hạn chế. Chúng tôi báo cáo 11 trường hợp đầu về phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc có Robot hỗ trợ trong điều trị UTUC ở khoa Phẫu thuật Ung Bướu Tiết Niệu, bệnh viện Bình Dân nhằm chia sẻ kinh nghiệm về kỹ thuật cũng như đánh giá về hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật này trong giai đoạn sớm.

Giải phẫu mạch máu thần kinh và bạch huyết sau phúc mạc

Nắm rõ giải phẫu của mạch máu và thần kinh vùng sau phúc mạc có vai trò cực kỳ quan trọng trong phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc nhằm tối ưu hoá kết quả phẫu thuật và hạn chế biến chứng. Thông thường khi nạo hạch sau phúc mạc trong phẫu thuật cắt thận và niệu quản nội soi, ngoài các mốc giải phẫu quan trọng như động mạch tĩnh mạch thận, động mạch mạc treo tràng trên và dưới, động mạch và tĩnh mạch sinh dục, phẫu thuật viên cần nắm rõ giải phẫu của động mạch và tĩnh mạch lưng (lumbar), chuỗi hạch giao cảm hai bên và các nhánh thần kinh hậu hạch, đám rối thần kinh hạ vị trên, các nhánh bạch huyết lớn và hạch dưỡng trấp (cisterna chyli) và sự tương quan của chúng với nhau. Thất bại trong việc xác định các cấu trúc này có khả năng dẫn đến các biến chứng trong phẫu thuật như chảy máu, tổn thương thần kinh, rò bạch huyết và dưỡng trấp.

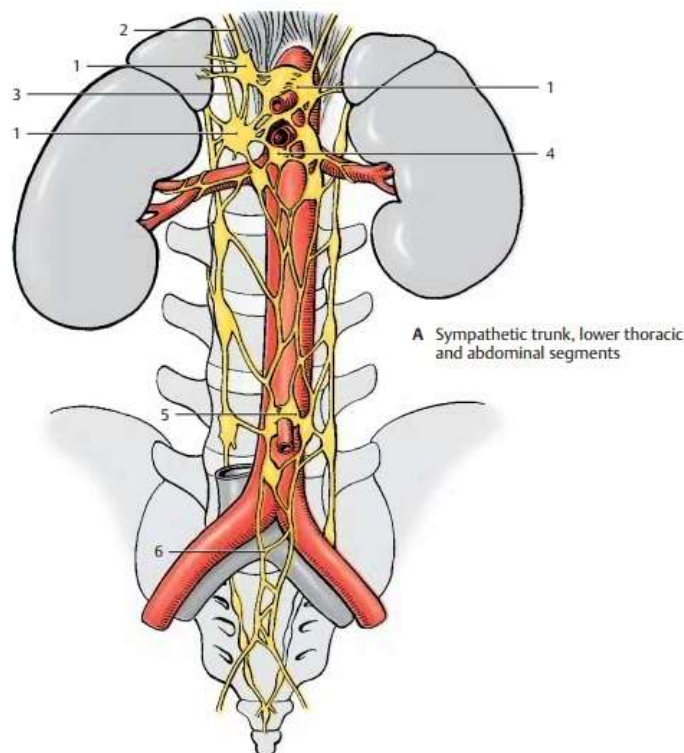


Mạch máu: trong phạm vi báo cáo này không tập trung nhiều vào giải phẫu mạch máu thận và sinh dục vì đã có nhiều y văn miêu tả các đặc điểm và biến thể giải phẫu của chúng, mà chủ yếu đề cập đến mạch máu lumbar. Tyler S. Beveridge và cs (2015) đã nghiên cứu về giải phẫu của động mạch và tĩnh mạch lumbar qua giải phẫu tử thi và chụp cắt lớp dựng hình mạch máu trên 22 tử thi và 41 bệnh nhân cho nhiều dữ liệu quý

giá về giải phẫu mạch máu lumbar (6). Nhóm nghiên cứu nhận thấy tĩnh mạch lumbar hiếm khi đi thành cặp như động mạch lumbar, thay vào đó tĩnh mạch lumbar thường chia nhánh ở phần dưới của tĩnh mạch chủ gần vị trí hợp nhất của hai tĩnh mạch chậu chung, và đa số tĩnh mạch lumbar đổ vào bên trái của tĩnh mạch chủ dưới. Đối với động mạch lumbar, các nhánh của động mạch lumbar thường đi thành cặp, thông thường có khoảng 3 cặp

xuất phát từ động mạch chủ bụng dưới động mạch thận tới vị trí chia đôi (bifurcation). Khoảng cách giữa các cặp động mạch lumbar đều nhau. Có hai tĩnh mạch lumbar cần đặc biệt chú ý: bên phải là tĩnh mạch lumbar trên đổ vào mặt sau tĩnh mạch chủ ngay dưới mức

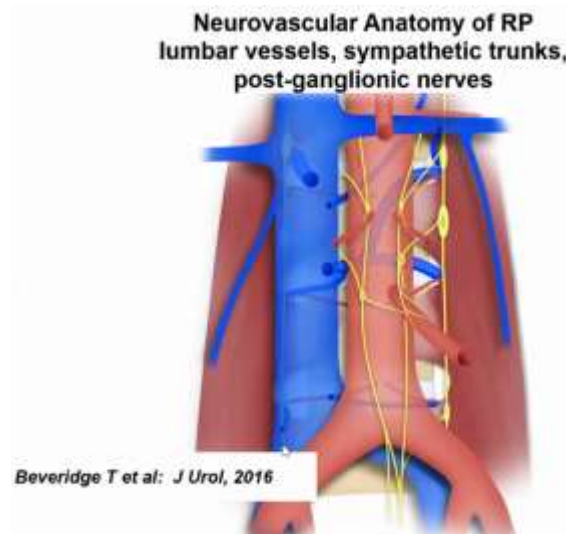
tĩnh mạch thận phải, thông thường khi nạo hạch gian động – tĩnh mạch chủ có thể gặp (tỉ lệ tới 95%); bên trái có tĩnh mạch lumbar đổ vào tĩnh mạch thận trái gần gốc tĩnh mạch sinh dục trái (tỉ lệ 55%).



Hình 1: Giải phẫu bó hạch thần kinh giao cảm và các đám rối
(A: Thân giao cảm phần ngực dưới và bụng)

Thần kinh: Mốc giải phẫu quan trọng trong phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc là chuỗi hạch thần kinh giao cảm hai bên và đám rối hạ vị trên. Chuỗi hạch thần kinh giao cảm bên phải nằm bờ phải các đốt sống lưng, phía sau ngoài của tĩnh mạch chủ dưới. Chuỗi hạch thần kinh giao cảm bên trái nằm bờ trái các đốt sống lưng, phía ngoài bên trái động mạch chủ bụng. Các hạch giao cảm trong chuỗi hạch giao cảm kết nối tiền hạch với nhánh trước (anterior rami) của thần kinh tuỷ sống và cho các sợi hậu hạch kết nối phía trước động mạch chủ bụng tạo thành đám rối

mạch treo dưới (trên động mạch mạc treo tràng dưới) và đám rối hạ vị trên (dưới động mạch mạc treo tràng dưới). Thông thường có từ 2 – 4 sợi hậu hạch mỗi bên tạo thành các đám rối trước động mạch chủ bụng. Các sợi hậu hạch bên phải xuất phát từ chuỗi hạch giao cảm bên phải (L1 – L4), thường hoà với nhau thành 3 nhánh lớn chạy phía sau tĩnh mạch chủ dưới chệch xuống dưới và ra trước động mạch chủ bụng. Các sợi hậu hạch bên trái (thường 3 sợi) từ bó chuỗi hạch giao cảm bên trái chạy từ phía ngoài bên trái động mạch chủ bụng.

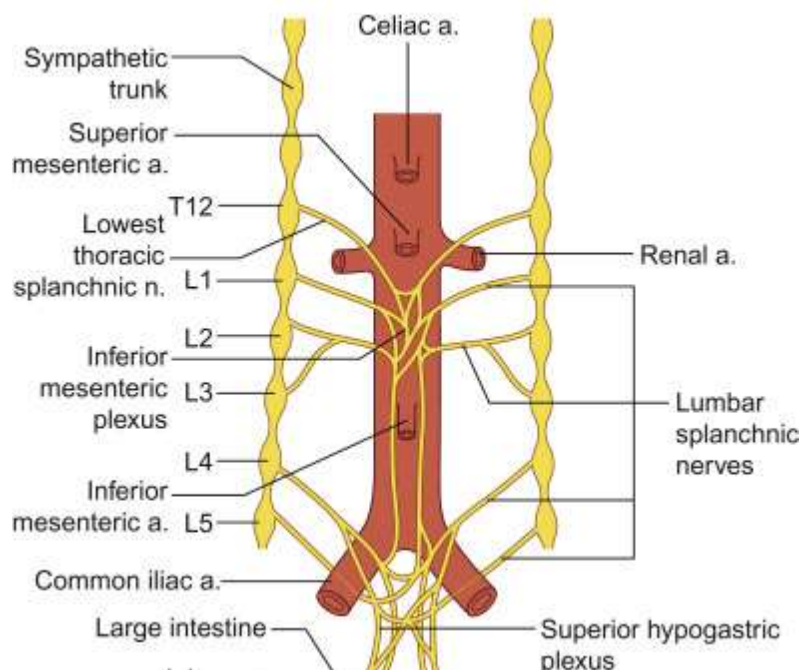


Hình 2: Giải phẫu động mạch và tĩnh mạch lumbar

Nguồn: Tyler S. Beveridge và cs (2015) (6)

Tương quan giữa mạch máu lumbar và chuỗi hạch giao cảm: Tất cả các tĩnh mạch lumbar đều xuất phát từ phía trong của chuỗi hạch giao cảm hai bên. Các động mạch lumbar cũng đi vào hai bên các đốt sống phía

trong chuỗi hạch giao cảm. Khi nạo hạch nếu tổn thương các mạch máu lumbar gây chảy máu có thể dựa vào đặc điểm giải phẫu này để tìm điểm chảy máu và kiểm soát các tĩnh mạch lumbar.



Hình 3: Tương quan giữa mạch máu và thần kinh vùng sau phúc mạc

Nguồn: Tyler S. Beveridge và cs (2015) (6)

Hạch bạch huyết: giải phẫu về hệ bạch huyết trong UTUC chưa được nghiên cứu kỹ càng, và các mẫu biên nạo hạch được sử dụng có sự khác nhau giữa các trung tâm tiết niệu lớn. Chính vì sự không thống nhất này và sự khác nhau trong phân bố bạch huyết dẫn lưu tùy vị trí nguyên phát của bướu dẫn đến nhiều tranh cãi về hiệu quả điều trị của nạo hạch sau phúc mạc trong UTUC. Bạch huyết từ thận và bể thận chủ yếu được dẫn lưu dọc theo các mạch máu thận. Năm 2007, Kondo và cộng sự (7) xây dựng bản đồ di căn hạch của UTUC nhận thấy: bướu niệu mạc bể thận phải thường di căn tới hạch rốn thận phải, tiếp theo là hạch cạnh tĩnh mạch chủ (paracava) và sau tĩnh mạch chủ (retrocava). Bướu niệu mạc niệu quản đoạn trên và giữa bên phải thường di căn tới hạch sau tĩnh mạch chủ (retrocava) và hạch gian động mạch – tĩnh mạch chủ (interaortocava). Bướu niệu mạc bể thận trái thường di căn tới hạch rốn thận trái, tiếp theo đó là hạch cạnh động mạch chủ (para-aorta) và hạch gian động mạch – tĩnh mạch chủ (interaortocava). Bướu niệu quản đoạn chậu hai bên thường di căn tới hạch dọc động mạch chậu chung,

hạch bịt và hạch dọc động mạch chậu trong cùng bên. Tuy nghiên cứu này có số lượng mẫu chỉ 42 bệnh nhân và trong đó chỉ 23 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trên giải phẫu bệnh, đây là nghiên cứu hoàn thiện nhất về bản đồ di căn hạch của bướu niệu mạc tính tới hiện tại và đặc biệt hơn là nghiên cứu trên người châu á (Nhật Bản). Dựa trên nghiên cứu này, nhóm tác giả đề xuất các biên nạo hạch (templates) dành cho từng vị trí bướu:

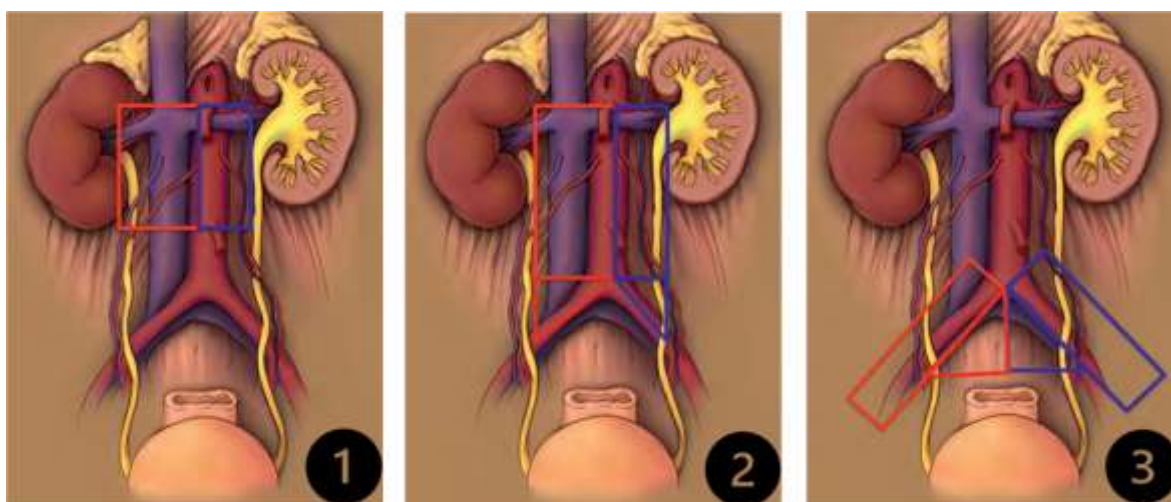
- Bướu niệu mạc bể thận:

○ Bên phải: rốn thận, cạnh tĩnh mạch chủ dưới, sau tĩnh mạch chủ dưới, gian động – tĩnh mạch chủ tới giới hạn dưới là động mạch mạc treo tràng dưới.

○ Bên trái: rốn thận, cạnh động mạch chủ tới giới hạn dưới là động mạch mạc treo tràng dưới.

- Bướu niệu mạc niệu quản 2/3 trên: giống bướu bể thận tuy nhiên biên dưới mở rộng tới chỗ chia đôi động mạch chủ (bifurcation)

- Bướu niệu mạc niệu quản chậu: hạch chậu chung, chậu ngoài, chậu trong và hố bịt cùng bên, hạch trước xương cùng.



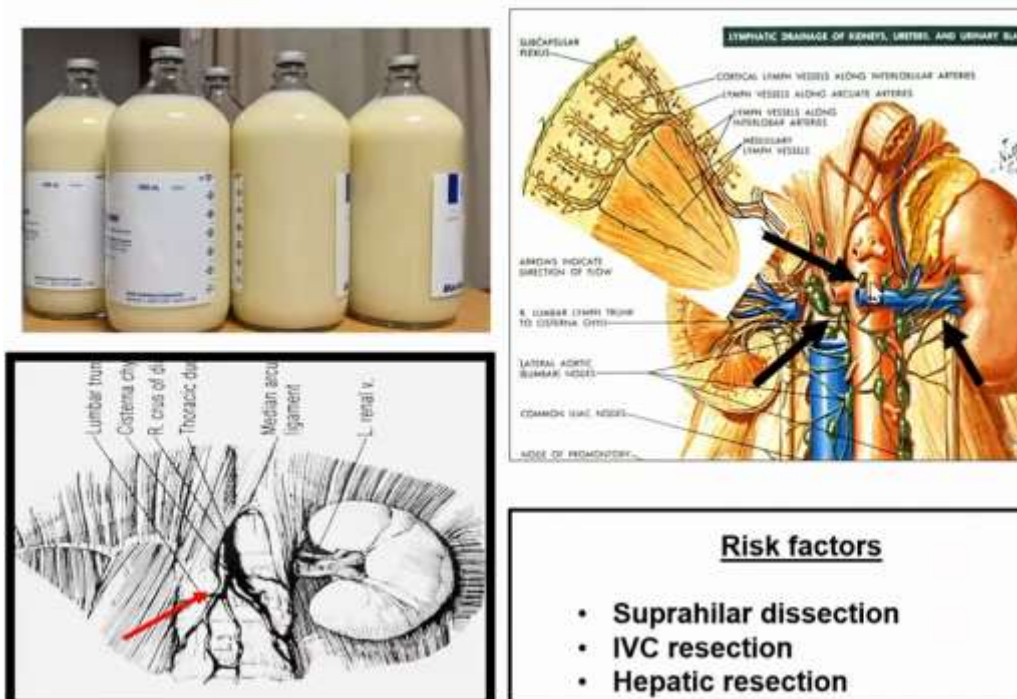
Hình 4: Biên nạo hạch sau phúc mạc cho UTUC: 1. Bướu đài bể thận; 2. Bướu niệu quản 2/3 trên; Bướu niệu quản đoạn xa. Nguồn: Campbell – Walsh 12th ed

Năm 2015, Martin và cộng sự (8) xây dựng bản đồ di căn hạch của bướu niệu mạc nhận thấy ở bướu niệu mạc bề thận và niệu quản trên bên phải, nạo hạch rốn thận, cạnh tĩnh mạch chủ và sau tĩnh mạch chủ có khả năng lấy được 82.9% hạch di căn. Nếu thêm hạch gian động mạch – tĩnh mạch chủ, khả năng này tăng lên 95.8%. Ở bướu bề thận và niệu quản trên bên trái, nạo hạch rốn thận trái và cạnh động mạch chủ có khả năng lấy được 86.9% hạch di căn, nếu thêm hạch gian chủ tỉ lệ này tăng lên 90.2%. Điều này cho thấy biên nạo hạch được đề xuất trước đó của Kondo và cs là hợp lý.

Trong lâm sàng, khi tiến hành nạo hạch sau phúc mạc, nguyên tắc chung là các nhánh bạch huyết lớn ở đầu trên và dưới biên nạo

hạch cần được kẹp hoặc cột để tránh rò bạch huyết. Các nhánh bạch huyết lớn ở giới hạn dưới biên nạo hạch thường dễ nhận biết do chúng bắt chéo qua bó mạch chậu chung. Ở giới hạn trên, mạch bạch huyết sau phúc mạc thường tập trung lại thành 3 nhánh (trunk) lớn: nhánh lumbar phải (đổ vào hạch đường thấp – Cisterna Chyli) nằm sau tĩnh mạch chủ dưới ngang mức nguyên ủy động mạch thận phải, nhánh lumbar trái (ngang mức rốn thận trái) và nhánh ruột (intestinal trunk) nằm vắt ngang qua tĩnh mạch thận trái trên động mạch chủ. Cả ba nhánh lớn này nếu không kẹp khi nạo hạch sẽ gây rò bạch huyết (đối với nhánh ruột và nhánh lumbar trái) hoặc rò đường thấp (đối với nhánh lumbar phải).

Ascites (chylous): Sites of Major Lymphatic Leaks



Hình 5: Vị trí các mạch bạch huyết lớn cần kiểm soát để hạn chế nguy cơ rò bạch huyết/ đường thấp (mũi tên đen)

Nguồn: Joel Sheinfeld, MD. *Optimizing Retroperitoneal Lymph Node Dissection (RPLND): Anatomic and Technical Considerations.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

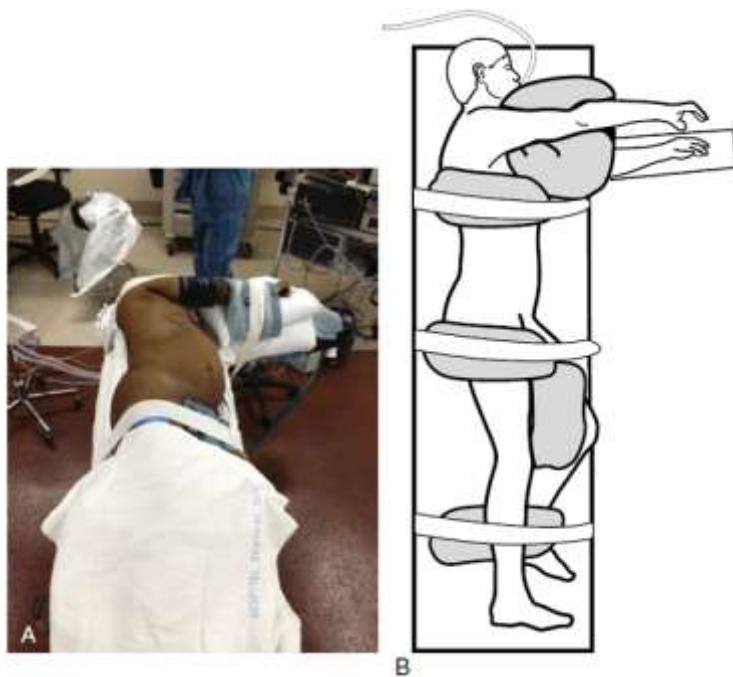
Phương pháp

Từ tháng 11/2022 tới tháng 10/2024, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt thận niệu quản và nạo hạch sau phúc mạc cho 11 trường hợp ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên - UTUC tại bệnh viện Bình Dân, TP. HCM với hệ thống Robot DaVinci SiHD. Thông qua hồ sơ bệnh án, các biến số trước phẫu thuật như tuổi, giới tính, triệu chứng đến khám, kết quả chẩn đoán hình ảnh, kết quả soi bàng quang được ghi nhận. Các biến số trong và sau phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, ước lượng máu mất, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cũng được ghi

nhận. Bệnh nhân được theo dõi qua các đợt tái khám và hóa trị hỗ trợ nếu có chỉ định.

Quy trình phẫu thuật

Chuẩn bị trước phẫu thuật: ngoài các chuẩn bị thường quy trước phẫu thuật, bệnh nhân được ăn chế độ giàu chất béo 1 ngày trước mổ (sữa nguyên kem, pho mát, thịt...). Chế độ ăn giàu chất béo giúp phẫu thuật viên xác định rò bạch huyết tốt hơn khi mổ và kiểm soát bạch huyết nhằm hạn chế rò bạch huyết/ dưỡng trấp sau phẫu thuật. Bệnh nhân được chuẩn bị ruột bằng Fortran uống chiều và tối ngày trước phẫu thuật. Việc chuẩn bị ruột giúp đại tràng xẹp và dễ di động hơn trong mổ.



Hình 6: Tư thế phẫu thuật (bên phải). A, Tư thế nằm nghiêng cho phẫu thuật cắt thận niệu quản robot. B, Bệnh nhân được đặt ở tư thế nghiêng 60 độ và được lót đệm kỹ

Tư thế bệnh nhân: sau khi mê nội khí quản, bệnh nhân được kê tư thế nằm nghiêng cải biên (modified flank) 70° với bên phẫu thuật nằm trên và tay bên phẫu thuật được kẹp song song/hoặc vuông góc với thân, tay

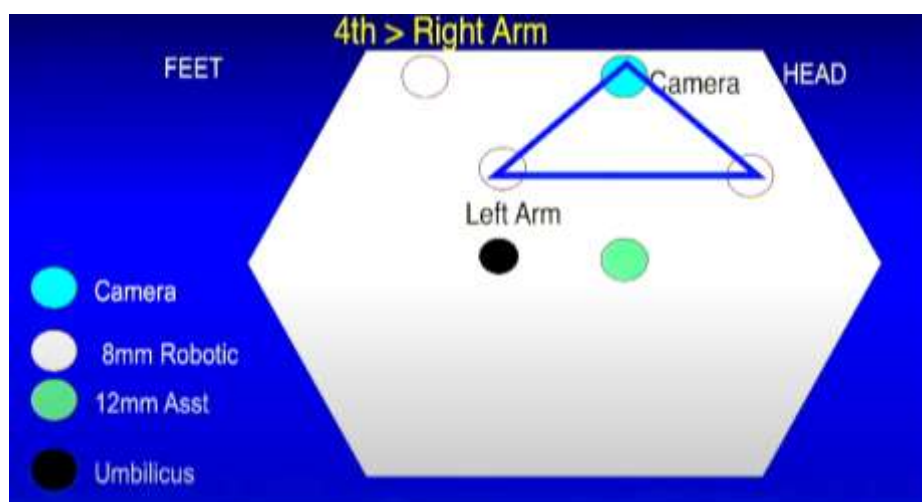
đối bên dạng vuông góc với ngực và song song với mặt bàn. Bệnh nhân được đặt thông niệu đạo bàng quang vô trùng. Các điểm tì đè được đệm lót kỹ (hình).

Vị trí các trocar: chúng tôi sử dụng 4 trocar cho robot, một/hai trocar cho phẫu thuật viên phụ, một trocar vén gan nếu bên phải. Chúng tôi đặt trocar đầu tiên là trocar 12mm cho Camera Robot bằng phương pháp mổ mở trực tiếp. Vị trí trocar Camera bờ ngoài cơ thẳng bụng, ngang mức rốn. Các trocar 8mm robot 1, 2 và 3 được đặt lần lượt dưới quan sát bởi Camera robot, sao cho khoảng cách giữa các trocar robot ít nhất 8cm

- Đối với bên phải, trocar Robot 1 được đặt tại bờ dưới hạ sườn 2 khoát ngón tay và hơi lệch vào trong so với Camera, trocar Robot 2 được đặt trên trong 2 cm so với mào

chậu trước trên cùng bên, trocar Robot 3 được đặt vùng hạ vị, gần đường giữa. Trocar vén gan được đặt dưới mũi kiếm xương ức, trocar phụ 12mm được đặt đường giữa dưới rốn. Docking kéo tay Robot 1, Forceps lỗ tay Robot 2, Prograsp tay Robot 3.

- Đối với bên trái, trocar Robot 2 được đặt bờ dưới hạ sườn trái lệch trong so với Camera, trocar Robot 1 được đặt trên trong 2cm so với mào chậu trước trên cùng bên, trocar Robot 3 được đặt hạ vị gần đường giữa. Trocar phụ 12mm đặt dưới rốn đường giữa. Docking Forceps lỗ tay Robot 2, kéo tay Robot 1 và Prograps tay Robot 3.



Hình 7: Vị trí các trocar robot và trocar phụ (bên phải)

Nguồn: James Porter, MD - Swedish Medical Center, Seattle, Washington

Robot được dock phía sau lưng bệnh nhân, vuông góc với bàn mổ. Vị trí của Prograps và Forceps lỗ có thể được thay đổi với nhau tùy phẫu thuật viên. Một trocar phụ thứ hai 5mm có thể được đặt ở đường giữa, trên rốn nếu cần thiết.

Phẫu thuật được tiến hành gồm 3 giai đoạn chính: Cắt thận và phẫu tích niệu quản,

nạo hạch sau phúc mạc, cắt niệu quản chậu - nội thành và chóp bàng quang. Các bước cắt thận và phẫu tích niệu quản đoạn lưng được tiến hành theo quy trình tiêu chuẩn và không được nhắc tới trong bài báo cáo này. Chúng tôi xin trình bày các bước nạo hạch sau phúc mạc sau khi thận đã được cắt và cho vào túi bệnh phẩm.

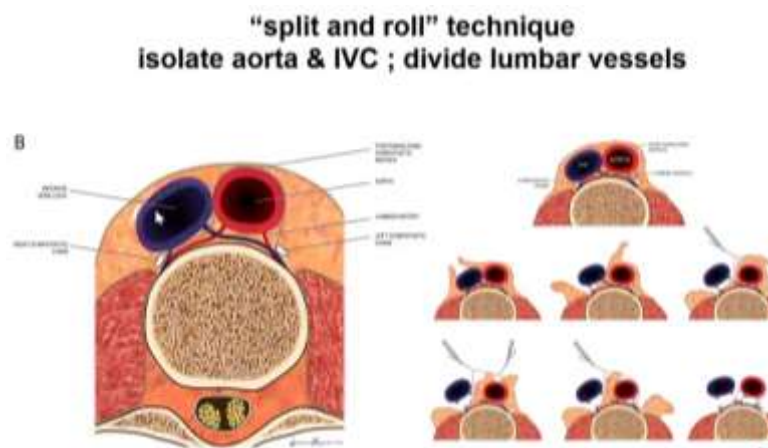
Các bước phẫu thuật nạo hạch sau phúc mạc:

Bên phải: Sau khi hạ đại tràng (P) và lật tá tràng vào giữa (Kocherized) sao cho đầu tụy di động và bộc lộ tĩnh mạch chủ bụng, động mạch chủ bụng và tĩnh mạch thận trái, bó mạch sinh dục được kẹp và cắt nếu cần giúp bộc lộ rõ biên nạo hạch tụy vào vị trí bấu trong đài bể thận hay niệu quản đoạn bụng. Áp dụng kỹ thuật xẻ và cuộn (split and roll) (Hình 9), mô liên kết và mạch bạch huyết phía trước tĩnh mạch chủ và động mạch chủ bụng được cắt dọc từ ngang mức cuống thận (P) xuống ngang mức động mạch treo tràng dưới (bướu bể thận) hoặc xuống tới vị trí bắt chéo niệu quản và bó mạch chậu chung (P) (bướu niệu quản bụng). Hạch sau phúc mạc (P) sẽ được chia làm 2 nhóm lớn: bó cạnh và sau tĩnh mạch chủ bụng (nằm ngoài) và bó gian động – tĩnh

mạch chủ bụng (nằm trong). Phẫu tích bó hạch ngoài từ dưới lên trên, với bờ ngoài là cơ Psoas (P) và chuỗi hạch giao cảm (P). Chú ý các nhánh tĩnh mạch lumbar thường xuất phát từ bờ trong chuỗi hạch giao cảm và đổ vào bờ sau ngoài tĩnh mạch chủ bụng. Thông thường có ba nhánh tĩnh mạch lumbar: nhánh trên phải, nhánh giữa phải và nhánh dưới phải. Bóc tách bó hạch ngoài này lên tới vị trí trên rốn thận (P). Dùng Hemolok hoặc clip titanium kẹp các nhánh bạch huyết lớn đầu trên và dưới bó hạch. Bó trong (gian chủ) được phẫu tích ra khỏi mặt trước dây chằng dọc trước cột sống và trụ (P) cơ hoành lên tới ngang mức tĩnh mạch thận (T). Hai vị trí nhiều mạch bạch huyết lớn phía trước tĩnh mạch thận (T) và ngang mức gốc động mạch thận (P) được kẹp bằng Hemolok nhằm tránh rò rỉ đường trấp. Các nhánh động mạch lumbar có thể được kẹp và cắt nếu cần thiết.



Hình 8: Nạo hạch sau phúc mạc bên phải (đã nạo)



Hình 9: Mô tả kỹ thuật “Split and Roll”

Nguồn: Joel Sheinfeld, MD – MSKCC, New York

Bên trái: thực hiện kỹ thuật xẻ và cuộn, các nhánh bạch huyết và mô liên kết trước động mạch chủ bụng được kẹp và cắt từ mức trên cuống thận (T) xuống dưới ngang mức động mạch mạc treo tràng dưới (bướu đài bể thận) hoặc xuống vị trí niệu quản (T) bắt chéo bó mạch chậu (T) (bướu niệu quản đoạn bụng). Bó hạch cạnh động mạch chủ bụng được bóc tách ra khỏi động mạch chủ bụng, có thể kẹp và cắt các nhánh động mạch lumbar nếu cần thiết. Khi tới biên dưới của bó hạch, các nhánh bạch huyết lớn được kẹp và cắt. Tiếp tục bóc tách bờ ngoài bó hạch

trên cơ Psoas (T). Bóc tách bó hạch ra khỏi dây chằng dọc trước cột sống và chuỗi hạch giao cảm dọc theo bờ ngoài động mạch chủ bụng theo chiều từ dưới lên rốn thận (T). Lưu ý các nhánh tĩnh mạch lumbar ở bờ trong chuỗi hạch giao cảm. Bó hạch cạnh động mạch chủ bụng được bóc tách kèm hạch rốn thận (T) thành một khối, các nhánh bạch huyết lớn trên rốn thận (T) được kẹp và cắt bằng clip tránh rò bạch huyết. Các bó hạch được cho vào túi bệnh phẩm và lấy ra ngoài cùng lúc với thận và niệu quản.



Hình 10: Nạo hạch sau phúc mạc bên trái (đã nạo)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 11/2022 tới tháng 10/2024, chúng tôi thực hiện nạo hạch sau phúc mạc trong phẫu thuật robot cắt thận và niệu quản điều trị bướu niệu mạc đường tiết niệu trên cho 11 trường hợp. Các đặc điểm dịch tễ được tóm tắt trong bảng sau:

Bảng 1: Một số đặc điểm dịch tễ học của bệnh nhân được phẫu thuật RANU và nạo hạch sau phúc mạc

Nam/ Nữ	Tuổi	BMI	Phải/ trái
7/4	69.8	21.1	5/6

Phân giai đoạn bướu trước mổ kém chính xác, với 3/11 (27.3%) bệnh nhân cT và pT khác nhau; 4/11 (44%) bệnh nhân có cN và pN khác nhau. Vị trí của bướu, giai đoạn TNM và số hạch di căn/ tổng số hạch nạo được được trình bày trong bảng dưới.

Bảng 2: Vị trí, giai đoạn và số hạch di căn của 11 bệnh nhân

STT	Giới	Tuổi	BMI	Bên phẫu thuật	Vị trí bướu	cTN M	pTN M	Số hạch di căn/ Số hạch nạo được	Thời gian theo dõi	Hoá trị hỗ trợ	Tái phát
1	Nam	61	20.5	Trái	Bể thận	T3N1M0	T3N0M0	0/4	5 tháng	8 đợt (Gem/Cis)	Tái phát ổ thận (T), di căn phổi, tử vong
2	Nữ	80	24	Phải	Bể thận	T3N2M0	T3N2M0	4/12	3 tháng	Không đồng ý hoá trị	Không. Hiện không tái khám
3	Nữ	67	21	Phải	Bể thận	T2N0M0	T3N0M0	0/9	8 tháng	6 đợt (Gem/Cis)	Không.
4	Nữ	75	19	Trái	Niệu quản bụng và chậu	T2N0M0	T2N0M0	0/8	11 tháng	6 đợt (Gem/Cis)	Không. Hiện không tái khám
5	Nam	52	22	Phải	Niệu quản bụng	T3N0M0	T2N0M0	0/8	7 tháng	Không	Không
6	Nam	75	21	Phải	Bể thận	T3N2M0	T4N2M0	4/9	3 tháng	Không hoá trị do suy thận	Không liên lạc được.
7	Nam	59	20	Trái	Bể thận và niệu quản bụng	T3N1M0	T3N0M0	0/9	25 tháng	Không hoá trị	Tái phát tại bàng quang, cắt bàng quang 01/2024
8	Nữ	74	23	Trái	Bể thận và niệu quản bụng	T3N2M0	T3N1M0	1/12	6 tháng	4 đợt (Gem/Cis)	Chưa ghi nhận

9	Nam	67	21	Phải	Bể thận	T3N0M0	T3N0M0	0/3	19 tháng	8 đợt (Gem/Cis)	Không
10	Nam	82	20	Trái	Bể thận niệu quản bụng và chậu	T4N2Mx	T4N2Mx	8/9	3 tháng	Không	Carcinomatosis ổ bụng. Tử vong
11	Nam	76	22	Trái	Bể thận, niệu quản bụng và chậu	T3N0M0	T3N2M0	4/10	3 tháng	Không đồng ý	Chưa tái khám

Thời gian phẫu thuật trung bình (từ rạch da – khâu da) là 191 phút. Lượng máu mất trung bình khoảng 212 mL. Thời gian nằm viện trung bình khoảng 5 ngày, thông niệu đạo được lưu 7 ngày sau phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều được bơm bàng quang Gemcitabine liều duy nhất sau mổ. 1 trường hợp rò bạch huyết kéo dài 1 tháng sau mổ, được điều trị bảo tồn thành công với chế độ ăn hạn chế chất béo. 1 trường hợp nhiễm khuẩn niệu đa kháng phải nhập viện điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ.

Tất cả 11 bệnh nhân được phẫu thuật có giai đoạn bướu $\geq$ pT2, trong đó có 2 bệnh nhân pT2 (18.2%), 7 bệnh nhân pT3 (63.6%) và 2 bệnh nhân pT4 (18.2%). Có 5/11 (45.5%) bệnh nhân có hạch di căn sau phẫu thuật. Trung bình số lượng hạch nạo được là 8.45 hạch. Thời gian theo dõi sau mổ từ 3 tháng tới 25 tháng, trong đó có 4 bệnh nhân hiện không tái khám hoặc không liên lạc được. Có 5 bệnh nhân được hoá trị hỗ trợ sau mổ với số chu kỳ từ 4 – 8 chu kỳ Gem/Cis.

Có 1 trường hợp pT3N0M0 bướu tái phát tại hố thận và hạch rốn thận, xâm lấn các cơ quan lân cận và di căn phổi sau 5 tháng từ lúc phẫu thuật (có hoá trị hỗ trợ 8 đợt). 1 trường hợp khác pT4N2Mx sau phẫu thuật 3 tháng nhập viện cấp cứu vì báng bụng do Carcinomatosis ổ bụng, xin về sau đó. 1 trường hợp pT3N0M0 tái phát tại bàng quang 14 tháng sau cắt thận và niệu quản (T) (không hoá trị hỗ trợ), được cắt bàng quang và mở niệu quản (P) ra da, hiện bệnh nhân tái

khám đều đặn và chưa ghi nhận tái phát. 1 trường hợp bệnh nhân pT3N2M0 chưa tái khám sau mổ nhưng có khám tại bệnh viện tuyến tỉnh chưa ghi nhận bất thường sau 3 tháng phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Hầu hết các nghiên cứu trên thế giới đều cho rằng nạo hạch trong bướu niệu mạc đường tiết niệu trên có vai trò trong phân giai đoạn ung thư, giúp tiên lượng bệnh và lên kế hoạch điều trị hỗ trợ sau mổ. Bệnh nhân có pN1/2 có tỉ lệ sống sót thấp hơn pN0 tới 2.5 – 3 lần (9). MSCT trước mổ thường kém chính xác trong phân giai đoạn bệnh, với tỉ lệ bỏ sót lên tới 50% các hạch di căn nhỏ trong UTUC (10). Thậm chí với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học hiện đại nhất (PET-CT/ MRI), khoảng 20% bệnh nhân di căn hạch sẽ không được chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật (11). Giải phẫu bệnh lý hạch lympho sau phẫu thuật nạo hạch vẫn có thể bỏ sót hạch di căn. Các dữ liệu của một nghiên cứu đa trung tâm gần đây cho thấy rằng, ở bệnh nhân pN0: số lượng hạch nạo được càng nhiều, tỉ lệ sống sót đặc hiệu cho ung thư (cancer specific survival – CSS) càng cao (12). Tác giả nghiên cứu này cho rằng có thể có các vị trí di căn vi thể không phát hiện trên giải phẫu bệnh, được cắt bỏ khi nạo hạch giúp cải thiện tiên lượng sống sót. Hiện tượng này tương tự như nạo hạch chậu bít trong bướu bàng quang. Một nghiên cứu của Nhật Bản có kết quả củng cố cho giả

thuyết này, khi nhóm nghiên cứu này ghi nhận có tới 14% bệnh nhân pN0 khi nhuộm H&E chuyển thành pN1/2 khi nhuộm với hóa mô miễn dịch (13).

Vai trò điều trị của nạo hạch sau phúc mạc trong UTUC vẫn còn là vấn đề gây tranh cãi nhiều. Nhìn chung, các nghiên cứu về nạo hạch sau phúc mạc sau cắt thận và niệu quản trong UTUC còn khá ít, độ tin cậy thấp: hầu hết là các nghiên cứu hồi cứu, với biên nạo hạch không thống nhất, mỗi nghiên cứu một kiểu khác nhau và thậm chí khác nhau giữa các trung tâm/phẫu thuật viên trong từng nghiên cứu; quy trình phẫu thuật, chỉ định nạo hạch, mức độ nạo hạch, định nghĩa tái phát, sống còn và theo dõi hậu phẫu không thống nhất, dẫn đến nhiều điểm bất cập.

Ở nhóm bệnh nhân UTUC nguy cơ thấp (Ta/Tis/T1), tỉ lệ hạch di căn khá thấp (0 – 5%) (12). Do đó việc nạo hạch sau phúc mạc ở nhóm bệnh nhân này có thể không có ý nghĩa trong điều trị, mặc dù các tác giả nghiên cứu không tìm được nguy cơ tái phát cụ thể ở nhóm có nạo hạch so với không nạo hạch (có thể tỉ lệ quá thấp và do UTUC tương đối hiếm gặp nên không có nghiên cứu với số mẫu đủ lớn để đạt độ mạnh cần thiết).

Ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao, vai trò điều trị của nạo hạch sau phúc mạc được thấy rõ hơn. Một nghiên cứu trên 214 bệnh nhân UTUC có bướu từ T1 trở lên, nguy cơ tái phát của nhóm ‘không nạo hạch’ cao gấp gần 4 lần so với nhóm ‘có nạo hạch và có kết quả sau nạo pN0’ (13). Kondo và cs năm 2017 nghiên cứu trên 154 UTUC cho thấy: nạo hạch theo biên giải phẫu (anatomical template – based) làm giảm tỉ lệ tái phát ung thư (6% so với 20%) và sống sót ung thư 5 năm (83.5% so với 55.5%) ở những bệnh nhân có bướu niệu mạc niệu quản đoạn bụng

giai đoạn $\geq$ pT2 (1). Roscigno và cộng sự chỉ ra rằng, số lượng hạch nạo được càng nhiều càng cải thiện sống sót ung thư, với số hạch cut – off là ≥ 8 hạch sẽ cải thiện tỉ lệ phát hiện hạch di căn (12). Tuy nhiên Kondo và cs cho rằng, biên nạo hạch có vai trò quan trọng hơn số hạch nạo được, và chỉ nên tham khảo số lượng hạch để đánh giá chất lượng của kỹ thuật nạo hạch.

Một nghiên cứu pha III gần đây (POUT trial, ClinicalTrials.gov, NCT01993979) (14) trên 261 bệnh nhân chia hai nhóm ngẫu nhiên: ‘nhóm theo dõi’ và ‘nhóm được hóa trị’ sau mổ cắt thận niệu quản do UTUC cho thấy hóa trị hỗ trợ sau mổ cải thiện tỉ lệ sống sót không bệnh ở nhóm bệnh nhân $\geq$ pT3 và pN0, nhưng không cải thiện ở nhóm có pN+. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân không được nạo hạch sau phúc mạc sau cắt thận niệu quản, hoặc nếu có thì chỉ nạo không hoàn chỉnh. Điều này cho thấy rằng, phẫu thuật nạo hạch có vai trò quan trọng hơn hóa trị trong loại bỏ nhiều nhất có thể tế bào bướu di căn hạch. Việc tiêu chuẩn hóa biên nạo hạch và quy trình nạo hạch sau cắt thận niệu quản có thể tối ưu hóa trong kiểm soát ung thư ở bệnh nhân pNx.

Phương pháp nạo hạch có ảnh hưởng rất lớn trong chỉ định nạo hạch sau cắt thận niệu quản trong UTUC. Tỉ lệ bệnh nhân được nạo hạch sau phúc mạc trong UTUC có tăng trong 10 năm gần đây, tuy nhiên vẫn ít hơn 50% (4). Moschini và cs cho rằng một trong những lý do tỉ lệ nạo hạch còn thấp là do việc áp dụng rộng rãi phẫu thuật nội soi cắt thận niệu quản. Kỹ thuật nạo hạch sau phúc mạc qua nội soi ổ bụng tương đối khó khiến hầu hết phẫu thuật viên thực hiện cắt thận và niệu quản nội soi thường tránh việc nạo hạch hoặc nạo hạch không hoàn chỉnh nếu so với mổ mở. Thêm vào đó, việc áp dụng rộng rãi

phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt thận và niệu quản khiến việc nạo hạch một cách hoàn chỉnh theo biên được khuyến cáo hầu như không thể.

Sự ra đời của Robot Davinci phần nào giúp công đoạn nạo hạch sau phúc mạc qua nội soi trở nên dễ dàng hơn. Lenis và cs (2018) chỉ ra rằng so với mổ mở, phẫu thuật nội soi có Robot hỗ trợ cắt thận niệu quản không làm ảnh hưởng tới chất lượng của nạo hạch, thậm chí có phần nhanh hơn mổ mở về số lượng hạch nạo được (5).

Trong nghiên cứu này, chúng tôi miêu tả kinh nghiệm ban đầu trong phẫu thuật Robot cắt thận niệu quản và nạo hạch theo biên giải phẫu trên 11 bệnh nhân mắc ung thư niệu mạc đường tiết niệu trên. Chúng tôi nhận thấy phẫu thuật robot nạo hạch sau phúc mạc sau cắt thận niệu quản có thể là lựa chọn thay thế cho mổ mở về tính khả thi, an toàn, hiệu quả về kiểm soát ung thư mà vẫn giữ được các ưu điểm của nội soi như ít xâm hại, phục hồi sớm sau mổ. So với các bệnh nhân không được nạo hạch, chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt về biến chứng sau mổ. Chỉ có một trường hợp rò bạch huyết kéo dài sau mổ, có thể do ban đầu thực hiện chúng tôi chỉ sử dụng Ligasure để kiểm soát các mạch bạch huyết. Các trường hợp còn lại chúng tôi chủ yếu sử dụng Hemolok nên không ghi nhận biến chứng rò bạch huyết ở các bệnh nhân này. Ngoài ra, chuẩn bị bệnh nhân tiền phẫu góp phần hạn chế rò bạch huyết sau mổ: trước phẫu thuật 2 ngày bệnh nhân được hướng dẫn chế độ ăn giàu chất béo: trứng, sữa, pho mát...khi mổ nếu có rò bạch huyết/dường trấp sẽ dễ dàng phát hiện bởi lượng bạch huyết lúc này nhiều và có màu trắng đục, giúp phẫu thuật viên chủ động kiểm soát trong mổ. Rò bạch huyết lưu lượng thấp đáp ứng với điều trị nội khoa, dẫn lưu

và dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Thất bại trong điều trị này là chỉ định để thực hiện chụp bạch mạch chẩn đoán và điều trị. Rò bạch huyết dai dẳng là chỉ định để can thiệp phẫu thuật. Rò bạch huyết lưu lượng cao (>1000 mL/ngày) cần được điều trị tích cực bằng can thiệp bạch mạch, phẫu thuật hoặc kết hợp các phương pháp này. Rò đường chấp lưu lượng cao có tỷ lệ tử vong khoảng 50% khi can thiệp phẫu thuật bị trì hoãn, do tình trạng suy dinh dưỡng, suy giảm miễn dịch hoặc rối loạn chuyển hóa do mất một lượng lớn bạch huyết. Tuy nhiên, tỷ lệ tử vong giảm xuống còn 10% khi điều trị phẫu thuật được thực hiện sớm ở những bệnh nhân này. Phương pháp điều trị tối ưu cho tràn đường chấp sau phẫu thuật vẫn còn gây tranh cãi. Nhìn chung, chế độ ăn ít chất béo, điều trị nâng đỡ, nuôi dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch và dẫn lưu là các phương pháp cần thiết. Không ghi nhận các biến chứng mất máu phải truyền máu hay tổn thương các tạng lân cận. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy việc nạo hạch sau phúc mạc làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu, đặc biệt là các nhánh lumbar. Dù vậy các tổn thương này dễ dàng kiểm soát bởi robot, điều mà nội soi truyền thống khó có thể thực hiện được. Nạo hạch làm cuộc mổ kéo dài thêm khoảng 45-60 phút so với không nạo. Ở các bệnh nhân có bệnh lý về hô hấp hoặc tim mạch đây có thể là bất lợi. Tuy nhiên một số tác giả nước ngoài như Kondo và Moschini cho thấy không có sự khác biệt về biến chứng sau mổ có nạo hạch so với không nạo hạch (1,4).

Thêm vào đó, hầu hết các trường hợp UTUC khi đến khám và điều trị tại bệnh viện Bình Dân thường ở giai đoạn xâm lấn ($\geq T2$), việc chẩn đoán đúng giai đoạn trước phẫu thuật rất khó khăn, do hiện độ chính xác của CT trong phân độ TNM chỉ khoảng 60%, với

tỉ lệ đánh giá thấp và đánh giá quá giai đoạn bướu lần lượt là 16% và 24% (campbell 12). Trong nghiên cứu này có tới 5/11 (45.5%) bệnh nhân có hạch di căn sau phẫu thuật, với giai đoạn bướu đa số từ III/IV (81.2%). Mặc dù cần có các nghiên cứu tiền cứu để đánh giá vai trò và biên tối ưu của việc nạo hạch bạch huyết trong UTUC, nhưng các dữ liệu mới đã xác nhận tầm quan trọng của nó trong điều trị căn bệnh này. Phương pháp này an toàn và có lợi cho việc giai đoạn hóa chính xác, đồng thời dường như có giá trị tiên lượng và điều trị ở những bệnh nhân mắc bệnh xâm lấn (T2-T4), đặc biệt trong trường hợp các bướu ở bể thận và niệu quản gần.

Hạn chế của nghiên cứu này là mẫu còn nhỏ, thời gian theo dõi khá ngắn. Tuy nhiên nghiên cứu này vẫn đang được tiếp tục và với số lượng mẫu lớn hơn sẽ làm tăng giá trị và ý nghĩa thống kê của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật robot nạo hạch sau phúc mạc trong điều trị ung thư đường Tiết niệu trên bước đầu cho thấy tính an toàn, ít xâm hại và khả thi. Việc nạo hạch sau phúc mạc mang lại lợi ích phân giai đoạn chính xác, tiên lượng bệnh và có thể mang lại lợi ích điều trị cho bệnh nhân có giai đoạn bướu T2 -T4. Các lợi ích của robot mang lại trong phẫu thuật này có thể giúp thúc đẩy nghiên cứu về vai trò nạo hạch sau phúc mạc, nhằm trả lời câu hỏi liệu nạo hạch sau phúc mạc có phải là điều trị tiêu chuẩn cho UTUC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kondo, T., Hara, I., Takagi, T., Kodama, Y., Hashimoto, Y., Kobayashi, H., Iizuka, J., Omae, K., Yoshida, K., & Tanabe, K. (2017). Template-based lymphadenectomy reduces the risk of regional lymph node recurrence among patients with upper/middle ureteral cancer. *International journal of clinical oncology*, 22(1), 145–152.
2. Coleman, J. A., Clark, P. E., Bixler, B. R., Buckley, D. I., Chang, S. S., Chou, R., ... Smith, L. (2023). Diagnosis and Management of Non-Metastatic Upper Tract Urothelial Carcinoma: AUA/SUO Guideline. *Journal of Urology*, 209(6), 1071–1081.
3. Rouprêt, M., Seisen, T., Birtle, A. J., Capoun, O., Compérat, E. M., Dominguez-Escrig, J. L., Gürses Andersson, I., Liedberg, F., Mariappan, P., Hugh Mostafid, A., Pradere, B., van Rhijn, B. W. G., Shariat, S. F., Rai, B. P., Soria, F., Soukup, V., Wood, R. G., Xylinas, E. N., Masson-Lecomte, A., & Gontero, P. (2023). European Association of Urology Guidelines on Upper Urinary Tract Urothelial Carcinoma: 2023 Update. *European urology*, 84(1), 49–64.
4. Moschini, M., Foerster, B., Abufaraj, M., Soria, F., Seisen, T., Roupret, M., Colin, P., De la Taille, A., Peyronnet, B., Bensalah, K., Herout, R., Wirth, M. P., Novotny, V., Chlosta, P., Bandini, M., Montorsi, F., Simone, G., Gallucci, M., Romeo, G., Matsumoto, K., ... Shariat, S. F. (2017). Trends of lymphadenectomy in upper tract urothelial carcinoma (UTUC) patients treated with radical nephroureterectomy. *World journal of urology*, 35(10), 1541–1547.
5. Lenis, A. T., Donin, N. M., Faiena, I., Salmasi, A., Johnson, D. C., Drakaki, A., Gollapudi, K., Blumberg, J., Belldgrun, A., Pantuck, A., & Chamie, K. (2018). Role of surgical approach on lymph node dissection yield and survival in patients with upper tract urothelial carcinoma. *Urologic oncology*, 36(1), 9.e1–9.e9.

6. **Beveridge, T. S., Power, A., Johnson, M., Power, N. E., & Allman, B. L. (2015).** The lumbar arteries and veins: Quantification of variable anatomical positioning with application to retroperitoneal surgery. *Clinical anatomy* (New York, N.Y.), 28(5), 649–660.
7. **Kondo T, Nakazawa H, Ito F, et al.** Primary site and incidence of lymph node metastases in urothelial carcinoma of upper urinary tract. *Urology* 2007;69: 265.
8. **Matin, S. F., Sfakianos, J. P., Espiritu, P. N., Coleman, J. A., & Spiess, P. E. (2015).** Patterns of Lymphatic Metastases in Upper Tract Urothelial Carcinoma and Proposed Dissection Templates. *The Journal of urology*, 194(6), 1567–1574.
9. **Weight, C. J., & Gettman, M. T. (2011).** The emerging role of lymphadenectomy in upper tract urothelial carcinoma. *The Urologic clinics of North America*, 38(4), 429–vi.
10. **Kundu, S. D., & Eggener, S. E. (2009).** Retroperitoneal lymph nodes in transitional cell carcinoma of the kidney and ureter. *Advances in urology*, 2009, 181927.
11. **Jensen, T. K., Holt, P., Gerke, O., Riehmman, M., Svolgaard, B., Marcussen, N., & Bouchelouche, K. (2011).** Preoperative lymph-node staging of invasive urothelial bladder cancer with 18F-fluorodeoxyglucose positron emission tomography/computed axial tomography and magnetic resonance imaging: correlation with histopathology. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 45(2), 122–128.
12. **Roscigno, M., Shariat, S. F., Margulis, V., Karakiewicz, P., Remzi, M., Kikuchi, E., Zigeuner, R., Weizer, A., Sagalowsky, A., Bensalah, K., Raman, J. D., Bolenz, C., Kassou, W., Koppie, T. M., Wood, C. G., Wheat, J., Langner, C., Ng, C. K., Capitanio, U., Bertini, R.,... Montorsi, F. (2009).** The extent of lymphadenectomy seems to be associated with better survival in patients with nonmetastatic upper-tract urothelial carcinoma: how many lymph nodes should be removed?. *European urology*, 56(3), 512–518.
13. **Abe, T., Shinohara, N., Harabayashi, T., Sazawa, A., Ishikawa, S., Kubota, K., Matsuno, Y., Osawa, T., Shibata, T., Shinno, Y., Kamota, S., Minami, K., Sakashita, S., Takeuchi, I., Kumagai, A., Mori, T., Togashi, M., & Nonomura, K. (2008).** The role of lymph-node dissection in the treatment of upper urinary tract cancer: a multi-institutional study. *BJU international*, 102(5), 576–580.
14. **Birtle, A., Johnson, M., Chester, J., Jones, R., Dolling, D., Bryan, R. T., Harris, C., Winterbottom, A., Blacker, A., Catto, J. W. F., Chakraborti, P., Donovan, J. L., Elliott, P. A., French, A., Jagdev, S., Jenkins, B., Keeley, F. X., Jr, Kockelbergh, R., Powles, T., Wagstaff, J.,... Hall, E. (2020).** Adjuvant chemotherapy in upper tract urothelial carcinoma (the POUT trial): a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* (London, England), 395(10232), 1268–1277.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH CẮT LỚP VI TÍNH DỰ ĐOÁN XÂM LẤN T3a TRONG UNG THƯ TẾ BÀO THẬN GIAI ĐOẠN KHU TRÚ TRƯỚC PHẪU THUẬT

Bùi Phương Anh¹, Trần Đức Quang¹, Đỗ Anh Toàn²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư tế bào thận (UTTBT) chiếm 2,2% ung thư ở người lớn, trong đó 90-95% là ung thư thận nguyên phát. Mặc dù liệu pháp trúng đích ngày càng tiến bộ, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị triệt để và có vai trò quan trọng cho mọi giai đoạn bệnh. Chẩn đoán và phân giai đoạn chính xác, đặc biệt đối với xâm lấn giai đoạn T3a. Nghiên cứu này mô tả những đặc điểm hình cắt lớp vi tính (CLVT) giúp dự đoán xâm lấn T3a trong những trường hợp UTTBT giai đoạn lâm sàng T1 và T2 (cT1 và cT2).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu 301 trường hợp UTTBT giai đoạn cT1 và cT2 được phẫu thuật cắt một phần hoặc cắt thận tận gốc tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2023. Phân tích đơn biến và đa biến để tìm những yếu tố có giá trị dự đoán có sự hiện diện xâm lấn T3a trong nhóm UTTBT khu trú.

Kết quả: Nghiên cứu 301 trường hợp UTTBT được chẩn đoán trước phẫu thuật có giai đoạn cT1 và cT2 ghi nhận có 91,7% thuộc nhóm khu trú (cT1, cT2) và 8,3% trường hợp có xâm

lấn T3a trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Những yếu tố khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm: đường kính bướu, điểm RENAL, hoại tử bướu, vỏ bao xơ giả, và hình dạng bướu. Phân tích đa biến xác định những yếu tố dự đoán độc lập xâm lấn T3a gồm: Tuổi (OR: 1,058, $p = 0,043$). Đường kính bướu (OR: 1,043, $p = 0,01$). Hình dạng bướu không đều (OR: 3,718, $p = 0,01$). Ngược lại, vỏ bao xơ giả liên quan đến dự đoán không có xâm lấn T3a (OR: 0,203, $p = 0,02$).

Kết luận: Những đặc điểm về tuổi, đường kính bướu, hình dạng bướu và vỏ bao xơ giả đóng vai trò quan trọng trong dự đoán có xâm lấn T3a trong nhóm UTTBT khu trú trước phẫu thuật. Sử dụng những đặc điểm này trong thực hành đọc kết quả CLVT của UTTBT giúp cải thiện việc phân giai đoạn, giúp phẫu thuật viên có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp hơn cho bệnh nhân UTTBT.

Từ khóa: Ung thư tế bào thận, cắt lớp vi tính

SUMMARY

MDCT FEATURES FOR PREDICTION OF T3a UPSTAGING OF PREOPERATIVE LOCALIZED RENAL CELL CARCINOMA

Introduction: Renal cell carcinoma (RCC) accounts for 2.2% of adult cancers, with 90-95% being primary kidney cancers. Despite advances in targeted therapies, surgery remains the definitive treatment and plays a crucial role in all disease stages. Accurate diagnosis and staging, particularly for stage T3a invasion are essential. This study describes the computed tomography

¹Khoa Chẩn đoán hình ảnh – BV Bình Dân

²Khoa Phẫu thuật điều trị Sỏi thận chuyên sâu – BV Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Phương Anh

SĐT: 0905747787

Email: bpahcm@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

(CT) features that help predict T3a invasion in cases of RCC at clinical stages T1 and T2 (cT1, cT2).

Subjects and Methods: A retrospective study was conducted on 301 cases of RCC at cT1 and cT2 stages who underwent partial or radical nephrectomy at Binh Dan Hospital from January 2021 to December 2023. Univariate and multivariate analyses were performed to identify predictive factors for T3a invasion in localized RCC cases.

Results: Among 301 preoperatively diagnosed RCC cases at cT1 and cT2 stages, 91.7% were localized (cT1, cT2), while 8.3% exhibited T3a invasion on postoperative pathology. Statistically significant differences between the two groups included tumor diameter, RENAL score, tumor necrosis, pseudocapsule, and tumor morphology. Multivariate analysis identified the following independent predictors for T3a invasion: Age: OR: 1.058, $p = 0.043$; Tumor diameter: OR: 1.043, $p = 0.01$; Irregular tumor morphology: OR: 3.718, $p = 0.01$; Conversely, the presence of a pseudocapsule was associated with a lower likelihood of T3a invasion (OR: 0.203, $p = 0.02$).

Conclusion: Age, tumor diameter, morphology, and pseudocapsule characteristics play vital roles in predicting T3a upstaging in preoperatively localized RCC cases. Incorporating these features into MDCT interpretation for RCC can enhance staging accuracy, enabling surgeons to select more appropriate surgical approaches for RCC patients.

Keywords: Renal cell carcinoma (RCC); Multidetector Computed Tomography (MDCT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào thận (UTTBT) chiếm khoảng 2,2% ung thư của người lớn và 90-

95% ung thư xuất phát từ thận. Mặc dù có nhiều tiến bộ của liệu pháp trúng đích trong điều trị UTTBT nhưng phẫu thuật vẫn là biện pháp điều trị triệt để và có vai trò quan trọng trong tất cả các giai đoạn bệnh. Cắt lớp vi tính (CLVT) là phương tiện được ưu tiên sử dụng và đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán, phân giai đoạn và theo dõi sau điều trị UTTBT. Giai đoạn “T” của UTTBT là một trong những yếu tố chính để quyết định kế hoạch điều trị, dự đoán tiên lượng và khả năng sống còn trước phẫu thuật. Đối với UTTBT giai đoạn khu trú, chẩn đoán không đúng giai đoạn từ T3a xuống giai đoạn T1 và T2 có thể dẫn đến lựa chọn phẫu thuật dưới mức, điều này sẽ làm tăng nguy cơ tái phát ung thư ở người bệnh. Báo cáo của nhiều tác giả cho thấy tỉ lệ này khoảng từ 4 – 31% trong nhóm T1 được phẫu thuật. Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả những đặc điểm hình CLVT giúp dự đoán những trường hợp có xâm lấn T3a trong nhóm UTTBT có hình CLVT chỉ ở giai đoạn cT1, cT2 trước phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 301 trường hợp UTTBT có giai đoạn lâm sàng T1 và T2 (cT1 và cT2) trên hình CLVT được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ 01/2021 đến ngày 12/2023.

* Tiêu chuẩn chọn vào

- Tất cả những trường hợp UTTBT cT1, cT2 trên hình CLVT.

- Có phẫu thuật cắt thận tận gốc hoặc cắt thận một phần thận.

- Có kết quả giải phẫu bệnh (GPB) là UTTBT.

* Tiêu chuẩn loại ra

- Đã sinh thiết thận.

- Đã phẫu thuật thận chứa bướu.

- Có nhiều hơn một bướu ở một thận hoặc bướu ở hai thận.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

- Phương pháp lấy số liệu: Hồi cứu.

- Phân tích, xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Trong thời gian nghiên cứu, có 301 trường hợp đáp ứng tiêu chí đối tượng nghiên cứu, trong đó có 276 trường hợp (91,7%) thuộc nhóm khu trú cT1, cT2 và 25 trường hợp (8,3%) có xâm lấn T3a trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật.

Bảng 1. Đặc điểm chung và giải phẫu bệnh của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm khu trú (n=276)	Nhóm T3a (n=25)	Giá trị p
Giới	Nam	173	20	0,084*
	Nữ	103	5	
Tuổi	Trung vị	57	59	0,065***
	Min – Max	19 - 88	35 – 81	
Loại phẫu thuật	Cắt thận một phần	181	6	0,001*
	Cắt thận tận gốc	95	19	
Giai đoạn bệnh học	T1a	130	0	0,001*
	T1b	119	16	
	T2a	27	9	
Loại tế bào	Tế bào sáng	219	19	0,399**
	Tế bào nhú	31	3	
	Tế bào kỵ màu	24	2	
	Tế bào khác	2	1	

* Phép kiểm Chi bình phương; ** Phép kiểm chính xác Fisher

*** Phân phối không chuẩn, phép kiểm định Mann-Whitney U

Bảng 2. Đặc điểm hình CLVT của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Nhóm khu trú (n=276)	Nhóm T3a (n=25)	Giá trị p
Thận chứa bướu	Thận phải	132	10	0,453*
	Thận trái	144	15	
Đường kính bướu	Trung vị	43	61	0,001***
	Min – Max	14 - 91	45 - 95	
Điểm RENAL	Trung vị	8	9	0,001***
	Min – Max	4 - 11	7 - 11	
Tiếp xúc mạch máu rốn thận	Không	243	20	0,222**
	Có	33	5	
Hoại tử	Không	154	8	0,022*
	Có	122	17	
Vỏ bao xơ giả	Không	118	20	0,001*
	Có	158	5	

Hình dạng	Hình tròn	189	3	0,001*
	Đơn thùy	67	10	
	Đa thùy	20	12	

* Phép kiểm Chi bình phương; ** Phép kiểm chính xác Fisher

*** Phân phối không chuẩn, phép kiểm định Mann-Whitney U

Bảng 3. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến những đặc điểm chung và hình CLVT

Đặc điểm	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến			
	OR	KTC 95%	p	OR	KTC 95%	p	HS HQ
Giới	2,382	0,867 - 6,538	0,092				
Tuổi	1,036	1,001 - 1,072	0,043	1,058	1,000 - 1,118	0,043	0,056
Thận chứa bướu	1,375	0,597 - 3,167	0,454				
Đường kính bướu	1,077	1,048 - 1,107	0,000	1,043	1,000 - 1,088	0,01	0,042
Điểm RENAL	1,665	1,225 - 2,265	0,001				
Tiếp xúc mạch máu thận	1,841	0,647 - 5,236	0,253				
Hoại tử	2,682	1,120 - 6,423	0,027				
Vỏ bao xơ giả	0,187	0,068 - 0,512	0,001	0,203	0,053 - 0,782	0,02	-1,595
Hình dạng bướu	5,702	3,136 - 10,368	0,001	3,718	1,670 - 8,277	0,01	1,313

- Tỷ lệ nam:nữ là 1,78:1 Trung vị tuổi: 57 tuổi (19-88).

- UTTBT giai đoạn T1 chiếm đa số với tỷ lệ 249/301 (tỷ lệ 88,04%). Loại tế bào sáng chiếm đa số với 238/301 trường hợp (tỷ lệ 79,1%).

- Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về những đặc điểm hình CLVT giữa hai nhóm gồm: đường kính bướu, điểm RENAL, hoại tử bướu, vỏ bao xơ giả, và hình dạng bướu.

- Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến ghi nhận: tuổi, đường kính bướu và hình dạng bướu là những yếu tố có giá trị dự đoán có xâm lấn T3a với giá trị $p < 0,05$. Ngược lại, dấu hiệu có vỏ bao xơ giả là yếu tố có giá trị dự đoán không có xâm lấn T3a trong nhóm UTTBT khu trú với giá trị $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

- Theo hướng dẫn của hiệp hội niệu khoa Hoa Kỳ và hiệp hội niệu khoa Châu Âu, những trường hợp UTTBT có giai đoạn cT1 nên được ưu tiên chỉ định cắt thận một phần, trong khi những trường hợp ở giai đoạn T3,

T4 nên được cắt thận tận gốc và kết hợp với điều trị tân bổ trợ. Do đó, việc phân giai đoạn T chính xác trước phẫu thuật, đặc biệt là phát hiện được giai đoạn T3a trong số những trường hợp cT1, cT2 là rất quan trọng.

- Chụp CLVT có giá trị lớn trong chẩn đoán và phân giai đoạn UTTBT. Đối với những trường hợp ở giai đoạn T4, CLVT có thể dễ dàng giúp xác định xâm lấn cân mạc Gerota hoặc tuyến thượng thận cùng bên. Tuy nhiên, những đặc điểm xâm lấn T3a đôi khi có thể khó phát hiện dẫn đến xếp giai đoạn dưới mức so với thực tế lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tuổi, đường kính bướu và hình dạng bướu trên hình CLVT là những yếu tố độc lập có giá trị dự đoán xâm lấn T3a. Ngược lại, dấu hiệu vỏ bao xơ giả là yếu tố độc lập có giá trị dự đoán không có xâm lấn T3a. Kết quả này khá tương đồng với những nghiên cứu trước đây.

- Sự thay đổi của đường kính bướu có liên quan với độ xâm lấn T và giai đoạn TNM cao đã được chứng minh bởi nghiên cứu ROSULA, nhóm tác giả báo cáo tỷ lệ có

xâm lấn T3a trong loạt những trường hợp được cắt thận tận gốc trong nhóm giai đoạn T2 là 38%¹. Nghiên cứu của Jeong² (2016) cũng cho thấy tuổi và đường kính bướu gia tăng có liên quan đến giai đoạn muộn hơn của UTTBT.

- Hiện điểm RENAL trên hình CLVT hoặc cộng hưởng từ đã được sử dụng thành công để dự đoán thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, những biến chứng sau phẫu thuật bao gồm rò nước tiểu, thời gian nằm viện và phục hồi chức năng thận cho những trường hợp CTMP bằng mổ mở, mổ nội soi có hoặc không có robot hỗ trợ. Nhiều tác giả gần đây đã sử dụng điểm RENAL để đánh giá mối liên quan của UTTBT với những đặc điểm sinh hóa và bệnh học của bướu^{1,3}. Nghiên cứu này cũng sử dụng điểm RENAL như là một yếu tố độc lập dự đoán những trường hợp T3a. Qua kết quả nghiên cứu, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về so sánh điểm RENAL giữa nhóm UTTBT khu trú và nhóm có xâm lấn T3a. Khi xem xét riêng từng yếu tố trong điểm RENAL thì ghi nhận đường kính bướu, khoảng cách từ bờ bướu đến xoang thận hoặc hệ thống góp, vị trí trước/sau là những yếu tố có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tuy vậy, khi phân tích đơn biến và đa biến chỉ còn ghi nhận đường kính bướu là yếu tố có liên quan đến dự đoán những trường hợp T3a. Mặc dù được sử dụng thường xuyên trong nhiều nghiên cứu nhưng vẫn tồn tại nhiều tranh cãi về vai trò có thể có của điểm RENAL như là một yếu tố độc lập trong dự đoán mức độ ác tính và tiến triển của UTTBT.

- Về hình dạng bướu, kết quả phân tích của tôi khá tương đồng với báo cáo của tác giả Teishima⁴ (2020). Theo tác giả thì UTTBT có dạng đa thùy là do sự phát triển ác tính của bướu dẫn đến hình dạng không

đều và có thể do có huyết khối bướu trong các nhánh tĩnh mạch trong thận. Bướu có hình dạng đa thùy trên hình CLVT được xác định là có liên quan chặt chẽ với xâm lấn mỡ quanh thận hoặc xoang thận và xâm lấn tĩnh mạch trong thận. Bên cạnh đó, theo Tanaka⁵ thì tùy loại hình dạng bướu có thể dự đoán có xâm lấn T3a và độ Fuhrman cao, điều này có thể tạo điều kiện thuận lợi cho bác sĩ phẫu thuật đưa ra quyết định về lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Những khối bướu có hình dạng tròn hầu như không có nguy cơ T3a và phân độ mô học tế bào thường ở mức độ thấp. Đây là nhóm được coi là nhóm phù hợp nhất cho CTMP. Những khối bướu có hình dạng đơn thùy có nguy cơ T3a tương đối thấp. Đối với nhóm này, nếu không có phần lõm ra dọc theo bề mặt tiếp xúc với mỡ quanh thận hoặc xoang thận sẽ cung cấp bằng chứng chắc chắn về việc không có xâm lấn T3a. Riêng bướu dạng đa thùy có nguy cơ rất cao có xâm lấn T3a với tỉ số chênh lệch là 6,9 so với UTTBT có dạng hình tròn.

- UTTBT thường không có vỏ mô học thực sự mà được bao quanh bởi một vỏ bao xơ giả. Sự hiện diện của vỏ bao xơ giả bao quanh UTTBT được coi là đặc điểm mô học của UTTBT ở giai đoạn đầu vì hiếm khi gặp ở những khối bướu lành tính. Sự hình thành vỏ bao xơ giả của bướu là kết quả của sự phát triển của khối u, tạo ra sự chèn ép, thiếu máu cục bộ và hoại tử nhu mô thận lân cận và dẫn đến sự lắng đọng của mô sợi.⁶ Vỏ bao xơ giả có tác dụng ngăn tế bào bướu thâm nhiễm vào nhu mô thận bình thường kế cận. Khi có sự hiện diện của vỏ bao xơ giả thì khối bướu này thường có đường kính nhỏ và độ biệt hóa mô học tế bào thấp.⁶

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trường hợp xâm lấn T3a trong nhóm UTTBT giai đoạn T1, T2 trong nghiên cứu là 8,3%.

- Những dấu hiệu: tuổi, kích thước bướu và hình dạng bướu là những yếu tố độc lập có giá trị dự đoán có xâm lấn T3a. Ngược lại, dấu hiệu vỏ bao xơ giả là yếu tố độc lập có giá trị dự đoán không có xâm lấn T3a. Sử dụng những đặc điểm này trong thực hành đọc kết quả CLVT của UTTBT giúp cải thiện việc phân giai đoạn, giúp phẫu thuật viên có thể lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp hơn cho bệnh nhân UTTBT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Riccardo Bertolo et al.** Outcomes of Robot-assisted Partial Nephrectomy for Clinical T2 Renal Tumors: A Multicenter Analysis (ROSULA Collaborative Group) - PubMed. Accessed April 28, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29784191/>
2. **Jeong SH, Kim JK, Park J, et al.** Pathological T3a Upstaging of Clinical T1 Renal Cell Carcinoma: Outcomes According to Surgical Technique and Predictors of Upstaging. PloS One. 2016; 11(11): e0166183. doi:10.1371/ journal. pone. 0166183
3. **Bonsib SM.** T2 clear cell renal cell carcinoma is a rare entity: a study of 120 clear cell renal cell carcinomas. J Urol. 2005;174(4 Pt 1):1199-1202; discussion 1202. doi:10.1097/ 01.ju.0000173631. 01329.1f
4. **Teishima J, Hayashi T, Kitano H, et al.** Impact of radiological morphology of clinical T1 renal cell carcinoma on the prediction of upstaging to pathological T3. Jpn J Clin Oncol. 2020;50(4):473-478. doi:10.1093/jjco/hyz154
5. **Tanaka H, Fukuda S, Kimura K, et al.** Defining Tumour Shape Irregularity for Preoperative Risk Stratification of Clinically Localised Renal Cell Carcinoma. Eur Urol Open Sci. 2023; 48:36-43. doi:10.1016/ j.euro.2022.12.003
6. **Hu J, Chen J, Li H, et al.** A preoperative nomogram predicting the pseudocapsule status in localized renal cell carcinoma. Transl Androl Urol. 2020;9(2):46272-46472. doi:10.21037/tau.2020.01.26

KẾT HỢP NỘI SOI LẤY SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ VÀ NỘI SOI THẬN NGƯỢC CHIỀU ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN – KINH NGHIỆM BAN ĐẦU

Dương Thế Anh¹, Đoàn Quang Long¹, Lê Phước Thành¹,
Phạm Nguyên Tiến¹, Võ Đình Phú¹, Đặng Công Bắc¹,
Trương Thiên Định¹, Trần Duy Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và kinh nghiệm ban đầu triển khai ECIRS tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 03 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024, chúng tôi thực hiện ECIRS cho 11 trường hợp sỏi thận lớn và phức tạp tại khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. Thiết kế nghiên cứu tiền cứu, đánh giá sỏi trước phẫu thuật bằng thang điểm Guy và S.T.O.N.E, đánh giá biến chứng bằng thang điểm Clavien-Dindo, phân tích và xử lý các biến số nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Kết quả: 11 bệnh nhân có sỏi thận lớn và phức tạp tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình $51,18 \pm 13,56$ (30-80 tuổi), với chỉ số BMI trung bình $22,15 \pm 2,36$ (18,49-25,36) kg/m². Đa số bệnh nhân có phân độ ASA I và 02 bệnh nhân thuộc phân độ ASA II. Các bệnh nhân có đặc điểm sỏi lớn và phức tạp với thang điểm GUY loại IV, V và S.T.O.N.E > 9. Thời gian phẫu thuật trung bình 139 phút với vị trí đường hầm thận PCNL chủ yếu là đài dưới. Soi mềm đóng

vai trò chủ yếu là di chuyển sỏi. Bệnh nhân được rút ODL thận trong ngày đầu hậu phẫu, với số ngày nằm viện từ 3 – 5 ngày. Tỷ lệ sạch sỏi là 81,8% (9 trên 11 ca sạch sỏi). Không ghi nhận các biến chứng nặng. Sốt hậu phẫu xảy ra ở 02 bệnh nhân, được xếp vào phân độ Clavien-Dindo độ 2.

Kết luận: ECIRS là một kỹ thuật phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả để điều trị những sỏi thận lớn và phức tạp, tối ưu hóa được ưu điểm của 2 kỹ thuật vốn là kỹ thuật thường quy trong quy trình điều trị sỏi tiết niệu hiện nay. Kịch bản phối hợp được xây dựng trước mỗi trường hợp áp dụng ECIRS là chìa khóa góp phần vào sự thành công của phẫu thuật, tăng khả năng sạch sỏi và hạn chế những biến chứng xảy ra.

Từ khóa: sỏi thận phức tạp, PCNL, nội soi thận ống mềm, ECIRS

SUMMARY

ENDOSCOPIC COMBINED INTRARENAL SURGERY IN KIDNEY STONE MANAGEMENT – INITIAL EXPERIENCE

Objective: To evaluate the outcomes and initial experience of ECIRS at Binh Duong Provincial General Hospital.

Subjects and Methods: From March 2024 to October 2024, we performed ECIRS on 11 cases of large and complex kidney stones at the Department of Urology, Binh Duong Provincial General Hospital. This was a prospective study

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Thành

SĐT: 0976852005

Email: lpthanh1012@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

that assessed preoperative stones using the Guy and S.T.O.N.E scoring systems, evaluated complications based on the Clavien-Dindo classification, and analyzed research variables using SPSS 20.0.

Results: A total of 11 patients with large and complex kidney stones participated in the study. The mean age was 51.18 ± 13.56 years (30-80 years), and the mean BMI was 22.15 ± 2.36 kg/m² (18.49–25.36). Most patients were classified as ASA I, with 2 patients categorized as ASA II. The stones were characterized as large and complex with Guy scores of IV and V, and S.T.O.N.E scores >9. The average surgical time was 139 minutes, with the PCNL nephrostomy tract predominantly in the lower calyx. The flexible ureteroscopy primarily served to displace residual stones. Postoperative nephrostomy tubes were removed on the first postoperative day, and the hospital stay ranged from 3 to 5 days. The stone-free rate was 81.8% (9 out of 11 cases achieved stone-free status). No severe complications were recorded. Postoperative fever occurred in 2 patients and was classified as Clavien-Dindo grade 2.

Conclusion: ECIRS is a feasible, safe, and effective surgical technique for treating large and complex kidney stones. It optimizes the advantages of two established procedures in the current urolithiasis treatment protocol. Preoperative planning tailored to each ECIRS case is key to the surgical success, improving stone-free rates and minimizing complications.

Keywords: complex kidney stones, PCNL, flexible ureteroscopy, ECIRS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là nước nằm trong khu vực vành đai sỏi của thế giới nên tỷ lệ sỏi tiết niệu cao, chiếm 40 – 60% bệnh nhân điều trị trong khoa tiết niệu. Trong đó sỏi thận chiếm

40% sỏi hệ tiết niệu, gây nhiều biến chứng [6]. Điều trị sỏi thận kinh điển là phẫu thuật mở lấy sỏi, phương pháp này làm người bệnh đau nhiều, sẹo mổ lớn, thời gian nằm viện kéo dài, chậm hồi phục.

Tán sỏi ngoài cơ thể, phẫu thuật lấy sỏi thận qua da (PCNL), nội soi thận ngược chiều (RIRS), phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở là những phương pháp điều trị sỏi thận hiện có để điều trị sỏi thận. PCNL là lựa chọn đầu tay cho sỏi thận có kích thước >20mm; với nhóm kích thước <20mm tán sỏi ngoài cơ thể và RIRS tỏ ra ưu thế hơn bởi sự xâm lấn tối thiểu của nó [4]. Trong khi PCNL là phương pháp điều trị sỏi thận hiệu quả và không bị giới hạn bởi kích thước sỏi, thì khả năng sạch sỏi của tán sỏi ngoài cơ thể và RIRS có tỷ lệ nghịch với kích thước sỏi [7]. Vai trò của phẫu thuật nội soi lấy sỏi thận và phương pháp phẫu thuật mở ngày càng bị thu hẹp do sự phát triển của các phương pháp điều trị ít xâm lấn hơn. Tuy vậy đối với những trường hợp đặc biệt sỏi nhiễm trùng hoặc có những dị tật bất thường đường niệu kèm theo, phẫu thuật nội soi hoặc phẫu thuật mở lấy sỏi thận vẫn là một lựa chọn phù hợp khi tính khả thi của các phương pháp điều trị ít xâm lấn không cao hoặc làm gia tăng nguy cơ cho bệnh nhân [4, 10].

Hiện tại, PCNL được coi là phẫu thuật tiêu chuẩn để loại bỏ sỏi thận lớn cùng với sự phát triển của PCNL đường hầm nhỏ (mini-PCNL) đã làm giảm đáng kể các biến chứng trong khi vẫn giữ nguyên giá trị về tính hiệu quả. Tuy vậy, việc điều trị sỏi thận lớn và phức tạp vẫn là vấn đề rất khó khăn với PCNL vì tỉ lệ sót sỏi và đòi hỏi phải tiếp cận bằng nhiều đường hầm vào thận hoặc làm lại nhiều lần. Để giải quyết những trường hợp sỏi phức tạp này, phẫu thuật nội soi kết hợp PCNL và nội soi thận ngược chiều (ECIRS)

được giới thiệu như một phương pháp xử lý sỏi thận lớn và phức tạp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho những trường hợp này [5, 11]. ECIRS có thể là phương pháp tiếp cận phù hợp hơn thay vì chỉ định PCNL đơn độc cho việc điều trị sỏi thận lớn và phức tạp nhờ vào hiệu quả vượt trội rút ngắn được thời gian phẫu thuật, hạn chế số lượng đường hầm vào thận, tăng khả năng sạch sỏi trong một lần phẫu thuật với tỷ lệ biến chứng tương đương. Tuy nhiên, việc thiếu nguồn lực và nhân lực được đào tạo bài bản có thể ngăn cản ECIRS trở thành thường quy [1, 6].

Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương, PCNL với tư thế nằm sấp là lựa chọn đầu tiên và là quy trình thường quy từ năm 2017 để điều trị sỏi thận [1]. Nhằm mục đích nâng cao hiệu quả điều trị và chuẩn bị áp dụng

ECIRS điều trị cho bệnh nhân sỏi thận lớn và phức tạp, chúng tôi bắt đầu áp dụng PCNL tư thế nằm ngửa cải biên (Valdivia) từ đầu năm 2023 [2] và áp dụng ECIRS điều trị cho bệnh nhân sỏi thận lớn, phức tạp từ tháng 10 năm 2023. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu **“Đánh giá kết quả và kinh nghiệm ban đầu”** triển khai ECIRS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 03 năm 2024 đến tháng 10 năm 2024, chúng tôi thực hiện ECIRS cho 11 trường hợp sỏi thận lớn và phức tạp. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thống nhất trong một quy trình phẫu thuật và được thực hiện tại Khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Bình Dương (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

STT	Giới tính	BMI (Kg/m ²)	GUY	S.T.O.N.E	Thời gian tạo đường hầm (phút)	Thời gian fRIRS (phút)	Tổng thời gian PT (phút)	Vị trí đường hầm	Mục đích soi mềm	Số ngày hậu phẫu	Kết quả
1	Nữ	22,8	V	12	5	30	140	Đài dưới	Di chuyển sỏi	4	Sạch
2	Nữ	19,2	V	13	5	40	145	Đài giữa	Di chuyển sỏi	2	Sạch
3	Nữ	20,0	V	12	4	40	150	Đài dưới	Di chuyển sỏi	3	Sạch
4	Nam	23,6	V	13	4.5	30	120	Đài dưới	Di chuyển sỏi, tán sỏi	3	Không
5	Nam	25,8	V	13	5.5	40	140	Đài dưới	Di chuyển sỏi	3	Không
6	Nam	22,7	IV	10	5	50	150	Đài dưới	Di chuyển sỏi	4	Sạch
7	Nam	21,5	IV	11	6	30	110	Đài dưới	Di chuyển sỏi, tán sỏi	2	Sạch
8	nam	25,3	IV	12	4	40	130	Đài dưới	Di chuyển sỏi, tán sỏi	3	Sạch
9	Nữ	18,4	V	13	3.5	40	145	Đài dưới	Di chuyển sỏi, tán sỏi	3	Sạch
10	Nam	22,9	IV	9	3	60	150	Đài giữa	Di chuyển sỏi, tán sỏi	5	Sạch
11	Nữ	20,8	IV	12	4	70	150	Đài dưới	Di chuyển sỏi, tán sỏi	5	Sạch

Biến số nghiên cứu

Trước phẫu thuật: các thông số về tuổi, giới, BMI, đặc điểm sỏi.

Trong phẫu thuật: ghi nhận thời gian tạo đường hầm vào thận, thời gian tính riêng cho từng kỹ thuật PCNL và RIRS, tổng thời gian phẫu thuật (tính từ lúc bắt đầu phẫu thuật đến kết thúc phẫu thuật), ghi nhận vị trí tạo đường hầm vào thận, ý nghĩa của việc phối hợp nội soi thận ngược chiều, các biến chứng xảy ra trong quá trình phẫu thuật.

Hậu phẫu: số ngày hậu phẫu, các biến chứng xảy ra trong thời gian hậu phẫu

Tái khám: đánh giá sạch sỏi bằng nội soi kiểm tra thận trong lúc phẫu thuật dưới C arm và chụp KUB kiểm tra sau phẫu thuật 2 tuần không còn hình ảnh cản quang trên phim >4mm.

Quy trình kỹ thuật [6]

Dụng cụ: Mini PCNL; Nội soi thận ống cứng và ống mềm (f RIRS); C-arm ; Siêu âm

Bệnh nhân đủ điều kiện tiến hành phẫu thuật, được chuẩn bị với quy trình thường quy trước phẫu thuật, gây mê NKQ, tư thế Valdivia.

Bước 1: Sắp xếp phẫu thuật

Kíp nội soi mềm: thực hiện nội soi bàng quang, niệu quản, đặt thông niệu quản (bơm thuốc cản quang) để hỗ trợ cho kíp mini PCNL tạo đường hầm vào thận.

Kíp PCNL: đặt đường hầm vào đài thận thuận lợi để có tiếp cận sỏi và tối ưu PCNL trong vai trò bao quát phần lớn sỏi theo các trục sinh lý đài bể thận, là phương thức chính trong kế hoạch điều trị.



Hình 1. Mô phỏng tư thế bệnh nhân và sắp đặt phòng phẫu thuật

Bước 2: Xử lý sỏi

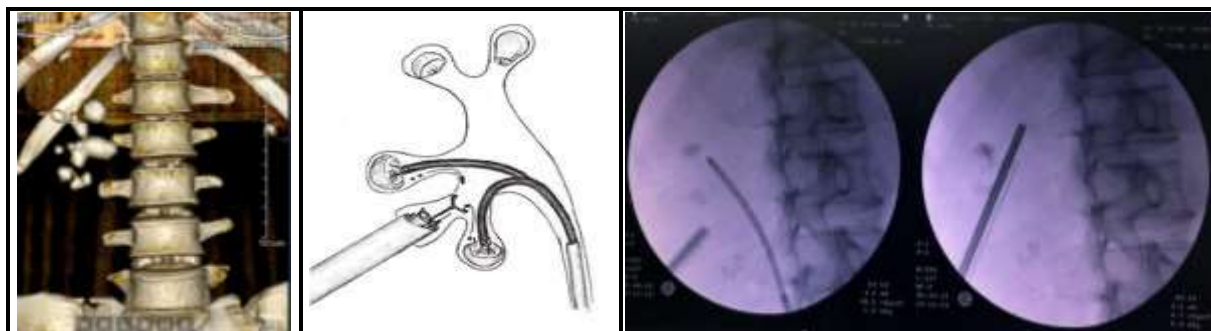
Kíp PCNL: tiến hành tán sỏi, ưu tiên tán kỹ thuật “fragmentation” và hút các mảnh sỏi vụn đồng thời trong suốt quá trình PCNL hoạt động

Kíp nội soi mềm: đặt giá đỡ nội soi mềm lên tiếp cận sỏi, lúc này giá đỡ đóng vai trò như kênh thoát nước làm giảm áp lực tại thận hoặc sử dụng máy soi mềm tiếp cận tán sỏi đồng thời với PCNL.

Bước 3: Kiểm soát hệ thống đài bể thận

Kíp PCNL: kiểm tra trên trục đài bể thận thuận lợi theo vị trí chọn đài thận tạo đường hầm, hạn chế ép máy soi tránh làm tổn thương hệ thống đài bể thận.

Kíp nội soi mềm: kiểm tra và xử lý sỏi ở các đài thận không thuận lợi với PCNL



Hình 2. Phối hợp nội soi mềm tìm kiếm tán sỏi trong các đài thận và di chuyển sỏi đài thận ra bể

Bước 4: Kết thúc phẫu thuật, kiểm tra sỏi dưới C-arm

Kíp PCNL: đặt thông thận, bơm thuốc cản quang kiểm tra sự toàn vẹn của hệ thống đài bể thận

Kíp nội soi mềm: đặt JJ

Xử lý và phân tích số liệu: đánh giá sỏi trước phẫu thuật bằng thang điểm Guy và S.T.O.N.E, đánh giá biến chứng bằng thang điểm Clavien-Dindo, phân tích và xử lý các biến số nghiên cứu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

11 bệnh nhân có sỏi thận lớn và phức tạp tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 03 đến tháng 10 năm 2024.

Đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình là $51,18 \pm 13,56$ (30-80 tuổi), với chỉ số BMI trung bình là $22,15 \pm 2,36$ ($18,49$ $25,36$) kg/m^2 .

Đa số bệnh nhân có phân độ ASA I và 02 bệnh nhân thuộc phân độ ASA II.

Đặc điểm sỏi

Bảng 2. Đặc điểm sỏi trên CT

STT	Thang điểm GUY	Thang điểm S.T.O.N. E					
		Kích thước sỏi (mm^2)	Chiều dài từ sỏi đến da (mm)	Mức độ ứ nước	Số đài có sỏi	Độ Hu	S.T.O.N.E Score
1	V	1690	112	1	3	1513	12
2	V	1624	106	2	3	1151	13
3	V	1475	90	2	3	1055	12
4	V	1671	124	2	3	1240	13
5	V	2190	110	2	3	1651	13
6	IV	1140	95	2	2	1418	12
7	IV	1076	103	1	3	1452	11
8	IV	1866	108	2	2	1564	12
9	V	1815	103	2	3	1241	13
10	IV	967	74	1	2	1025	9
11	IV	1293	101	2	3	1538	12
TB		1527 ± 376	$102,3 \pm 12,95$			1349 ± 216	

Các bệnh nhân có đặc điểm sỏi lớn và phức tạp với thang điểm GUY loại IV và V, và S.T.O.N.E Score > 9.

Thông số phẫu thuật**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật**

STT	Đặt Sonde JJ trước PT	Kích thước UAS/PCNL	Thời gian tạo đường hầm	Thời gian soi mềm	Tổng thời gian PT (phút)	Vị trí đường hầm thận	Vai trò soi mềm
1	Không	11Fr/ 18fr	5	30	140	Đài dưới	Di chuyển sỏi
2	Có	11Fr/ 18fr	5	40	145	Đài giữa	Di chuyển sỏi
3	Không	11Fr/ 18fr	4	40	150	Đài dưới	Di chuyển sỏi
4	Không	11Fr/ 18fr	4,5	30	120	Đài dưới	Di chuyển + tán sỏi
5	Không	11Fr/ 18fr	5,5	40	140	Đài dưới	Di chuyển sỏi
6	Có	11Fr/ 18fr	5	50	150	Đài dưới	Di chuyển sỏi
7	Không	11Fr/ 18fr	6	30	110	Đài dưới	Di chuyển + tán sỏi
8	Không	11Fr/ 18fr	4	40	130	Đài dưới	Di chuyển + tán sỏi
9	Không	11Fr/ 18fr	3,5	40	145	Đài dưới	Di chuyển + tán sỏi
10	Không	11Fr/ 18fr	3	60	150	Đài giữa	Di chuyển + tán sỏi
11	Không	11Fr/ 18fr	4	70	150	Đài dưới	Di chuyển + tán sỏi
Trung bình			4,27 ± 1	42,7±12,7	139,1±13,6		

Thời gian phẫu thuật trung bình là 139 phút với vị trí đường hầm thận PCNL chủ yếu là đài dưới. Soi mềm đóng vai trò chủ yếu là di chuyển sỏi

Kết quả phẫu thuật**Bảng 4. Kết quả phẫu thuật**

STT	Lượng Hb giảm (g/dl)	Số ngày hậu phẫu	Thời gian rút sonde tiểu (ngày)	Thời gian rút ODL thận (ngày)	Thời gian rút sonde JJ (tuần)	Sạch sỏi sau mổ
1	0.79	4	2	1	2	Sạch
2	0.9	2	2	1	2	Sạch
3	0.7	3	2	1	4	Sạch
4	4.3	3	2	1	3	Không
5	1.5	3	2	1	3	Không
6	3.6	4	3	1	3	Sạch
7	0.48	2	2	1	2	Sạch
8	1.6	3	2	1	2	Sạch
9	1.8	3	2	1	3	Sạch
10	3.63	5	4	3	2	Sạch
11	3,69	5	4	3	2	Sạch

Bệnh nhân chủ yếu được rút ODL thận trong vòng ngày đầu hậu phẫu, với số ngày nằm viện từ 3 – 5 ngày. Tỷ lệ sạch sỏi là 81.8% (9 trên 11 ca sạch sỏi).

Tai biến, biến chứng: Không ghi nhận các biến chứng nặng. Sốt hậu phẫu xảy ra ở

02 bệnh nhân, được xếp vào phân độ Clavien-Dindo độ 2.

IV. BÀN LUẬN

ECIRS là một phương pháp tiếp cận phối hợp toàn bộ kíp phẫu thuật trong mọi khía

cạnh, là sự kết hợp của RIRS và mini PCNL bao gồm các phối hợp toàn diện và nhịp nhàng trong khi phẫu thuật. Kíp thực hiện RIRS với dụng cụ là máy soi bán cứng hoặc và ống soi mềm, kỹ thuật viên X- quang phụ trách và điều chỉnh C-arm, trong khi kíp phẫu thuật PCNL chọc đường hầm vào thận. Bản chất ECIRS là kích bản phối hợp các kỹ thuật phẫu thuật quen thuộc với mục đích đạt được khả năng sạch sỏi cao nhất, ít xâm lấn nhất trong thiết kế một quy trình phẫu thuật an toàn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 11 bệnh nhân và trình bày những kinh

nghiệm ban đầu áp dụng quy trình kỹ thuật ECIRS. Độ tuổi trung bình là $51,18 \pm 13,56$ (30-80 tuổi), với chỉ số BMI trung bình là $22,15 \pm 2,36$ (18,49- 25,36) kg/m^2 , tất cả đều có sỏi thận lớn và phức tạp với thang điểm Guy >4 và S.T.O.N.E >9. Những trường hợp này, ECIRS phù hợp với chỉ định phẫu thuật, là một kỹ thuật tối ưu, khả thi với hiệu quả điều trị cao trong điều kiện có đủ nguồn lực và nhân lực với mức độ ít xâm lấn, khả năng sạch sỏi lớn và có nguy cơ biến chứng thấp [5,6,8,9,11,12].



Hình 3. PCNL tư thế Valdivia

Không có PCNL nằm ngửa (Valdivia), thì không có ECIRS [6]. Với tư thế Valdivia chúng ta có thể tiếp cận nội soi thận từ hai phía, PCNL và RIRS cùng lúc, từ đó tận dụng đồng thời ưu điểm của 2 kỹ thuật này. PCNL mạnh về khả năng tán sỏi mà ít phụ thuộc vào kích thước hay độ cứng [7] nhưng lại hạn chế bởi sự linh hoạt, nhất là tiếp cận các đài thận song song với đường hầm vào thận [10]. Trong khi đó, nội soi thân ngược chiều bằng ống soi mềm (f RIRS) lại vượt trội về sự linh hoạt, có thể di chuyển sỏi ở các đài về bể thận. Vậy nên sự kết hợp này sẽ giúp tối ưu được khả năng của PCNL khi

fRIRS tìm kiếm và di chuyển hoặc tán sỏi ở các vị trí đài thận không thuận lợi giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi, hạn chế việc mở thêm đường hầm vào thận [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PCNL với một đường hầm duy nhất và nội soi mềm di chuyển sỏi từ đài thận ra bể thận ở 11/11 trường hợp điều trị sỏi thận phức tạp đạt được kết quả sạch sỏi chung trong 1 lần phẫu thuật là 81,8%. Hơn thế nữa, qua RIRS có thể thực hiện tán sỏi đồng thời với PCNL nhằm rút ngắn thời gian phẫu thuật, chúng tôi có 6/11 trường hợp thực hiện tán sỏi song song và thời gian phẫu thuật trung bình là $139,1 \pm 13,6$ phút.



Hình 4. Sắp xếp vị trí ekip phẫu thuật trong kế hoạch ECIRS

Kịch bản phối hợp ekip phẫu thuật và tổ chức sắp xếp phòng phẫu thuật là điều kiện cơ bản cơ bản để thực hiện ECIRS thành công [6]. Đặc biệt khi triển khai ECIRS, phòng phẫu thuật rất đông đúc với hai ekip phẫu thuật và nhiều trang thiết bị được huy động, do đó cần phải xác định đúng vị trí cho bất kỳ nhân viên y tế và thiết bị nào đối với cá thể hóa từng trường hợp phẫu thuật. Việc cần thiết phải có kịch bản phối hợp chi tiết cho từng trường hợp cụ thể và nghiêm túc diễn tập trước khi thực hiện phẫu thuật ECIRS là rất quan trọng, vấn đề này có vẻ

tốn thời gian nhưng rất cần thiết để tối ưu hóa sự hợp tác của toàn bộ đội nhóm và để tránh các sự cố trong khi phẫu thuật cũng như các biến chứng sau phẫu thuật [6]. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy cá thể hóa trên từng hình thái sỏi, điều kiện nhân lực, vật lực sẽ giúp cho việc phối hợp phẫu thuật nhịp nhàng và thuận lợi hơn. Không có biến chứng nặng xảy ra trong các trường hợp nghiên cứu, hai trường hợp có sốt ở hậu phẫu ngày 2 và đều diễn tiến thuận lợi với phác đồ dịch truyền, kháng sinh, hạ sốt thường quy.



Hình 5. Kiểm tra sạch sỏi/C-arm

Kết quả bước đầu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu đã được công bố, cho thấy tính an toàn, hiệu quả của ECIRS đối với sỏi thận phức tạp. Zhao và cộng sự (2020) [12] báo cáo tỷ lệ sạch sỏi là 88,06% cho ECIRS, cao hơn rõ rệt so với Mini-PCNL (66,67%) và với tỉ lệ biến chứng

thấp hơn (7,5% so với 16%, $p=0.12$). Scoffone và cộng sự (2020) [9] đã báo cáo sạch sỏi là 81,9% sau lần phẫu thuật đầu tiên và tăng lên 87,4% sau khi can thiệp lần hai với tỷ lệ biến chứng 38,6% nhưng hầu hết là biến chứng nhẹ và có thể kiểm soát được, không ảnh hưởng lớn đến quá trình hồi phục

của bệnh nhân. ECIRS giảm đáng kể nguy cơ biến chứng với chỉ một đường hầm vào thận trong khi đó Mini-PCNL đơn thuần, cần tạo nhiều đường hầm hơn khi thực hiện với sỏi thận phức tạp [8]. Ngoài ra ECIRS với khả năng linh hoạt của ống soi mềm, giúp kiểm soát lấy các mảnh sỏi nằm trong toàn bộ hệ thống đài bể thận trước khi kết thúc quy trình phẫu thuật làm tăng tỷ lệ sạch sỏi và giảm nguy cơ tái phát [12].

V. KẾT LUẬN

ECIRS là một kỹ thuật phẫu thuật khả thi, an toàn và hiệu quả để điều trị những sỏi thận lớn và phức tạp, tối ưu hóa được ưu điểm của 2 kỹ thuật vốn là kỹ thuật thường quy trong quy trình điều trị sỏi tiết niệu hiện nay.

Kịch bản phối hợp được xây dựng trước mỗi trường hợp áp dụng ECIRS là chìa khóa góp phần vào sự thành công của phẫu thuật, tăng khả năng sạch sỏi và hạn chế những biến chứng xảy ra.

Cần có những nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn để cung cấp thêm bằng chứng của phương pháp này trong áp dụng điều trị sỏi thận phức tạp với điều kiện y tế hiện tại tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thế Anh và cộng sự.**, Kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi thận qua da tại bệnh viện đa khoa Bình Dương. Y Học TP. Hồ Chí Minh * Phụ Bản Tập 22 * Số 4 * 2018
2. **Dương Thế Anh và cộng sự.**, Kết quả bước đầu tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương. Tạp chí Y Dược Huế - Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế - Số đặc biệt Hội nghị Tiết niệu - Thận học, tháng 8/2024
3. **Vũ Lê Chuyên, Trần Ngọc Sinh, Hoàng Văn Tùng, Lê Đình Khánh và cộng sự**, (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y Học, tr. 3 – 10, 40 – 46.
4. **A. Skolarikos (Chair), H. Jung, A. Neisius, A. Petřík, B. Somani, T. Tailly G. Gambaro (Consultant nephrologist)** Guidelines Associates: N.F. Davis, R. Geraghty, R. Lombardo, L. Tzelves. EAU-Guidelines-on-Urolithiasis-2024. P30-35.
5. **Abdullatif VA, Sur RL, Abdullatif ZA, Szabo SR, Abbott JE.** The Safety and Efficacy of Endoscopic Combined Intrarenal Surgery (ECIRS) versus Percutaneous Nephrolithotomy (PCNL): A Systematic Review and Meta-Analysis. Adv Urol. 2022 Jul 18; 2022:1716554. doi: 10.1155/2022/1716554. PMID: 35898579; PMCID: PMC9314160.
6. **Cesare Marco Scoffone (Editor), András Hoznek (Editor), Cecilia Maria Cracco (Editor)** Supine Percutaneous Nephrolithotomy and ECIRS: The New Way of Interpreting PNL Softcover reprint of the original 1st ed. Springer Heidelberg Dordrecht London New York Library of Congress Control Number: 2013954549 (2014 Edition): 108-254. ISBN 978-2-8178-0359-3 ISBN 978-2-8178-0459-0 (eBook) DOI 10.1007/978-2-8178-0459-0
7. **Dasgupta, R., et al.** Shockwave Lithotripsy Versus Ureteroscopic Treatment as Therapeutic Interventions for Stones of the Ureter (TISU): A Multicentre Randomised

- Controlled Non-inferiority Trial. *Eur Urol*, 2021. 80: 46. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33810921>
8. **Leng S, Xie D, Zhong Y, Huang M.** Combined Single-Tract of Minimally Percutaneous Nephrolithotomy and Flexible Ureterscopy for Staghorn Calculi in Oblique Supine Lithotomy Position. *Surgical Innovation*. 2018;25(1): 22-27. doi:10.1177/1553350617741023.
 9. **Scoffone CM, Cracco CM, Cossu M, Grande S, Poggio M, Scarpa RM.** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery in Galdakao-Modified Supine Valdivia Position: A New Standard for Percutaneous Nephrolithotomy? *European Urology*. 2008;54(6): 1393-1403. doi: 10.1016/j.eururo.2008.07.073.
 10. **Wang, X., et al.** Laparoscopic pyelolithotomy compared to percutaneous nephrolithotomy as surgical management for large renal pelvic calculi: a meta-analysis. *J Urol*, 2013. 190: 888. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23454154>
 11. **Widyokirono DR, Kloping YP, Hidayatullah F, Rahman ZA, Ng AC, Hakim L.** Endoscopic Combined Intrarenal Surgery vs Percutaneous Nephrolithotomy for Large and Complex Renal Stone: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Endourol*. 2022 Jul;36(7):865-876. doi: 10.1089/end.2021.0761. Epub 2022 Jun 24. PMID: 35152754.
 12. **Zhao F, Li J, Tang L, Li C.** A comparative study of endoscopic combined intrarenal surgery (ECIRS) in the Galdakao-modified supine Valdivia (GMSV) position and minimally invasive percutaneous nephrolithotomy for complex nephrolithiasis: a retrospective single-center study. *Urolithiasis*. 2020;48(6): 485-491. doi:10.1007/s00240-020-01207-5.

PHÂN TÍCH TÌNH TRẠNG VIÊM TUYẾN TIỀN LIỆT MẠN TÍNH: DỮ LIỆU TỪ SINH THIẾT 12 MẪU TẠI MỘT TRUNG TÂM

Dương Thế Anh¹, Võ Đình Phú¹,
Lê Phước Thành¹, Lê Đình Khanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ viêm tuyến tiền liệt mạn tính đối với bệnh nhân có chỉ định sinh thiết tuyến tiền liệt và khảo sát các mối tương quan của tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn.

Đối tượng: 187 bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu dưới hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng để chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt khi có PSA huyết thanh > 4 ng/dl hoặc bất thường khi khám trực tràng bằng ngón tay từ tháng 10/2022 đến tháng 10/2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang

Kết quả nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện hồi cứu 187 hồ sơ sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm. Tuổi trung bình 69.04 ± 7.6 tuổi (41-90), với nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 60-70 chiếm tỉ lệ 46.5% và 70-80 chiếm tỉ lệ 36.9%. PSA trung vị là 16.95 ± 41.3 ng/ml, nhỏ nhất là 4.14 ng/ml, lớn nhất là 154 ng/ml. Nhóm PSA > 20 ng/ml chiếm tỉ lệ cao nhất. Có 4 loại mô bệnh học với tỉ lệ từ thấp đến cao là 24 trường hợp (12. 8%) viêm TTL cấp, 49 trường hợp (26.2%) ung thư TTL, 128 trường hợp (68.4%) BPH và cao nhất là 132

trường hợp viêm TTL mạn tính chiếm tỷ lệ 70.6%. Kiểm định tương quan giữa tuổi và viêm tuyến tiền liệt mạn tính không cho thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê ($p = 0.351$). Viêm tuyến tiền liệt mạn tính có tương quan với PSA của bệnh nhân ($p < 0.05$) và thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân có PSA từ 10-20 ng/ml. Viêm TTL mạn tính thường gặp ở nhóm bệnh nhân có BPH kèm theo chiếm tỉ lệ 84,1%. Tình trạng viêm TTL có mối tương quan với tình trạng BPH của bệnh nhân ($p < 0.05$).

Kết luận: Viêm tuyến tiền liệt mạn tính là một tổn thương mô bệnh học thường gặp trên bệnh nhân được thực hiện sinh thiết 12 mẫu qua trực tràng. Viêm tuyến tiền liệt có mối liên quan chặt chẽ với BPH. Tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn tính có liên quan đến nồng độ PSA máu và không liên quan đến tuổi tác.

SUMMARY

ANALYSIS OF CHRONIC PROSTATITIS: DATA FROM 12-CORE PROSTATE BIOPSY AT A SINGLE CENTER

Objective: To evaluate the prevalence of chronic prostatitis in patients undergoing prostate biopsy as well as to investigate its correlations with other factors.

Subjects: A total of 187 patients underwent 12-core prostate biopsy under transrectal ultrasound guidance for prostate cancer diagnosis. Inclusion criteria included serum PSA levels > 4 ng/ml or abnormal findings on digital

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương

²Trường ĐH Y Dược, ĐH Huế

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thế Anh

SĐT: 0913556115

Email: bsduongtheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

rectal examination between October 2022 and October 2024.

Study design: Retrospective cross-sectional study.

Results: We reviewed the records of 187 patients who underwent 12-core transrectal prostate biopsy under ultrasound guidance. The mean age was 69.04 ± 7.6 years (range: 41–90), with the most common age groups being 60–70 (46.5%) and 70–80 (36.9%). The median PSA level was 16.95 ± 41.3 ng/ml, ranging from 4.14 ng/ml to 154 ng/ml, with the highest proportion of patients having $PSA > 20$ ng/ml. Histopathological findings revealed four types of lesions: acute prostatitis in 24 cases (12.8%), prostate cancer in 49 cases (26.2%), benign prostatic hyperplasia (BPH) in 128 cases (68.4%), and chronic prostatitis in 132 cases (70.6%). Correlation analysis between age and chronic prostatitis showed no statistically significant relationship ($p = 0.351$). Chronic prostatitis was significantly associated with PSA levels ($p < 0.05$), being most prevalent in patients with PSA levels between 10–20 ng/ml. Among patients with BPH, 84.1% were found to have chronic prostatitis, and the correlation between chronic prostatitis and BPH was statistically significant ($p < 0.05$).

Conclusion: Chronic prostatitis is a common histopathological finding in patients undergoing 12-core transrectal prostate biopsy. It has a strong association with BPH and is correlated with serum PSA levels but not with age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nam giới > 40 tuổi, khoảng 50% sẽ có tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (BPH), tỉ lệ này tăng dần theo tuổi và 50% trong số đó sẽ có các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTs) gây khó chịu. Cùng với sự già đi của dân số và tuổi thọ ngày càng tăng, LUTs/BPH là

một gánh nặng chi phí điều trị cho nền kinh tế, y tế [1,2].

Cơ chế bệnh sinh của BPH đến nay vẫn chưa được rõ ràng, nhưng các hormone sinh dục ở nam giới như testosterone và dihydrotestosterone (DHT) đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển của BPH, testosterone thấp và estradiol cao thúc đẩy sự tiến triển của BPH. Ngoài ra, vai trò của các yếu tố khác trong cơ chế bệnh sinh BPH như hội chứng chuyển hóa hoặc viêm tuyến tiền liệt, đang dần được chứng minh [3,4,5].

Vai trò viêm tuyến tiền liệt được biết đến là góp phần vào quá trình sinh bệnh BPH ít nhất cách đây 30 năm [6], tuy nhiên chỉ mới được chấp nhận trong thập niên vừa qua thông qua kết quả của những nghiên cứu lớn như MTOPS [7] và REDUCE [8] cho thấy mối liên quan mật thiết giữa tình trạng viêm và LUTs/BPH [1].

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính đặc trưng với các triệu chứng đau vùng chậu [9,10] là một trong những bệnh phổ biến và khó hiểu nhất trong thực hành hàng ngày của khoa tiết niệu, có tỷ lệ mắc bệnh cao, tỷ lệ điều trị khỏi thấp, tỷ lệ tái phát cao. Cho đến nay, việc điều trị phụ thuộc phần lớn vào kinh nghiệm và thiếu các bằng chứng nên hiệu quả điều trị còn nhiều hạn chế và ảnh hưởng nghiêm trọng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân [11].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu “**Tình trạng viêm tuyến tiền liệt trên bệnh nhân sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu qua ngã trực tràng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương**” với mục đích đánh giá tỉ lệ viêm tuyến tiền liệt mạn tính đối với bệnh nhân có chỉ định sinh thiết và khảo sát các mối tương quan của tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

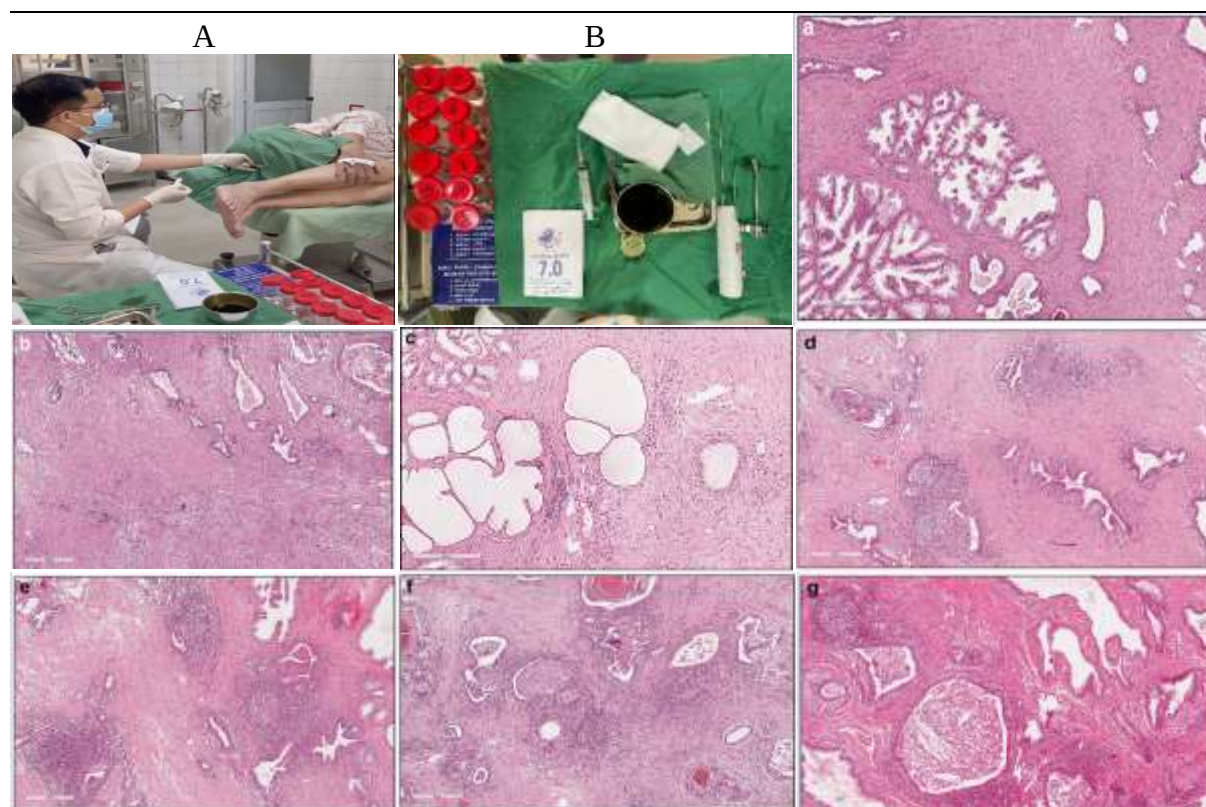
Đối tượng: 187 bệnh nhân được sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn của siêu âm qua trực tràng để chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt đối với bệnh nhân có PSA huyết thanh > 4 ng/dl hoặc bất thường khi khám trực tràng bằng ngón tay từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2024.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang

Định nghĩa viêm tuyến tiền liệt mạn tính: khi mẫu mô sinh thiết tuyến tiền liệt có sự xuất hiện chủ yếu của các lympho bào với số lượng lớn tương bào, các đại thực bào và hiếm khi có bạch cầu ái toan [8].

Quy trình nghiên cứu: Kỹ thuật sinh thiết hệ thống 12 lõi đã được sử dụng với các mẫu sinh thiết bổ sung hướng đến các vùng bất thường có thể sờ thấy và các vùng giảm âm trên siêu âm trực tràng.

Thang điểm viêm trên mô bệnh học của Irani [12] với các đặc điểm: tuyến tiền liệt không viêm khi trên mô bệnh học sinh thiết 12 mẫu không tìm thấy tế bào viêm; có tình trạng viêm tuyến tiền liệt khi có sự thâm nhiễm tế bào viêm vào trong các mẫu mô tuyến tiền liệt được lấy với các mức độ thâm nhiễm tế bào viêm rải rác, các nốt lympho dạng hội tụ, vùng viêm lan rộng kèm hội tụ thâm nhiễm.



Hình 1: Thực hiện sinh thiết TTL

(A thực hiện sinh thiết TTL qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm, B 12 mẫu sinh thiết). Mức độ viêm tuyến tiền liệt theo thang điểm Irani (a) mô TTL bình thường;

(b) thâm nhập tế bào viêm rải rác; (c) tế bào viêm tập trung thành nốt nhỏ không tiếp xúc với mô tuyến; (d) nốt nhỏ tiếp xúc với mô tuyến nhưng không phá hủy tuyến; (e) nốt

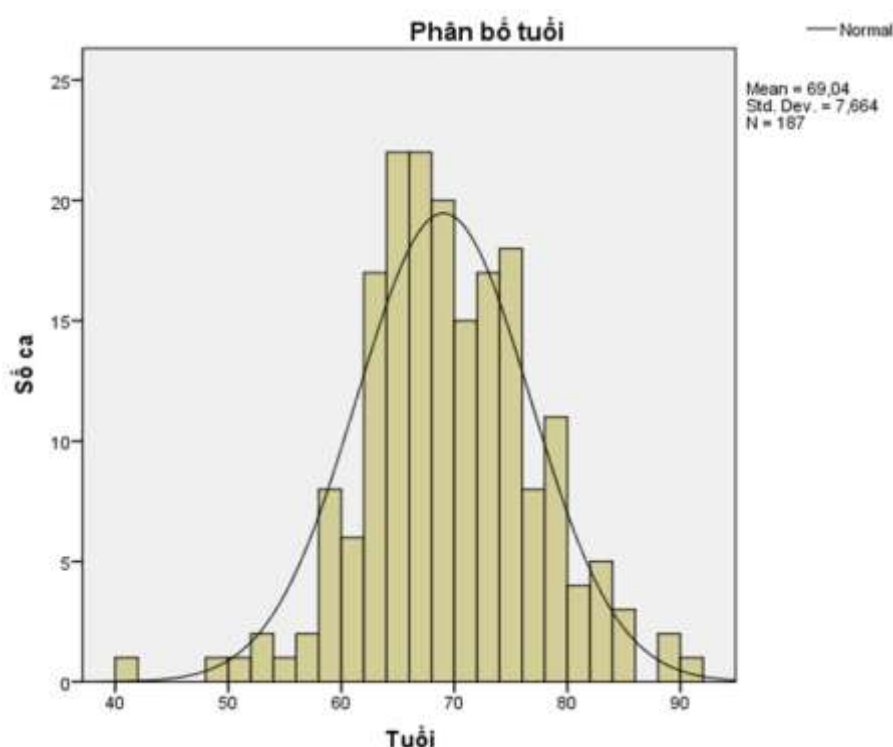
bắt đầu có dấu hiệu hủy mô < 25%; (f) các nốt viêm nhỏ kết hợp nhau thành những vùng viêm lớn, hủy mô < 25%; (g) các khối viêm lớn và hủy mô > 25%).

Biến số nghiên cứu: Chúng tôi hồi cứu các thông số trước sinh thiết: PSA máu, kích thước tuyến tiền liệt/ siêu âm ngã trực tràng. Các mô tả mô bệnh học của bệnh nhân dựa vào mô tả từng lõi riêng biệt và chẩn đoán tổng thể dựa trên thang điểm Irani [12].

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 và sử dụng hồi quy tuyến tính để kiểm định các tương quan của viêm mạn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện hồi cứu 187 hồ sơ sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm và phân tích kết quả, xác định các mối tương quan giữa viêm TTL mạn tính với BPH, PCa, PSA, Tuổi.



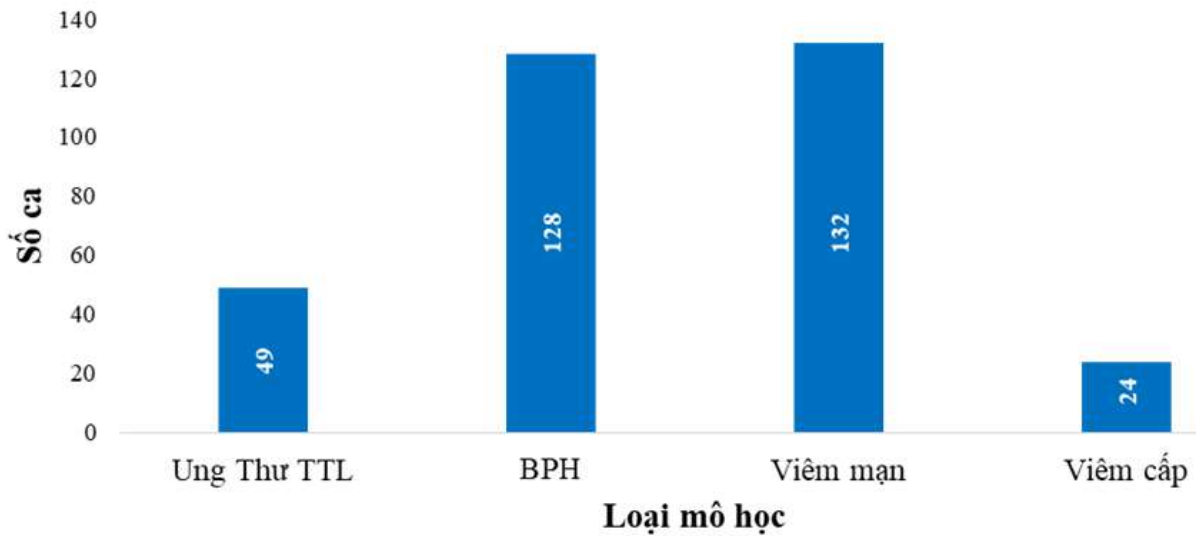
Biểu đồ 1. Phân bố độ tuổi

Tuổi trung bình $69,04 \pm 7,6$ tuổi (41-90), các nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 60-70 tuổi chiếm tỉ lệ 46,5% (87) và từ 70-80 tuổi chiếm tỉ lệ 36,9% (69).

Bảng 1: Giá trị PSA

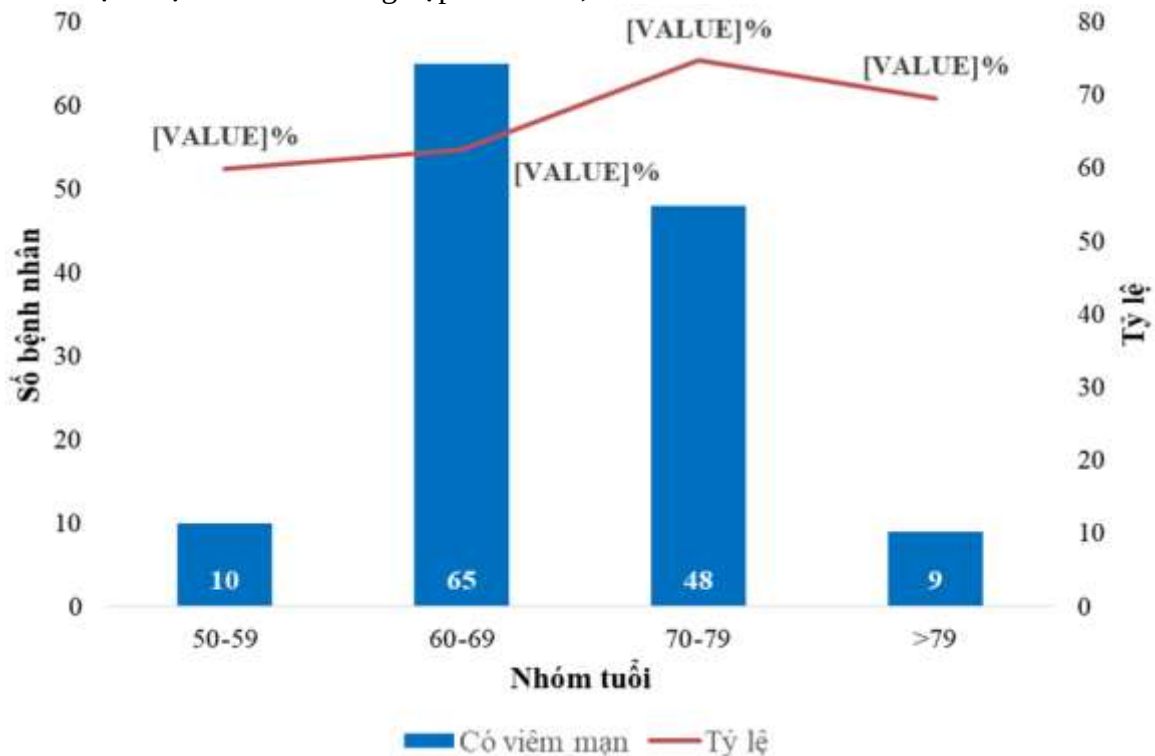
Giá trị PSA (ng/ml)	Số lượng	Tỷ lệ %
<10	45	24,1
10-20	64	34,2
>20	78	41,7
PSA trung vị	$16,95 \pm 41,3$ (4,14 – 154) ng/ml	

PSA trung vị là $16,95 \pm 41,3$, nhỏ nhất là 4,14 ng/ml, lớn nhất là 154 ng/ml. Nhóm PSA > 20 ng/ ml chiếm tỉ lệ cao nhất.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ phân bố mô bệnh học

Có 4 loại mô bệnh học được tìm thấy trong 187 hồ sơ nghiên cứu với tỉ lệ từ thấp đến cao là viêm TTL cấp có 24 trường hợp chiếm 12,8%; ung thư TTL có 49 trường hợp chiếm 26,2%; BPH có 128 trường hợp 68,4% và cao nhất là viêm tuyến tiền liệt mạn tính trên hình ảnh mô bệnh học với 132 trường hợp chiếm 70,6%.



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa viêm TTL mạn với tuổi

Kiểm định tương quan giữa tuổi và viêm tuyến tiền liệt mạn tính không cho thấy mối quan hệ có ý nghĩa thống kê ($r=-0.069$; $p = 0.351$).

Bảng 2: Mối tương quan giữa viêm tuyến tiền liệt mạn tính và PSA

Viêm TTL mạn Nhóm PSA (ng/ml)	Có	Không	P
4-10	40 (30,3%)	5 (9,1%)	P=0,001
>10-20	51 (38,6%)	13 (23,6%)	
>20	41 (31,1%)	37 (67,3%)	
Tổng	132 (100%)	55 (100%)	

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân có PSA từ 10-20 ng/ml. Tình trạng viêm TTL có liên quan với PSA của bệnh nhân ($p < 0,05$).

Bảng 3: Mối tương quan giữa viêm TTL mạn tính và BPH

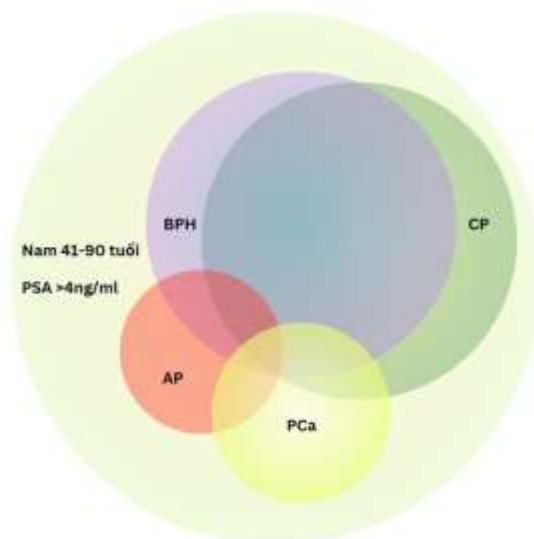
Viêm TTL mạn (N=132) BPH (N=128)	Có	Không	P
Có	111 (84,1%)	17 (30,9%)	P=0,001
Không	21 (15,9%)	38 (69,1%)	
Tổng	132 (100%)	55 (100%)	

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính thường gặp ở nhóm bệnh nhân có BPH kèm theo chiếm tỉ lệ 84,1%. Tình trạng viêm TTL có mối tương quan với tình trạng BPH của bệnh nhân ($p < 0,05$).

Bảng 4: Mối tương quan giữa viêm TTL mạn tính và PCa

Viêm TTL mạn (N= 132) PCa (N=49)	Có	Không	P
Có	14 (10,6%)	35 (63,6%)	P=0,001
Không	118 (89,4%)	20 (36,4%)	
Tổng	132 (100%)	55 (100%)	

Tình trạng viêm TTL có liên quan với PCa ($p < 0,05$).

**Biểu đồ 3. Mối quan hệ của viêm mạn tính với các loại mô bệnh học**

BPH: Tăng sinh lành tính TTL; CP: Viêm mạn tính; AP: Viêm cấp; PCa: Ung thư TTL
150 bệnh nhân có Viêm TTL (126CP, 18AP, 6 CP + AP)

IV. BÀN LUẬN

Xét nghiệm mô học tuyến tiền liệt bằng sinh thiết là phương pháp duy nhất để xác định viêm tuyến tiền liệt mạn tính. Nhưng chỉ định này không được ủng hộ sử dụng cho việc chẩn đoán viêm tuyến tiền liệt, vậy nên cần thiết những bằng chứng tương quan giúp định hướng chẩn đoán bệnh lý này trong thực hành lâm sàng. Trên thực tế, về mặt lâm sàng (LUTs mức độ nặng và đáp ứng kém với điều trị nội khoa), hình ảnh học (thể tích tuyến tiền liệt và vôi hóa tuyến tiền liệt khi siêu âm), và các thông số trong phòng thí nghiệm (nước tiểu, PSA máu và tinh dịch) có thể được sử dụng để hướng đến chẩn đoán viêm mạn tính tuyến tiền liệt [5,13].

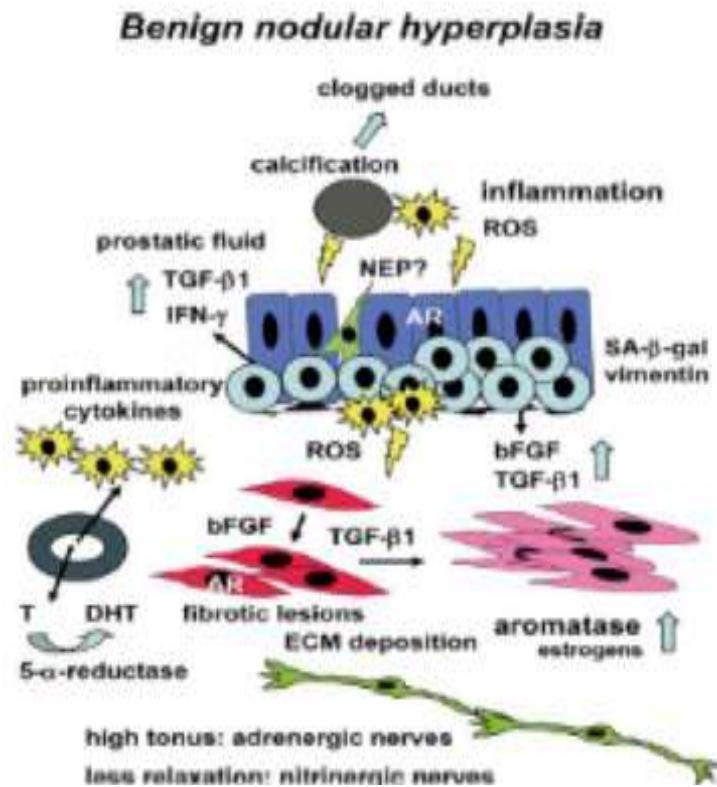
Chúng tôi phân tích tình trạng viêm mạn tính dựa trên 187 dữ liệu hồi cứu về kết quả giải phẫu bệnh qua sinh thiết tuyến tiền liệt 12 mẫu tại một trung tâm nhằm cung cấp thêm các bằng chứng về sự hiện diện và các mối tương quan. Trong nghiên cứu, viêm chiếm tỷ lệ đa số với 83,4% trường hợp, trong đó 70,6% là viêm mạn tính tuyến tiền liệt được quan sát thấy trên hình ảnh mô bệnh học. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới. Tỷ lệ viêm mức độ cao trong nghiên cứu của Robert và cộng sự (2009)[4] là 77%. Theo nghiên cứu REDUCE [8], nghiên cứu trên 8824 nam giới tuổi trung bình từ 50 -75 tuổi, có $2.5 \text{ ng/ml} \leq \text{PSA} \leq 10 \text{ ng/ml}$, $\text{IPSS} < 25$ cho thấy tỷ lệ viêm mạn tính TTL là 77,6%. Nghiên cứu cũng cho thấy có mối liên quan tuyến tính giữa viêm và khối lượng tuyến tiền liệt.

Tuổi trung bình của bệnh nhân (biểu đồ 1) trong nghiên cứu chúng tôi là $69,04 \pm 7,6$ tuổi, trong đó 60-70 tuổi là nhóm tuổi thường

gặp nhất, chiếm tỉ lệ 46,5% và tiếp đến là nhóm tuổi 70-80 chiếm tỉ lệ 36,9%. Ngoài ra không quan sát thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và viêm tuyến tiền liệt mạn tính (biểu đồ 3). Quan điểm, tuổi là yếu tố nguy cơ liên quan đến LUTS/BPH và BPH liên quan đến quá trình lão hóa hiện nay đã có nhiều thay đổi [3]. Nhiều bằng chứng cho thấy rằng, ngoài viêm mạn, các rối loạn chuyển hóa (hội chứng chuyển hóa, béo phì, rối loạn chuyển hóa mỡ máu, đái tháo đường) được xác định là yếu tố liên quan quan trọng dẫn đến sự phát triển và tiến triển của bệnh lý này [8].

Nghiên cứu của chúng tôi quan sát thấy tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn tính thường gặp ở nhóm bệnh nhân có BPH (bảng 3, biểu đồ 3) chiếm tỉ lệ 84,1% và có tương quan giữa tình trạng viêm mạn với BPH ($p < 0,05$). Viêm mạn tính thúc đẩy tiến triển BPH (hình 2) [15], hình ảnh mô bệnh học có nhiều tế bào lympho (màu vàng) và sản xuất ra các cytokine tiền viêm, tăng sản xuất ROS gây tổn thương biểu mô, tăng sản xuất bFGF và TGF- $\beta 1$ dẫn đến tăng sinh mô đệm (stromal). Viêm tuyến tiền liệt có thể được gây ra bởi các tác nhân khác nhau như nhiễm trùng, chấn thương tế bào do stress oxy hóa, thiếu oxy tế bào, tự miễn và thay đổi nội tiết. Viêm đóng vai trò là yếu tố nền tảng, là một phần của hiệu ứng domino thúc đẩy BPH [4], một mắt xích của vòng xoắn bệnh lý dẫn đến tăng thể tích tuyến tiền liệt [14].

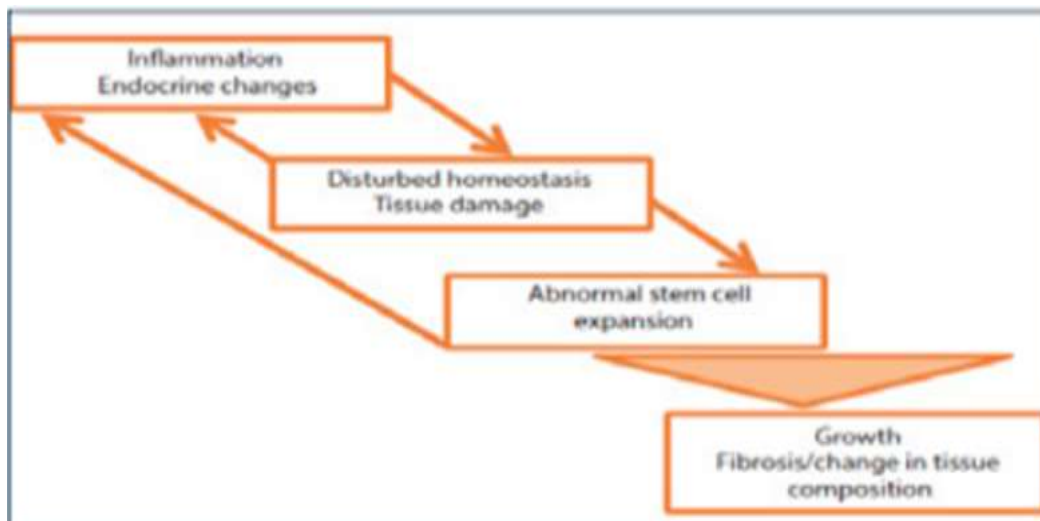
Tổn thương mô, thiếu oxy và quá trình lành vết thương mạn tính dẫn đến mất cân bằng giữa yếu tố tăng trưởng tế bào mô đệm (stromal) và biểu mô tuyến tiền liệt dẫn đến, hậu quả dẫn đến BPH [13].



Hình 2: Lão hóa, tái tạo mô và sự phát triển của BPH [15]

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy mức độ viêm tuyến tiền liệt có liên quan chặt chẽ với mức độ nghiêm trọng LUTS và bệnh nhân bị viêm mạn tính có IPSS cao hơn so với những bệnh nhân không có viêm (21 so

với 12, tương ứng; $p = 0,02$). Hơn nữa, khối lượng tuyến tiền liệt lớn hơn có ý nghĩa ở những bệnh nhân có mức độ viêm cao hơn (77 so với 62 mL; $p = 0,002$) [4],[13].



Hình 3: Vòng xoắn bệnh lý viêm và BPH [14]

Một khía cạnh khác mà chúng tôi quan sát trong nghiên cứu là xem xét mối tương quan của tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn tính với thay đổi nồng độ PSA máu. Kháng nguyên PSA trong máu thường dùng để đánh giá nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt. Tuy nhiên, PSA cũng có thể bị tác động bởi tăng sinh lành tính, viêm, sau hoạt động tình dục hoặc do các động tác thăm khám tuyến tiền liệt. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có mối tương quan giữa tình trạng viêm mạn tính tuyến tiền liệt với nồng độ PSA máu ($p < 0,05$). Theo tác giả Gandaglia & cộng sự (2013) [13] bệnh nhân có PSA cao có thể được xem xét là nguy cơ cao viêm mạn tính.

Hạn chế của nghiên cứu, hồi cứu dựa trên các hồ sơ sinh thiết nên thiếu hụt các biến số nghiên cứu liên quan đến lâm sàng dẫn đến không có khảo sát được các mối liên quan của viêm mạn với các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng. Nghiên cứu thực hiện trên cỡ mẫu nhỏ, đơn trung tâm cần có những khảo sát trên mẫu lớn với nhiều trung tâm để từ đó xem xét viêm mạn tính TTL trở thành mục tiêu điều trị cho những bệnh nhân BPH dựa trên tần suất và các mối liên quan.

V. KẾT LUẬN

Viêm tuyến tiền liệt mạn tính là một tổn thương mô bệnh học thường gặp chiếm tỉ lệ 70,6% trong những bệnh nhân được thực hiện sinh thiết 12 mẫu qua trực tràng.

Viêm tuyến tiền liệt có mối liên quan chặt chẽ với BPH với tỉ lệ 84,1% bệnh nhân BPH có viêm tuyến tiền liệt mạn tính kèm theo

Tình trạng viêm tuyến tiền liệt mạn tính có liên quan đến nồng độ PSA máu và không liên quan đến tuổi tác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đình Khánh, Hoàng Phong, Đặng Công Thuận, Lê Đình Đạm, Nguyễn Xuân Mỹ, Trần Quốc Trung, Nguyễn Nhật Minh.** Khảo sát mối liên quan giữa tình trạng viêm mạn tính mô tuyến và triệu chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt. Tạp chí y dược Huế (8-2024) ISSN 3030-4318; eISSN: 3030-4326. 287-293
2. **Roehrborn CG.** Male lower urinary tract symptoms (LUTS) and benign prostatic hyperplasia (BPH). Med Clin North Am. 2011 Jan;95(1):87-100. doi: 10.1016/j.mcna.2010.08.013. PMID: 21095413.
3. **Vignozzi L, Rastrelli G, Corona G, Gacci M, Forti G, Maggi M.** Benign prostatic hyperplasia: a new metabolic disease? J Endocrinol Invest. 2014 Apr;37(4):313-22. doi: 10.1007/s40618-014-0051-3. Epub 2014 Jan 24. PMID: 24458832.
4. **Robert G, Salagierski M, Schalken JA, de La Taille A.** Inflammation et hyperplasie bénigne de la prostate: cause ou conséquence ? [Inflammation and benign prostatic hyperplasia: cause or consequence?]. Prog Urol. 2010 Jun;20(6):402-7. French. doi: 10.1016/j.purol.2010.03.007. Epub 2010 May 24. PMID: 20538203.
5. **Ficarra V, Rossanese M, Zazzara M, Giannarini G, Abbinante M, Bartoletti R, Mirone V, Scaglione F.** The role of inflammation in lower urinary tract symptoms (LUTS) due to benign prostatic hyperplasia (BPH) and its potential impact on medical therapy. Curr Urol Rep. 2014 Dec;15(12):463. doi: 10.1007/s11934-014-0463-9. PMID: 25312251.
6. **Kohnen PW, Drach GW (1979)** Patterns of inflammation in prostatic hyperplasia: a

- histologic and bacteriologic study. *J Urol* 121:755–760
7. **Roehrborn CG, Nuckolls JG, Wei JT, Steers W, BPH Registry and Patient Survey Steering Committee** (2007) The benign prostatic hyperplasia registry and patient survey: study design, methods and patient baseline characteristics. *Br J Urol* 100:813–819
8. **Nickel JC, Roehrborn CG, O’Leary MP, Bostwick DG, Somerville MC, Rittmaster RS** (2008) The relationship between prostate inflammation and lower urinary tract symptoms: examination of baseline data from the REDUCE trial. *Eur Urol* 54:1379–1384
9. **Doiron RC, Tripp DA, Tolls V, Nickel JC.** The evolving clinical picture of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (CP/CPPS): A look at 1310 patients over 16 years. *Can Urol Assoc J.* 2018 Jun;12(6):196-202. doi: 10.5489/cuaj.4876. Epub 2018 Feb 23. PMID: 29485036; PMCID: PMC5994985.
10. **Polackwich AS, Shoskes DA.** Chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a review of evaluation and therapy. *Prostate Cancer Prostatic Dis.* 2016 Jun;19(2):132-8. doi: 10.1038/pcan.2016.8. Epub 2016 Mar 8. PMID: 26951713.
11. **Liang CZ, Li HJ, Wang ZP, Xing JP, Hu WL, Zhang TF, Ge WW, Hao ZY, Zhang XS, Zhou J, Li Y, Zhou ZX, Tang ZG.** Treatment of chronic prostatitis in Chinese men. *Asian J Androl.* 2009 Mar;11(2):153-6. doi: 10.1038/aja.2008.46. Epub 2009 Jan 19. PMID: 19151735; PMCID: PMC3735022.
12. **J Irani, P Levillain, J M Goujon, D Bon, B Doré, J Aubert.** Inflammation in benign prostatic hyperplasia: correlation with prostate specific antigen value. *J Urol* 1997 Apr;157(4):1301-3. PMID: 9120926. doi: 10.1016/s0022-5347(01)64957-7
13. **Gandaglia G, Briganti A, Gontero P, Mondaini N, Novara G, Salonia A, Sciarra A, Montorsi F.** The role of chronic prostatic inflammation in the pathogenesis and progression of benign prostatic hyperplasia (BPH). *BJU Int.* 2013 Aug;112(4):432-41.
14. **Schalken J A.** Inflammation in the Pathophysiology of Benign Prostatic Hypertrophy *European Urology Supplements* 14 (2015) e 1455 – e 1458.
15. **Untergasser G, Madersbacher S, Berger P.** Benign prostatic hyperplasia: age-related tissue-remodeling. *Exp Gerontol.* 2005 Mar;40(3):121-8.

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA LASER HOLMIUM SO VỚI ĐIỆN LƯỠNG CỰC TRONG BÓC NHÂN TUYẾN TIỀN LIỆT NGUYÊN KHỐI QUA NỘI SOI NIỆU ĐẠO: NGHIÊN CỨU SONG SONG KHÔNG NGẪU NHIÊN

Dương Thế Ánh¹, Lê Phước Thành¹,
Trần Duy Phương¹, Lê Đình Khánh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá và so sánh hiệu quả, an toàn trong phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt nguyên khối bằng laser Holmium (HoLEP) và dao điện lưỡng cực (Bi TUEP). Đánh giá ảnh hưởng của sinh thiết tuyến tiền liệt trước phẫu thuật lên kết quả của HoLEP, Bi TUEP.

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, so sánh song song không ngẫu nhiên.

Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 06/2023 đến tháng 10/2024, 63 bệnh nhân BPH/BPO được chia thành 2 nhóm:

Nhóm B (n = 35) Bi TUEP và không sử dụng máy xay mô, trong đó B1 (n = 18) có sinh thiết, B2 (n=17) không có sinh thiết

Nhóm H (n = 28) HoLEP có sử dụng máy xay mô, trong đó H1 (n=12) có sinh thiết, H2 (n=16) chưa có sinh thiết TTL.

Kết quả: Tổng số 63 bệnh nhân BPH/BPO được phẫu thuật bóc nhân tuyến TTL nguyên khối qua nội soi niệu đạo. Thời gian tính từ khi sinh thiết đến phẫu thuật trung bình là 9.43 ± 4.90 ngày (3-21). Không có sự khác biệt giữa hai

nhóm HoLEP và BiTUEP về: thời gian bóc nhân, mức giảm Hb sau phẫu thuật, thời gian đặt ống thông tiểu và thời gian hậu phẫu. Có sự khác biệt ý nghĩa về thời gian xử lý mô tuyến giữa nhóm HoLEP và Bi TUEP (5.54 ± 2.55 so với 38.43 ± 15.94 ; $p < 0.05$). Không ghi nhận sự khác biệt kết quả trong và sau phẫu thuật ($p > 0.05$) giữa phân nhóm có sinh thiết và phân nhóm không có sinh thiết ở cả 2 nhóm. Tất cả bệnh nhân đều có sự cải thiện có ý nghĩa về các chỉ số IPSS, QoL, thể tích TTL và Qmax ($p < 0.05$) ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật. Chảy máu sau mổ và bí tiểu sau rút thông tiểu là biến chứng thường gặp của cả 2 nhóm, không có sự khác biệt ($p > 0.05$) về tần suất các biến chứng.

Kết luận: Không có sự khác biệt về tính an toàn và hiệu quả trong điều trị bóc nhân tuyến tiền liệt kỹ thuật nguyên khối qua nội soi niệu đạo HoLEP và BiTUEP để điều trị BPH/PBO. Tiến hành phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP nguyên khối tại thời điểm 1-3 tuần sau sinh thiết TTL là khả thi, an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt nguyên khối, HoLEP, Bi TUEP, bóc nhân tuyến tiền liệt sau sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã trực tràng.

SUMMARY

**EFFICACY AND SAFETY OF HOLEP
VERSUS BI TUEP WITH EN BLOC
TECHNIQUE: A NON-RANDOMIZED
PARALLEL STUDY**

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Bình Dương

²Trường ĐH Y Dược, ĐH Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Thành

SĐT: 0976852005

Email: lpthanh1012@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Objective: To evaluate and compare the effectiveness and safety of en-bloc enucleation techniques using HoLEP (Holmium Laser Enucleation of the Prostate) and BiTUEP (Bipolar Transurethral Enucleation of the Prostate). Additionally, the study examines the impact of prostate biopsy on the outcomes of HoLEP and BiTUEP.

Methods: A prospective, non-randomized parallel controlled.

Study Population: From June 2023 to October 2024, a total of 63 patients with BPH/BPO were enrolled and divided into 2 main groups:

Group B (n=35): BiTUEP without morcellator, subdivided into: B1 (n=18): with biopsy. B2 (n=17): without biopsy

Group H (n=28): HoLEP with morcellator, subdivided into: H1 (n=12): with biopsy. H2 (n=16): without biopsy.

Results: A total of 63 BPH/BPO patients underwent transurethral en-bloc enucleation of the prostate. The average time from biopsy to surgery was 9.43 ± 4.90 days (range: 3–21). No significant differences were observed between HoLEP and BiTUEP in terms of enucleation time, postoperative hemoglobin reduction, catheterization duration, or hospital stay. A significant difference was found in tissue processing time between HoLEP and BiTUEP (5.54 ± 2.55 minutes vs. 38.43 ± 15.94 minutes; $p < 0.05$). No significant differences were found in intraoperative and postoperative outcomes ($p > 0.05$) between subgroups with and without prior biopsy for both HoLEP and BiTUEP. Both HoLEP and BiTUEP groups showed significant improvement in IPSS, QoL, prostate volume, and Qmax ($p < 0.05$) at 1 month postoperatively. Common complications included postoperative bleeding and urinary retention after catheter removal, with no significant difference in

complication rates between the two groups ($p > 0.05$).

Conclusion: There is no significant difference in the safety and efficacy of en-bloc transurethral enucleation techniques (HoLEP vs. BiTUEP) for BPH/BPO treatment. En-bloc HoLEP and BiTUEP performed 1–3 weeks after transrectal prostate biopsy are feasible, safe, and effective.

Keywords: En-bloc prostate enucleation, HoLEP, BiTUEP, prostate enucleation after biopsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH) rất phổ biến ở nam giới lớn tuổi, ảnh hưởng đến hơn 50% nam giới trên 50 tuổi. Có đến một phần ba bệnh nhân trên 60 tuổi bị các triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTS) do tắc nghẽn tuyến tiền liệt lành tính (BPO) [16]. Ở những bệnh nhân có triệu chứng nặng mà điều trị nội khoa không hiệu quả, phẫu thuật là chọn lựa phù hợp [11].

Thăm khám trực tràng (DRE), PSA máu là những thăm khám bắt buộc khi đánh giá bệnh nhân có LUTs và việc loại trừ tổn thương ác tính ở những bệnh nhân BPH/BPO khi phát hiện dấu hiệu nghi ngờ ung thư cần được thực hiện. Hiện nay, sinh thiết tuyến tiền liệt có hướng dẫn siêu âm qua trực tràng (TRUS) 12 lõi có hệ thống cho bệnh nhân có giá trị PSA huyết thanh lớn hơn 4,0 ng/ml hoặc khi có dấu hiệu bất thường qua thăm khám trực tràng là tiêu chuẩn để chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt [16,18]. Tuyến tiền liệt (TTL) sau khi sinh thiết hệ thống qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm sẽ có những biến đổi về cấu trúc, điều này được chứng minh bằng các nghiên cứu hình ảnh học MRI [9] và bệnh nhân BPH/BPO đã được thực hiện sinh thiết TTL qua trực tràng

trước đó có những đặc điểm riêng, có thể ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật bóc nhân TTL.

Khái niệm bóc nhân TTL qua nội soi niệu đạo được tác giả Yasunori Hiraoka [8] đưa ra đầu tiên vào năm 1989 và đã thực hiện phương pháp này trên dụng cụ nội soi niệu đạo với việc bóc nhân tuyến ra khỏi vỏ phẫu thuật bằng dụng cụ bóc tách và cắt nhỏ nhân tuyến bằng điện cực vòng, súc rửa lấy qua ngã niệu đạo như quy trình cắt đốt nội soi (TURP). Tuy vậy, phẫu thuật này mới thực sự thu hút và phát triển rộng rãi khi Fraundorfer và Gilling (1998) [6] báo cáo về máy xay mô qua ngã niệu đạo kết hợp cùng bóc nhân TTL với năng lượng laser holmium (HoLEP). Laser Holmium có tính linh hoạt trong công năng sử dụng đối với các mặt bệnh chuyên khoa niệu (bệnh lý sỏi, tuyến tiền liệt, bướu niệu và hẹp niệu đạo, niệu quản) với tính an toàn và hiệu quả đã được chứng minh. Nhược điểm là chi phí vốn ban đầu lớn và cần một đường cong học tập đáng kể, ước tính từ 20 đến 30 trường hợp [13].

Bi TUEP được thực hiện lần đầu vào năm 2003 bởi tác giả Liu và cộng sự (2010) [12], lợi thế của Bi TUEP khi bóc nhân qua ngã niệu đạo là có thể hoạt động trong môi trường nước muối sinh lý vì vậy có thể hạn chế được hội chứng nội soi [2]. Sự đa dạng về các loại điện cực của hệ thống cho phép có thể thực hiện bóc nhân và cắt nhỏ mô tuyến sau khi bóc để súc rửa qua niệu đạo khi chưa có máy xay mô. Điện lưỡng cực vẫn kém linh hoạt hơn tia laser holmium, tuy nhiên chi phí thấp hơn và phẫu thuật viên khi đã quen thuộc với quy trình nội soi cắt đốt thông thường khi chuyển qua bóc nhân bằng điện lưỡng cực sẽ dễ sử dụng hơn [13]. Trái qua những thay đổi đáng kể và những thay đổi trong kỹ thuật phẫu thuật bóc nhân TTL

như 3 thùy, 2 thùy, nguyên khối, những tiến bộ này dần chứng minh bóc nhân TTL qua ngã niệu đạo là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị phẫu thuật BPH/BPO. Tuy nhiên, kỹ thuật bóc nhân nguyên khối nhanh hơn đáng kể về thời gian bóc nhân, tổng thời gian phẫu thuật so với những kỹ thuật khác [16,17]. Hiện tại, phẫu thuật bóc nhân tuyến tiền liệt qua nội soi niệu đạo với hai nguồn năng lượng laser holmium và điện lưỡng cực được khuyến cáo lựa chọn đầu tay cho thể tích tuyến tiền liệt kích thước >80ml và lựa chọn thứ 2 cho thể tích tuyến tiền liệt từ 40-80ml [11].

Khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương áp dụng Bi TUEP từ năm 2021, HoLEP từ năm 2024 để điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân BPH/BPO và đã đạt được kết quả rất khác biệt [1,2]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả và so sánh hai phương pháp này trong việc điều trị cho bệnh nhân BPH/BPO tại Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Từ tháng 6 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024, có 63 bệnh nhân BPH/BPO có kích thước TTL > 40ml, được tiến hành kỹ thuật bóc nhân TTL nguyên khối qua nội soi niệu đạo, chia vào 2 nhóm:

Nhóm B (n = 35) bệnh nhân BPH/BPO thực hiện bóc nhân nguyên khối Bi TUEP và không sử dụng máy xay mô, trong đó B1 (n = 18) bệnh nhân có sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng trước bóc nhân, B2 (n=17) bệnh nhân chưa có sinh thiết TTL trước đó;

Nhóm H (n=28) bệnh nhân BPH/BPO thực hiện bóc nhân nguyên khối HoLEP có sử dụng máy xay mô, trong đó H1 (n=12) bệnh nhân có sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã

trực tràng trước bóc nhân, H2 (n=16) bệnh nhân chưa có sinh thiết TTL.

Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thống nhất trong một quy trình phẫu thuật và được thực hiện cùng với một phẫu thuật viên tại khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Thiết kế nghiên cứu: Tiền cứu, so sánh song song không ngẫu nhiên.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh hiệu quả, an toàn trong phẫu thuật bóc nhân TTL bằng kỹ thuật nguyên khối giữa năng lượng laser Holmium và điện lưỡng cực. Đánh giá ảnh hưởng của sinh thiết tuyến tiền liệt lên kết quả của từng phương pháp HoLEP, Bi TUEP. Tìm các mối tương quan giữa các cặp đối chứng

Các biến nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành thu thập các thông số bệnh nhân tại các thời điểm trước –trong – sau phẫu thuật và tái khám sau 1 tháng kể từ ngày phẫu thuật.

Trước phẫu thuật: tuổi, thời gian sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng trước TUEP, IPSS, QoL, Qmax, Tổng phân tích tế bào máu, thể tích TTL.

Trong phẫu thuật: thời gian bóc nhân nguyên khối, thời gian xử lý mô u tuyến, tai biến xảy ra trong thời gian phẫu thuật

Thời gian hậu phẫu: Tổng phân tích tế bào máu, thời gian đặt thông tiểu, thời gian nằm viện, các biến chứng xảy ra trong thời gian hậu phẫu

Tái khám sau 1 tháng: IPSS, QoL, Qmax, thể tích TTL.

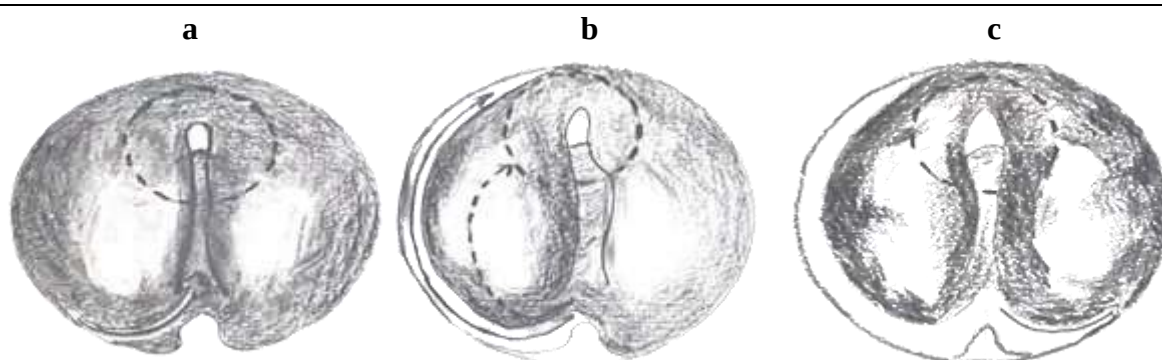
Quy trình kỹ thuật:

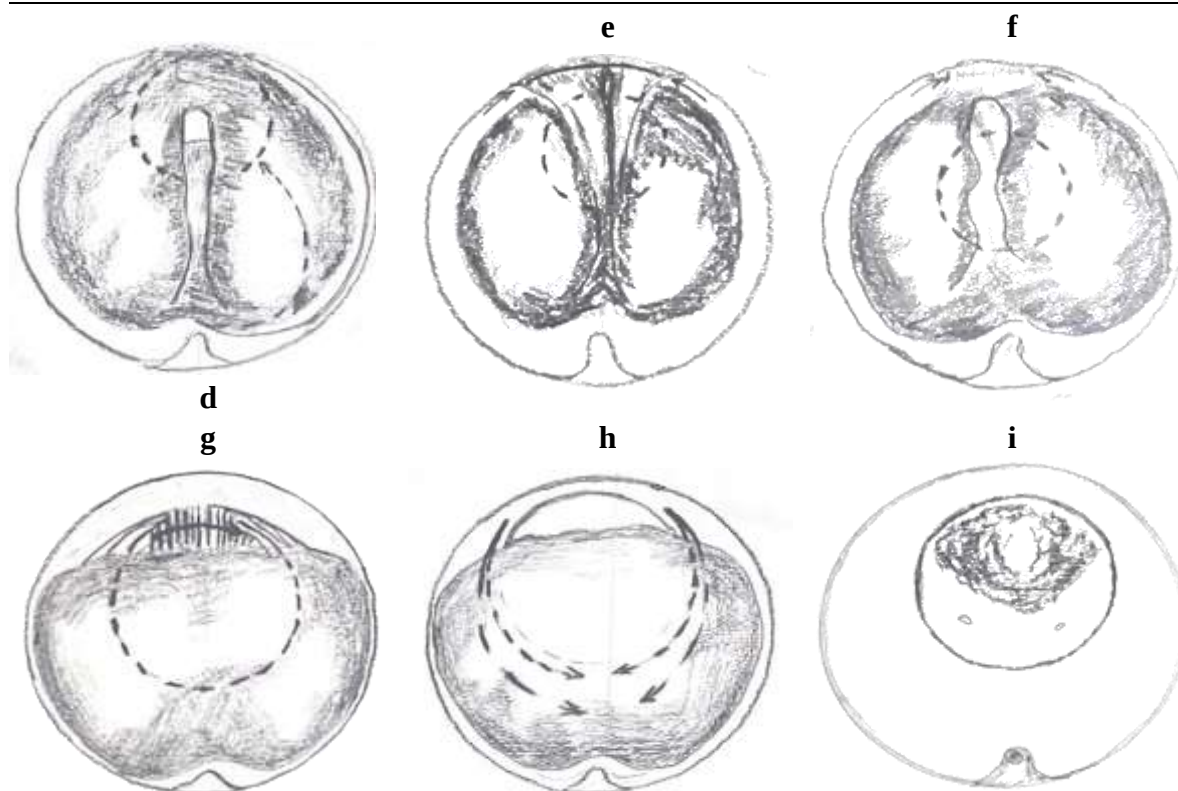
Nhóm B: Hệ thống TURis (Transurethral resection in saline), bao gồm: nguồn phát điện lưỡng cực, bộ máy cắt/đốt lưỡng cực TTL cỡ 26Fr, quai cắt lưỡng cực sử dụng cho bóc nhân và cắt nhỏ nhân tuyến sau khi bóc (không dùng máy xay mô để xử lý nhân tuyến sau khi bóc nhân hoàn tất)

Nhóm H: Hệ thống laser holmium Raykeen công suất 80W (cài đặt năng lượng 2J 40Hz), dây quang laser 800µm, máy xay mô để xử lý nhân tuyến, bộ máy soi bàng quang với vỏ ngoài kích thước 26Fr.

Hệ thống nước muối sinh lý tưới rửa liên tục trong quá trình phẫu thuật.

Các bước tiến hành phẫu thuật [1,2,10,14]: Động tác “lắc lư và xoay” quét mô tuyến ra khỏi vỏ phẫu thuật. Sử dụng năng lượng để cầm máu và cắt các cầu mô liên kết giữa mô tuyến và vỏ phẫu thuật tuyến tiền liệt.





Hình 1. Kỹ thuật bóc nhân TTL nguyên khối qua nội soi niệu đạo

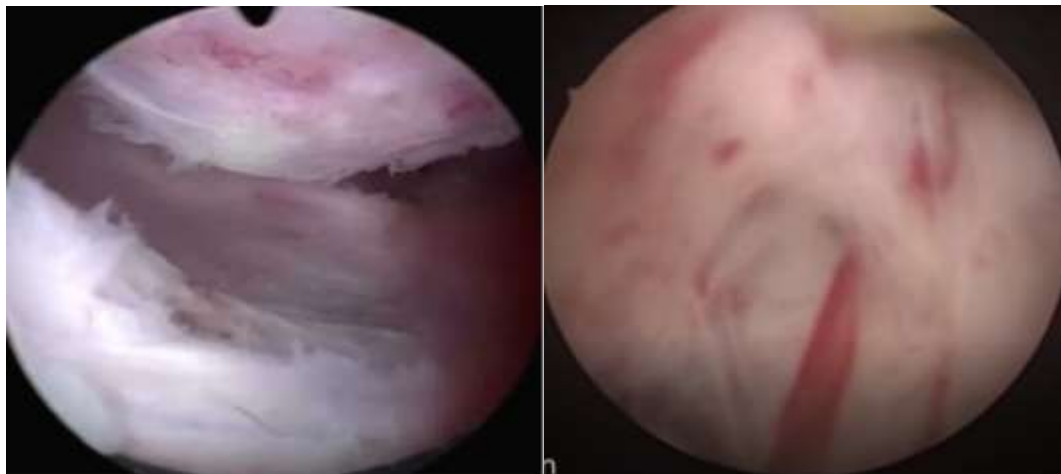


A

B

Hình 2. Xác định vỏ phẫu thuật (A) HoLEP, (B) Bi TUEP

Bộc lộ vỏ phẫu thuật (hình 2): Mở niêm mạc ngay trước ụ núi hoặc bên cạnh ụ núi (hình 1a, 1c). Lắc lư, xoay nhẹ vỏ máy soi để tìm ranh giới giữa mô tuyến và vỏ phẫu thuật. Khi đã xác định được vỏ phẫu thuật, tiến hành bóc nhân phát triển rộng ra xung quanh.



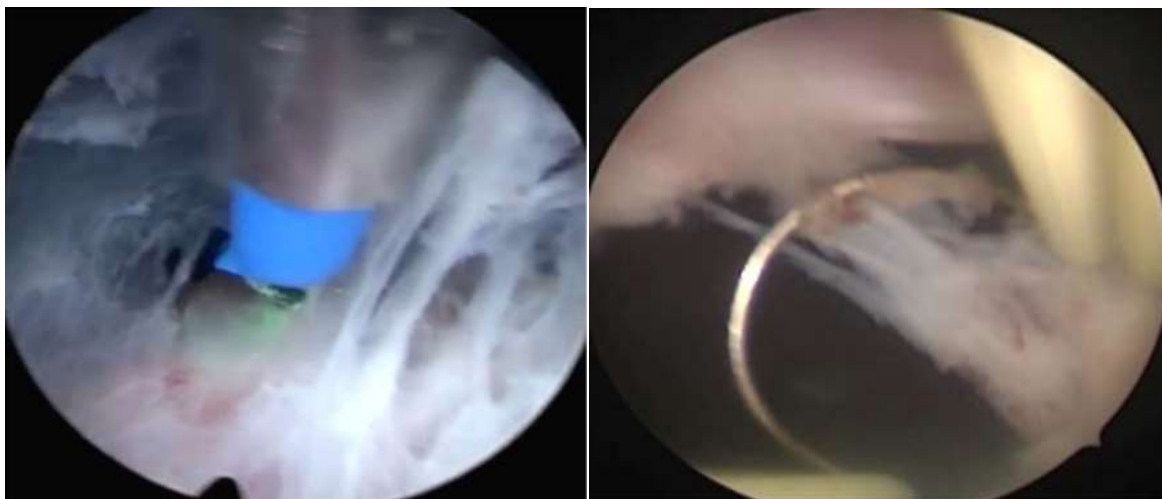
A

B

Hình 3. Bóc nhân tuyến (A) HoLEP, (B) Bi TUEP

Bóc nhân tuyến (hình 3): Từ vị trí xác định vỏ phẫu thuật đầu tiên, bóc tách mô tuyến ra khỏi vỏ phẫu thuật, động tác lắc lư và xoay vỏ máy soi để quét mô tuyến ra khỏi vỏ tuyến. Thùy phải (hình 1b): tương tự, 7h-12h. Thùy trái (hình 1d): phát triển theo hướng từ 5h-12h. Thùy giữa từ 5-7h bóc một

phần trước ụ núi nhưng không cố gắng bóc hết, đến khi mở niêm mạc đi vào cổ bàng quang ở vị trí 12 giờ sẽ từ vị trí này bóc vòng từ hai bên vào và từ trên xuống để bóc phần thùy giữa ở cổ bàng quang (hình 1h). Hướng dẫn từ ụ núi lên phía bàng quang.



A

B

Hình 4. Mở niêm mạc cổ bàng quang để vào bàng quang ở vị trí 12 giờ

(A) HoLEP, (B) Bi TUEP

Xử lý cầu nối niêm mạc (hình 4): Cắt niêm mạc và mô xơ nối mô tuyến với niệu đạo màng tại vị trí 12 giờ ngay trên ụ núi (hình 1e), chú ý cắt từ hai bên bám theo bờ

của vòng cơ thắt ngoài niệu đạo, theo hướng từ 10 giờ -12 giờ và từ 2 giờ-12 giờ. Tiếp tục cắt phần mô xơ cơ mặt trước TTL (hình 1f) để tiếp cận niêm mạc bàng quang. Mở niêm

mạc kết nối mô tuyến ở cổ bàng quang vị trí 12 giờ để đi vào bàng quang (hình 1g). Xác định ranh giới giữa cơ cổ bàng quang và mô tuyến để cắt niêm mạc phần kết nối, phát

triển hết chu vi cổ bàng quang theo 2 nửa vòng tròn thuận và ngược chiều kim đồng hồ từ 12 giờ đến 6 giờ, giải phóng hoàn toàn mô tuyến ra khỏi vỏ phẫu thuật (hình 1h).



Hình 5. Xử lý nhân tuyến (A) HoLEP/ máy xay mô, (B) Bi TUEP/ điện cực cắt dạng vòng

Xử lý mô tuyến (hình 5): Đẩy nhẹ, xoay đưa mô tuyến vào bàng quang (hình 1i). Cầm máu, chú ý là điểm chảy máu thường tồn tại ở mép niêm mạc cổ bàng quang hoặc xung quanh ụ núi.

Với quy trình HoLEP, xử lý mô tuyến bằng máy xay mô. Đối với quy trình Bi TUEP, dùng điện cực vòng cắt nhỏ nhân tuyến và súc rửa lấy mảnh mô ra ngoài qua niệu đạo.

Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. So sánh các cặp đối chứng song song: B so với H (phân tích tổng thể sự khác biệt giữa hai phương pháp phẫu thuật); H1 so với H2 (đánh giá sự tác động của sinh thiết trong nhóm HoLEP); B1 so với B2 (đánh giá sự tác động của sinh thiết trong nhóm Bi TUEP) bằng phương pháp phân tích đơn biến (Chi-square, T test, ý nghĩa với $p < 0.05$).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 63 bệnh nhân BPH/BPO được phẫu thuật bóc nhân tuyến TTL nguyên khối qua nội soi niệu đạo tại Khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương tham gia vào nghiên cứu và được phân ngẫu nhiên vào các nhóm nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân thuộc nhóm H và B không có sự khác biệt ý nghĩa ($p > 0.05$); không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân nhóm có sinh thiết H1 ($n = 12$) và không sinh thiết H2 ($n = 16$), $p > 0.05$; B1 ($n=18$) có sinh thiết so với B2 ($n=17$) không sinh thiết, $p > 0.05$. Thời gian tính từ khi sinh thiết đến phẫu thuật trung bình là 9.43 ± 4.90 ngày (3-21).

Các thông số bệnh nhân trước phẫu thuật của hai nhóm HoLEP và Bi TUEP

Bảng 1. Đặc điểm kết quả bệnh nhân trước phẫu thuật

Chỉ số	Tổng (n=63)		
	Nhóm H (n=28)	Nhóm B (n=35)	p
Tuổi	71.21 ± 9.88	70.46 ± 8.77	p > 0.05
IPSS trước phẫu thuật	32.57 ± 1.91	32.00 ± 2.18	p > 0.05
QoL trước phẫu thuật	5.50 ± 0.51	4.86 ± 0.73	p > 0.05
Vttl trước phẫu thuật (ml)	80.18 ± 32.92	81.49 ± 33.95	p > 0.05
Qmax trước phẫu thuật (ml/s)	0.97 ± 2.49	4.44 ± 4.50	p > 0.05

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân được phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP về các thông số trước phẫu thuật được quan sát: tuổi (71.21 ± 9.88 so với 70.46 ± 8.77 tuổi; p > 0.05), điểm IPSS (32.57 ± 1.91 so với 32.00 ± 2.18; p > 0.05), QoL (5.50 ± 0.51 so với 4.86 ± 0.73; p < 0.05), thể tích

tuyến tiền liệt (80.18 ± 32.92ml so với 81.49 ± 33.95mL; p > 0.05) và Qmax (0.97 ± 2.49 mL/giây so với 4.44 ± 4.50 mL/giây; p < 0.05).

Kết quả chu phẫu của bệnh nhân được phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP

Bảng 2. Đặc điểm kết quả chu phẫu của bệnh nhân

Chỉ số	Tổng (n=63)		
	Nhóm H (n=28)	Nhóm B (n=35)	p
Thời gian bóc nhân (phút)	61.25 ± 17.98	61.14 ± 22.53	p > 0.05
Thời gian xử lý mô (phút)	5.54 ± 2.55	38.43 ± 15.94	p < 0.05
Mức giảm Hb (g/dL)	1.26 ± 1.14	0.81 ± 1.17	p > 0.05
Thời gian sonde tiểu (ngày)	1.89 ± 1.40	1.83 ± 1.36	p > 0.05
Thời gian hậu phẫu (ngày)	3.89 ± 1.61	4.37 ± 2.05	p > 0.05

Không có sự khác biệt giữa hai nhóm HoLEP so với nhóm BiTUEP về: Thời gian bóc nhân (61.25 ± 17.98 phút so với 61.14 ± 22.53 phút, p > 0.05), mức giảm Hb sau phẫu thuật (1.26 ± 1.14 so với 0.81 ± 1.17, p > 0.05), thời gian đặt ống thông (1.89 ± 1.40 so với 1.82 ± 1.36 ngày; p > 0.05) và thời gian hậu phẫu (3.89 ± 1.61 so với 4.37 ± 2.05

ngày; p > 0.05). Có sự khác biệt đáng kể về thời gian xử lý mô tuyến giữa nhóm HoLEP và Bi TUEP (5.54 ± 2.55 so với 38.43 ± 15.94; p < 0.05).

Kết quả đánh giá sự tác động của sinh thiết trước phẫu thuật lên kết quả phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP

Bảng 3. Đặc điểm trước – trong – sau phẫu thuật của 2 nhóm phẫu thuật HOLEP và Bi TUEP khi phân nhóm có và không có sinh thiết trước phẫu thuật

Chỉ số	HOLEP (n=28)			BI-TUEP (n=35)		
	Nhóm H1 (n=12)	Nhóm H2 (n=16)	p	Nhóm B1 (n=18)	Nhóm B2 (n=17)	p
TG bóc nhân (phút)	61.67 ± 14.8	60.94 ± 20.5	p > 0.05	67.78 ± 27.0	54.12 ± 14.17	p > 0.05
TG xử lý mô (phút)	5.33 ± 2.35	5.69 ± 2.75	p > 0.05	44.7 ± 17.78	31.76 ± 10.60	p < 0.05

Mức giảm Hb (g/dL)	1.01 ± 0.67	1.45 ± 1.38	p > 0.05	0.83 ± 0.94	0.79 ± 1.40	p > 0.05
TG sonde tiểu (ngày)	1.92 ± 1.38	1.88 ± 1.46	p > 0.05	1.67 ± 1.28	2.00 ± 1.46	p > 0.05
TG hậu phẫu (ngày)	3.50 ± 1.44	4.19 ± 1.72	p > 0.05	4.44 ± 2.02	4.29 ± 1.93	p > 0.05

Không ghi nhận sự khác biệt kết quả trong và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$) giữa phân nhóm có sinh thiết và phân nhóm không có sinh thiết trong cả 2 nhóm bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp HoLEP và Bi TUEP. Tuy

nhiên, có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian xử lý mô tuyến sau khi bóc nhân nguyên khối trong nhóm bóc nhân bằng điện lưỡng cực ($p > 0.05$).

Kết quả bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng

Bảng 4. So sánh đặc điểm các chỉ số theo dõi 1 tháng sau phẫu thuật của các nhóm.

Chỉ số		Trước phẫu thuật	1 tháng sau phẫu thuật	p
IPSS	Nhóm H	32.57 ± 1.91	5.39 ± 1.37	p < 0.05
	Nhóm B	32.00 ± 2.18	4.74 ± 1.58	
QoL	Nhóm H	5.50 ± 0.51	1.54 ± 0.51	p < 0.05
	Nhóm B	4.86 ± 0.73	1.46 ± 0.51	
VTTL	Nhóm H	80.18 ± 32.92	21.50 ± 4.7	p < 0.05
	Nhóm B	81.49 ± 33.95	33.86 ± 9.07	
Qmax	Nhóm H	0.97 ± 2.49	20.89 ± 2.75	p < 0.05
	Nhóm B	4.44 ± 4.50	21.81 ± 7.54	

Tất cả bệnh nhân ở nhóm phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP đều có sự cải thiện có ý nghĩa về các chỉ số IPSS, QoL, thể tích TTL và Qmax ($p < 0.05$) ở thời điểm 1 tháng sau phẫu thuật.

Biến chứng và so sánh tỉ lệ biến chứng nhóm H và B

Bảng 5. So sánh biến chứng giữa 2 nhóm

Biến chứng	Nhóm H	Nhóm B	p
Chảy máu sau mổ	2	2	p > 0.05
Bí tiểu sau rút thông	0	1	
Tiểu không tự chủ	0	1	
Thủng vỏ bao TTL	1	1	
Tổn thương túi tinh	1	0	
Tổng	4	5	

Chảy máu sau mổ và bí tiểu sau rút thông tiểu và những biến chứng chính ở cả 2 nhóm phẫu thuật. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tần suất các biến chứng trong các nhóm và phân nhóm ($p > 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật bóc nhân TTL qua nội soi niệu đạo không mới mà là sự bất chước kỹ thuật bóc nhân mở. Cùng với HoLEP, Bi TUEP ra đời với ưu điểm ban đầu là phát triển trên

nền tảng bộ dụng cụ cắt đốt nội soi lưỡng cực vốn được coi là tiêu chuẩn vàng trước đó trong điều trị BPO vậy nên rất phương pháp này nhanh chóng được lan tỏa ở các trung tâm phẫu thuật tiết niệu. Hiện tại, cả hai phương pháp phẫu thuật này tương đương nhau trong khuyến cáo điều trị ngoại khoa BPH/BPO [11].

Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi đặt mục tiêu so sánh về kết quả phẫu thuật bệnh nhân BPH/BPO được điều trị bằng phẫu thuật HoLEP cùng với máy xay mô (nhóm H) so với Bi TUEP không sử dụng máy xay mô (nhóm B). Ngoài ra, chúng tôi thực hiện đánh giá sự tác động của việc sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng trước đó có hay không ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật và chu phẫu của bệnh nhân.

Qua nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm khi được thực hiện phẫu thuật thống nhất trên quy trình bóc nhân nguyên khối và thiết kế dụng cụ riêng cho từng nhóm phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP. Giai đoạn chu phẫu (bảng 2), không có sự khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm về thời gian bóc nhân, mức giảm Hb sau phẫu thuật, thời gian đặt ống thông và thời gian hậu phẫu. Kết quả theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 1 tháng (bảng 5) cũng cho thấy sự hiệu quả của 2 phẫu thuật này lên cả triệu chứng cơ năng (thang điểm IPSS, QoL) và thực thể (Qmax). Điều đó chứng minh được rằng bóc nhân TTL bằng kỹ thuật nguyên khối theo quy trình kỹ thuật nghiên cứu của chúng tôi là không phụ thuộc vào nguồn năng lượng sử dụng. Năng lượng chủ yếu được sử dụng cho việc cầm máu và cắt các mô liên kết, vậy nên có thể ưu tiên lựa

chọn nguồn năng lượng sẵn có và quen thuộc khi đã hoàn thành đường cong học tập.

Nghiên cứu của Neill và cộng sự (2006) [13] và nghiên cứu của Elsaqa và cộng sự (2022) [3] ghi nhận rằng bóc nhân TTL bằng laser holmium và dao điện lưỡng cực có kết quả tương đương trong tất cả các đánh giá kết quả trong và sau phẫu thuật, ngoại trừ thời gian phẫu thuật. Tác giả Higazy A và cộng sự 2021 [7] cũng có kết luận tương tự dựa trên một nghiên cứu thử nghiệm có đối chứng ngẫu nhiên ở 107 bệnh nhân, HoLEP có thời gian phẫu thuật ngắn hơn có ý nghĩa so với Bi TUEP nhưng không có sự khác nhau giữa hai nhóm về các thông số IPSS sau phẫu thuật, QoL, Qmax và cả hai đều cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê so với các thông số trước phẫu thuật. Tuy nhiên, chúng tôi quan sát thấy có sự khác biệt ý nghĩa về thời gian xử lý mô tuyến (bảng 2) giữa nhóm HoLEP có sử dụng máy xay mô và Bi TUEP không sử dụng máy xay mô (5.54 ± 2.55 so với 38.43 ± 15.94 ; $p < 0.05$). Máy xay mô là một dụng cụ hữu ích để hoàn thành quy trình phẫu thuật bóc nhân TTL qua nội soi niệu đạo, tuy vậy nếu không có sẵn máy xay mô thì dùng điện cực dạng vòng để cắt nhỏ mô tuyến (TUR) và bơm rửa lấy ra ngoài qua niệu đạo là một lựa chọn phù hợp [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30/63 bệnh nhân có thực hiện sinh thiết TTL 12 mẫu qua ngã trực tràng và không có sự khác biệt ($p > 0.05$) giữa các nhóm về số lượng phân bố cũng như đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật. Thời gian tính từ khi sinh thiết đến phẫu thuật trung bình là 9.43 ngày (3-21) với 13/30 bệnh nhân được phẫu thuật

trong vòng tuần đầu tiên sau sinh thiết, 13/30 thuộc tuần thứ 2 và 4/30 bệnh nhân có thời điểm phẫu thuật là 3 tuần sau sinh thiết. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt kết quả trong và sau phẫu thuật ($p > 0.05$) giữa các phân nhóm có sinh thiết và phân nhóm không có sinh thiết trong cả 2 nhóm bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp HoLEP và Bi TUEP. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ali Yıldız và cộng sự (2021) [18], thực hiện trên 66 trường hợp phẫu thuật bóc nhân TTL trong vòng 1–3 tuần sau khi sinh thiết TTL qua trực tràng đã đưa ra kết luận là một thủ thuật khả thi với hiệu quả cao, tỷ lệ biến chứng thấp khi so sánh với nhóm chứng 114 bệnh nhân được phẫu thuật bóc nhân TTL mà chưa có sinh thiết trước đó, tất cả các thông số trong khi phẫu thuật giữa 2 nhóm đều không khác biệt có ý nghĩa ($p > 0.05$). Etafy và cộng sự [5] cũng đưa ra nhận định tương tự về tính khả thi, hiệu quả và an toàn khi thực hiện bóc nhân TTL trên bệnh nhân sinh thiết TTL trong vòng 6 tuần. Có sự khác biệt ở nhóm Bi TUEP với thời gian xử lý mô tuyến lớn hơn ở nhóm có sinh thiết. Trong giới hạn phạm vi nghiên cứu, hiện tại chưa có bằng chứng rõ ràng giải thích cho sự khác biệt này. Theo quan sát của nhóm nghiên cứu, có thể do sự xuất huyết nhiều hơn của diện phẫu thuật [13] (plane surgery) khiến việc xử lý mô bằng dao lưỡng cực để cắt mô khó khăn hơn vì hạn chế phạm vi phẫu trường. Ngoài ra, sự xuất hiện của những nhân lớn có hiệu ứng “bóng biển” (“beach ball effect”) cũng khiến việc xử lý những mô xơ này trở nên khó khăn và mất thời gian hơn, đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi

có đa số bệnh nhân là lớn tuổi (> 65 tuổi) và có kích thước TTL lớn ($> 65\text{ml}$), những yếu tố có liên quan đến sự hiện diện của hiệu ứng này [15].

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tần suất các biến chứng trong các nhóm ($p > 0.05$) (bảng 4). Các biến chứng quan sát được trong nghiên cứu là chảy máu sau phẫu thuật (HoLEP 7% so với Bi TUEP 6%), bí tiểu sau rút thông tiểu (HoLEP 0% so với Bi TUEP 2,8%), tiểu không tự chủ (HoLEP 0% so với Bi TUEP 2,8%), thủng vỏ phẫu thuật (HoLEP 3,6% so với Bi TUEP 2,8%), tổn thương túi tinh (HoLEP 3,6% so với Bi TUEP 0%). Tổn thương túi tinh là một biến chứng hiếm gặp, khi chúng tôi thực hiện bóc nhân trên bệnh nhân có sinh thiết TTL qua ngã trực tràng trước thời điểm phẫu thuật 3 tuần ở nhóm HoLEP. Biến chứng này có thể liên quan do các thay đổi sau sinh thiết của cấu trúc TTL bao gồm sự viêm dính, xuất huyết của vỏ bao và mô tuyến làm cho ranh giới bao TTL không rõ ràng, túi tinh cũng có thể cho thấy xuất huyết, viêm dính như sự xâm lấn của khối u [9]. Chúng tôi có những thay đổi tiếp cận mặt sau của TTL, đặc biệt là ở những bệnh nhân có sinh thiết TTL qua ngã trực tràng trước phẫu thuật. Sau khi gặp biến chứng này ở bệnh nhân thứ 10 trong nghiên cứu, chúng tôi hoàn thiện quy trình kỹ thuật và tuân thủ việc tiếp cận mở niêm mạc đi vào bàng quang ở vị trí 12 giờ. Từ vị trí này phát triển bóc nhân vùng cổ bàng quang bằng hai nửa đường tròn ôm hết chu vi cổ bàng quang và phần TTL thùy giữa chìm sau cổ bàng quang như phần mô tả quy trình kỹ thuật (hình 4).

Những hạn chế của nghiên cứu hiện tại bao gồm số lượng mẫu nhỏ và khi phân tán các nhóm dựa trên tiền sử sinh thiết thì số lượng trong mỗi nhóm không mang tính đại diện cho việc sinh thiết TTL trước đó đối với từng phương pháp phẫu thuật HoLEP và Bi TUEP. Một hạn chế khác là việc chọn mẫu chưa thiết kế được chọn mẫu ngẫu nhiên và thời gian theo dõi sau phẫu thuật còn ngắn.

V. KẾT LUẬN

Một nghiên cứu đơn trung tâm, so sánh, không ngẫu nhiên giữa hai nhóm bệnh nhân được điều trị bóc nhân tuyến tiền liệt với kỹ thuật nguyên khối qua nội soi niệu đạo sử dụng hai nguồn năng lượng khác nhau laser Holmium (HoLEP) và Bipolar (Bi TUEP) để điều trị BPH/PBO cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính an toàn và hiệu quả.

Phẫu thuật bóc nhân TTL qua nội soi niệu đạo kỹ thuật nguyên khối với năng lượng Holmium laser và dao điện lưỡng cực tại thời điểm 1-3 tuần sau sinh thiết TTL qua trực tràng dưới hướng dẫn của siêu âm bước đầu cho thấy tính khả thi, an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thế Anh, Phạm Trung Hiếu, Phạm Nguyên Tiến, Võ Đình Phú, Lê Đình Khánh** (2023). Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật bóc nhân với dao điện lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Tạp chí y học Việt Nam tập 528 - Tháng 7 – Số chuyên đề.
2. **Phạm Nguyên Tiến, Trần Duy Phương, Dương Thế Anh** (2024). Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật bóc trọn khối bướu với dao điện lưỡng cực qua nội soi niệu đạo. Tạp chí Y học Việt Nam tập 539 - Tháng 6 - Số chuyên đề.
3. **Elsaqa M, Elgebaly O, Sakr M, Youssif TA, Rashad H, El Tayeb MM.** Comparison of outcomes of holmium laser versus bipolar enucleation of prostates weighing >80 g with bladder outlet obstruction. Proc (Bayl Univ Med Cent). 2022 Sep 6;36(1):15-19
4. **Elshal AM, Eldemerdash Y, Mekrawy R, Taha DE, Laymon M, El-Nahas AR, El-Assmy A.** Prostate tissue retrieval after holmium laser enucleation of the prostate; assessment of non-morcellation approaches. Arab J Urol. 2016 Mar 17;14(2):147-55
5. **Etafy MH, Katz JE, Gonzalgo MR, Garcia Lopez EA, Shah RH, Banerjee I, Smith N, Shah HN.** Holmium Laser Enucleation of Prostate Within 6 Weeks of Transrectal Ultrasound Guided Prostate Biopsy is Safe and Effective. Urology. 2021 Feb;148:88-92.
6. **Fraundorfer MR, Gilling PJ.** Holmium:YAG laser enucleation of the prostate combined with mechanical morcellation: preliminary results. Eur Urol. 1998;33(1):69-72.
7. **Higazy A, Tawfeek AM, Abdalla HM, Shorbagy AA, Mousa W, Radwan AI.** Holmium laser enucleation of the prostate versus bipolar transurethral enucleation of the prostate in management of benign prostatic hyperplasia: A randomized controlled trial. Int J Urol. 2021 Mar;28(3):333-338.
8. **Hiraoka, Y.:** A new method of prostatectomy, transurethral detachment and resection of benign prostatic hyperplasia. J. Nippon Med. Sch., 50: 896, 1983.
9. **Ikonen S, Kivisaari L, Vehmas T, Tervahartiala P, Salo JO, Taari K,**

- Rannikko S.** Optimal timing of post-biopsy MR imaging of the prostate. *Acta Radiol.* 2001 Jan;42(1):70-3.
10. **Ito T, Tamura K, Otsuka A, Shinbo H, Takada S, Kurita Y, Miyake H.** Development of a Complete En-Bloc Technique with Direct Bladder Neck Incision: A Newly Modified Approach for Holmium Laser Enucleation of the Prostate. *J Endourol.* 2019 Oct;33(10):835-840.
 11. **J.N. Cornu (Chair) et al.** (2023), EAU Guidelines on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), Including Benign Prostatic Obstruction (BPO). European Association of Urology.
 12. **Liu C., Zheng S., Li H, Xu K.** (2010), "Transurethral enucleation and resection of prostate in patients with benign prostatic hyperplasia by plasma kinetics", *J Urol.* 184(6), pp. 2440-5.
 13. **Neill MG, Gilling PJ, Kennett KM, et al.** Randomized trial comparing holmium laser enucleation of prostate with plasmakinetic enucleation of prostate for treatment of benign prostatic hyperplasia. *Urology.* 2006; 68(5):1020–1024.
 14. **Page, B. H.:** The pathological anatomy of digital enucleation for benign prostatic hyperplasia and its application to endoscopic resection. *Brit. J. Urol.*, 52: 111, 1980.
 15. **Piao, S., Choo, M. S., Wang, Y., Lee, Y. J., Bae, J., & Oh, S. J.** (2015). Clinical and Pathological Characteristics of Hard Nodules Resistant to Morcellation During Holmium Laser Enucleation of the Prostate. *International neurourology journal*, 19(2), 90–98.
 16. **Rücker F, Lehrich K, Böhme A, Zacharias M, Ahyai SA, Hansen J.** A call for HoLEP: en-bloc vs. two-lobe vs. three-lobe. *World J Urol.* 2021 Jul;39(7):2337-2345.
 17. **Tamalunas A, Schott M, Keller P, Atzler M, Ebner B, Hennenberg M, Stief CG, Magistro G.** Efficacy, Efficiency, and Safety of En-bloc vs Three-lobe Enucleation of the Prostate: A Propensity Score-matched Analysis. *Urology.* 2023 May;175:48-55.
 18. **Yıldız A, Akdemir S, Anıl H, Arslan M.** Safety and Efficacy of High-Powered Holmium Laser Enucleation of the Prostate within 1-3 Weeks Following Prostate Biopsy. *Urol Int.* 2021;105(9-10):852-857.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TẬN GỐC VÀ NẠO HẠCH CHẬU MỞ RỘNG: ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU

Dương Thế Anh¹, Lê Phước Thành¹, Đặng Công Bắc¹,
Võ Đình Phú¹, Phạm Nguyên Tiến¹, Đoàn Quang Long¹,
Trương Thiên Định¹, Trần Duy Phương¹, Nguyễn Hữu Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm và kinh nghiệm ban đầu của phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc (LapRP) và nạo hạch chậu mở rộng (ePLND) tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng và phương pháp: Từ tháng 10 năm 2021 đến tháng 10 năm 2024 có 18 trường hợp ung thư tuyến tiền liệt (TTL) giai đoạn cục bộ được điều trị bằng LapRP + eLPND, có thời gian theo dõi 20 tuần sau phẫu thuật, chúng tôi tiến hành quan sát và phân tích số liệu thu được trên những trường hợp này.

Kết quả: 18 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh. Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 70,83 tuổi với thời gian tiên lượng sống thêm trung bình là 11,45 năm. Thể tích TTL trung bình là 50,56 ml, lớn nhất là 120,39 ml. Hình ảnh tổn thương chủ yếu trên MRI là PIRADS 4, 5, chiếm 83%. Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ung thư TTL có PSA > 20ng/ml với điểm Gleason > 7 chiếm tỉ lệ 50%; chủ yếu giai đoạn T từ 2b trở lên. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ nguy cơ cao, chiếm tỉ lệ 83,33%. Thời gian phẫu thuật trung bình là

301,67 phút, trong đó thời gian để thực hiện nạo hạch chậu mở rộng là 122,22 phút với trung bình 19,78 hạch lấy được. Biến chứng nặng Clavien-Dindo IIIb đã xảy ra ở 1 trường hợp; 2/18 trường hợp phát hiện hạch dương tính khi thực hiện nạo hạch chậu mở rộng. Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật có điểm Gleason từ 7 trở lên và ISUP thuộc nhóm 3,4,5. Theo dõi bệnh nhân sau phẫu thuật 8 tuần có 11/18 bệnh nhân có PSA < 0,4 ng/ml và 7 bệnh nhân có PSA > 0,4 ng/ml. Sau phẫu thuật 20 tuần, có 15/17 bệnh nhân có PSA máu < 0,4ng/ml và 2 trường hợp có PSA máu > 0,4ng/ml. Có 1 bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim cấp ở giai đoạn sau phẫu thuật 16 tuần.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt TTL tận gốc và nạo hạch chậu mở rộng triển khai tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương là khả thi, an toàn với những kết quả sớm về ung thư học khả quan.

Từ khóa: ung thư tuyến tiền liệt, ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn tại chỗ, phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY AND EXTENDED PELVIC LYMPH NODE DISSECTION: AN EVALUATION OF INITIAL OUTCOMES

Objective: To evaluate the early outcomes and initial experiences with laparoscopic radical prostatectomy (LapRP) and extended lymph

¹Bệnh viện Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thế Anh

SĐT: 0913556115

Email: bsduongtheanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

node dissection (ePLND) at Binh Duong General Hospital.

Subjects and Methods: Between October 2021 and October 2024, 18 cases of localized prostate cancer were treated with LapRP combined with eLPND. The patients were followed for 20 weeks postoperatively and data from these cases were analyzed.

Results: A total of 18 cases met the inclusion criteria. The average age of the patients was 70.83 years, with an average life expectancy of 11.45 years. The mean prostate volume was 50.56 ml, with the largest being 120.39 ml. MRI imaging mainly showed lesions classified as PIRADS 4 or 5, accounting for 83% of cases. Most patients were diagnosed with prostate cancer with PSA > 20 ng/ml and Gleason scores >7, making up 50%; the majority were staged T2b or higher. High-risk cases constituted 83.33% of the study population. The average surgical time was 301.67 minutes, including 122.22 minutes for ePLND, during which an average of 19.78 lymph nodes were retrieved. Severe Clavien-Dindo grade IIIb complications occurred in one case. Positive lymph nodes were detected in 2 out of 18 cases. Postoperative pathology showed Gleason scores of 7 or higher, with ISUP groups 3, 4, and 5. At 8 weeks post-surgery, 11 out of 18 patients had PSA levels < 0.4 ng/ml, while 7 patients had PSA levels > 0.4 ng/ml. At 20 weeks post-surgery, 15 out of 17 patients had PSA levels < 0.4 ng/ml, and 2 patients had PSA levels > 0.4 ng/ml. One patient died from acute myocardial infarction at 16 weeks post-surgery.

Conclusion: Laparoscopic radical prostatectomy and extended pelvic lymph node dissection implemented at Binh Duong General Hospital are feasible and safe, yielding promising early oncological outcomes.

Keywords: prostate cancer, localized prostate cancer, laparoscopic radical prostatectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (PCa) là một trong những loại ung thư thường gặp nhất ở nam giới, có 1.276.106 ca mắc mới, chiếm 13,5% các loại ung thư ở nam giới (2018). Tại Việt Nam năm 2012, theo số liệu của Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Thế giới (IARC), PCa có tỷ lệ mắc và tử vong chuẩn theo tuổi lần lượt là 3,4 và 2,5/100000 dân. Đây là bệnh ung thư đứng thứ 10 trong các ung thư thường gặp ở cả hai giới, trong đó riêng nam giới có 1.275 ca mắc mới và 872 trường hợp tử vong ước tính mỗi năm [1,3].

Xiaojin Luo và cộng sự (2019) [13], kết luận rằng sự cải thiện đáng kể về tỷ lệ tử vong và tỷ lệ bệnh tiến triển đối với nhóm phẫu thuật so với nhóm bảo tồn đối với PCa nguy cơ trung bình. Đối với bệnh nhân ở nhóm nguy cơ cao và tiên lượng thời gian sống thêm trên 10 năm, RP là một phần quan trọng trong điều trị đa mô thức [10]. Hiện nay, vai trò của nạo hạch chậu mở rộng (eLPND) trong điều trị PCa cùng với RP vẫn còn là chủ đề còn bàn cãi. Tuy vậy, eLPND có giá trị lớn trong việc chẩn đoán giai đoạn bệnh để từ đó đưa ra hướng điều trị hỗ trợ tiếp theo [11]. Tóm lại, PCa chưa xâm lấn đến thành chậu, cơ thắt niệu đạo thì phương pháp RP và eLPND đóng vai trò quan trọng trong điều trị, nhằm cải thiện thời gian sống còn cho bệnh nhân.

Năm 1991, Schuessler và cộng sự [16] thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt TTL tận gốc (Lap RP) đầu tiên trên thế giới và đến nay kỹ thuật này là phương pháp để điều trị PCa giai đoạn khu trú. Mục tiêu của RP là loại bỏ hoàn toàn mô ung thư bao gồm cắt bỏ TTL toàn bộ cùng hai túi tinh, phục hồi lưu

thông bàng quang niệu đạo và bảo tồn chức năng cơ quan bất kể lúc nào có thể. Bertrand Guillonnet và cộng sự (1998) [12] có sự tiếp nối với 40 ca thực hiện thành công ở Pháp và mở ra thời kì phát triển bùng nổ của LapRP rộng khắp các trung tâm tiết niệu trên toàn thế giới.

Khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh Viện đa khoa tỉnh Bình Dương áp dụng LapRP điều trị cho bệnh nhân PCa từ năm 2020 với những khởi đầu khả quan. Chúng tôi báo cáo kết quả, với mục tiêu “**Đánh giá kết quả sớm và kinh nghiệm ban đầu phẫu thuật**

nội soi cắt tuyến tiền liệt tận gốc nạo hạch chậu mở rộng” tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024 có 18 trường hợp ung thư TTL giai đoạn cục bộ được điều trị bằng LapRP + eLPND, có thời gian theo dõi 20 tuần sau phẫu thuật, chúng tôi tiến hành quan sát và phân tích số liệu thu được trên những trường hợp này.

Bảng 1: Đặc điểm của 18 trường hợp ung thư TTL giai đoạn cục bộ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt TTL tận gốc và nạo hạch chậu mở rộng

Phân tích kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt theo các yếu tố lâm sàng và mô học trước và sau phẫu thuật																				
STT	Tuổi	Trước mổ						Trong mổ				Sau phẫu thuật				Tái khám				
		PSA	PIRADS	GS	ISUP	cT	EAU	Sống còn	Thời gian nạo hạch	Số hạch nạo	Thời gian mổ	Số lượng máu mất	Năm viện	GS	ISUP	Margin	pTNM	Kiểm soát nước tiểu	PSA 8W	PSA 20W
1	63	7.91	BPH	8	4	1C	CAO	12.4	100	17	250	250	5	8	4	-	T2cNOM0	+	0.00	0.00
2	73	27.35	5	9	5	2B	CAO	10.3	100	15	400	380	9	9	5	-	T3bNOM0	+	0.15	0.14
3	73	26.50	4	7	3	2B	TB	10.3	100	15	260	300	12	7	3	-	T2bNOM0	+	2.42	0.05
4	66	8.34	4	9	5	2B	CAO	12.4	100	18	280	450	4	9	5	-	T2bNOM0	-	1.77	0.02
5	82	10.56	5	8	4	2B	CAO	10	150	17	360	400	10	8	4	-	T2cNOM0	+	0.10	0.10
6	73	29.72	4	7	3	2B	CAO	10.3	100	25	270	250	12	7	3	-	T3aNOM0	-	0.18	0.06
7	64	6.93	BPH	7	3	2B	TB	12.4	140	22	320	250	8	7	3	-	T2cNOM0	+	0.05	0.006
8	67	13.97	3	7	3	2B	TB	12.4	150	20	320	600	6	7	3	-	T2bNOM0	+	0.01	0.01
9	64	70.5	5	7	3	2B	CAO	12.4	150	18	290	300	6	7	3	-	T2bNOM0	+	0.06	0.55
10	66	10.34	5	7	3	2B	CAO	12.4	130	24	300	400	9	7	3	-	T2cNOM0	+	0.07	0.00
11	79	12.24	4	7	3	2C	CAO	10.8	100	17	270	350	8	9	5	-	T2bNOM0	+	1.42	0.05
12	73	88.6	4	8	4	2C	CAO	10.3	120	22	280	300	19	7	3	-	T3bNOM0	-	0.13	0.025
13	63	10.35	4	9	5	2C	CAO	12.4	120	18	300	300	8	9	5	-	T2cNOM0	+	0.29	0.00
14	72	11.26	4	7	3	3A	CAO*	11.4	120	20	320	250	10	7	3	-	T3bNOM0	+	4.01	0.11
15	71	120.39	5	8	4	3A	CAO*	11.9	120	22	320	350	8	9	5	-	T3aNOM0	+	0.50	1.06
16	69	72.64	5	7	3	3A	CAO*	12.4	150	21	270	350	15	9	5	-	T3bN1M0	-	35.96	6.34
17	78	27.61	5	9	5	3A	CAO*	10.8	120	21	320	500	10	9	5	-	T3bNOM0	-	0.19	0.15
18	79	55.65	5	9	5	3A	CAO*	10.8	130	24	300	450	9	9	5	+	T3bN1M0	-	36.81	
TB		70.8	33.9					11.5	122.2	19.8	301.7	355.6	9.3	8.0				12.0	4.7	0.5



Hình 1: Vị trí phẫu thuật viên và sắp xếp vị trí đặt trocar trong phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt TTL tận gốc + nạo hạch chậu mở rộng

Quy trình kỹ thuật [7,14]: Bệnh nhân được chuẩn bị trước phẫu thuật với quy trình tăng cường hồi phục sớm sau phẫu thuật LapRP, mê nội khí quản, tư thế Trendelenburg.

Bước 1: Nạo hạch chậu mở rộng: bao gồm lấy bỏ hạch bạch huyết dọc theo bó mạch chậu ngoài, phía ngoài và trong của động mạch chậu trong, hạch hố bịt xung quanh thần kinh bịt và hạch chậu chung ít nhất lên ngang mức bắt chéo niệu quản.

Bước 2: Mở phúc mạc mặt sau TTL vị trí cách điểm thấp nhất của túi cùng Douglas 2cm để đi vào mặt phẳng giữa túi tinh và cân Denonvilliers, phẫu tích hết mặt sau TTL đến móm niệu đạo. Đặt một gác nội soi vào khoang này với mục đích cầm máu diện phẫu tích, đánh dấu mặt trước trực tràng để tạo điều kiện thuận lợi trong các bước cắt TTL khỏi cổ bàng quang và cắt niệu đạo TTL.

Bước 3: Giải phóng TTL khỏi cổ bàng quang: mở phúc mạc mặt trước bàng quang đi vào khoang Retzius, tiếp cận mặt trước TTL. Phẫu tích lớp mỡ trước cổ bàng quang dần về hướng TTL, vị trí mỡ dính chặt và không thể tách ra được chính là ranh giới giữa bàng quang và TTL, xử lý cổ bàng quang ở vị trí này.

Bước 4: Cắt hai cánh TTL: mở mạc nội chậu hai bên TTL cắt và cầm máu bằng dao hàn mạch hoặc kẹp mạch máu, chúng tôi không thực hiện kỹ thuật bảo tồn thần kinh cương đối với các trường hợp trong nghiên cứu này.

Bước 5: Giải phóng móm niệu đạo, cắt dây chằng mu TTL, tĩnh mạch lưng (chúng tôi không sử dụng kỹ thuật khâu không chế tĩnh mạch lưng mà sau khi cắt sẽ dùng một tay dụng cụ ép vào vị trí tĩnh mạch lưng, máu sẽ tự cầm sau khi cắt rời hoàn toàn niệu đạo), cắt rời niệu đạo và TTL.

Bước 6: Khâu phục hồi lưu thông nước tiểu bàng quang niệu đạo đặt dẫn lưu Douglas và kết thúc quy trình phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu

Biến số nghiên cứu: chia thành các nhóm trước phẫu thuật, trong phẫu thuật, hậu phẫu và tái khám.

Trước phẫu thuật: Tuổi, ASA, BMI, PSA, phân giai đoạn TNM, Giải phẫu bệnh (Gleason, ISUP), MRI, ước lượng thời gian sống còn.

Thời gian phẫu thuật (thời gian nạo hạch, thời gian cắt TTL và phục hồi lưu thông đường tiểu). Lượng máu mất, thời gian lưu thông tiểu, khả năng kiểm soát nước tiểu, thời gian nằm viện, các biến chứng. GPB sau phẫu thuật (Gleason, ISUP, bờ biên phẫu thuật, hạch bạch huyết).

Tái khám 8 tuần, 20 tuần: PSA, đánh giá khả năng kiểm soát nước tiểu, các biến chứng liên quan đến phẫu thuật.

Xử lý số liệu: Đánh giá tiên lượng thời gian sống còn của bệnh nhân bằng bảng điểm đánh giá tuổi thọ dự kiến của người bệnh ung thư TTL cao tuổi (≥ 70 tuổi) (theo hướng dẫn của Hội Niệu khoa Châu Âu EAU 2008), Bộ Y Tế (2020) [1]. Đánh giá khả năng kiểm soát nước tiểu bằng bảng điểm EPIC-CP (Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice) [15], bệnh nhân có sử dụng tã trong ngày được xếp vào nhóm không kiểm soát nước tiểu. Các biến số được phân tích với phần mềm SPSS 20, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

18 trường hợp thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh từ tháng 10/2022 đến 06/2024 tại khoa Ngoại Thận Tiết Niệu, Bệnh Viện Đa Khoa

Tỉnh Bình Dương được thực hiện LapRP + eLPND, có thời gian theo dõi đủ 20 tuần sau phẫu thuật.

Tuổi: Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 70,83 tuổi với thời gian tiên lượng sống thêm trung bình là 11,45 năm.

Đặc điểm hình ảnh học:

Thể tích TTL trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 50,56 ml, lớn nhất là 120,39 ml. Hình ảnh tổn thương chủ yếu trên MRI là PIRADS 4, 5, chiếm 83%.

Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật:

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân (PSA, GS/ISUP, cT)

Phân nhóm PSA	n, %	Phân nhóm GS/ISUP	n, %	Giai đoạn cT	n, %
< 10 ng/ml	3 (16,67%)	GS < 7 (ISUP 1)	0 (0%)	cT1-2a	1 (5,55%)
10 – 20 ng/ml	6 (33,33%)	GS 7 (ISUP 2, 3)	9 (50%)	cT2b	9 (50%)
> 20 ng/ml	9 (50%)	GS > 7 (ISUP 4,5)	9 (50%)	cT2c	3 (16,67%)
				cT3a	5 (27,78%)

Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán ung thư TTL có PSA > 20ng/ml với điểm Gleason > 7 chiếm tỉ lệ 50%; chủ yếu giai đoạn T từ 2b trở lên.

Đặc điểm nguy cơ tái phát sinh hóa:

Bảng 2. Phân nhóm nguy cơ tái phát sinh hóa theo EAU 2024

Mức độ nguy cơ	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	
Đặc điểm	PSA < 10 ng/ml Và GS <7 (ISUP 1) Và cT1-2a	PSA 10 -20 ng/ml Hoặc GS 7 (ISUP 2/3) Hoặc cT2b	PSA >20 ng/ml Hoặc GS >7 (ISUP 4/5) Hoặc cT2c	Bất kỳ PSA Bất kỳ điểm GS cT3-4 hoặc cN+
N (%)	0 (0%)	3 (16.67%)	10 (55.56%)	5 (27.78%)
Khu trú tại chỗ				Tại chỗ tiến triển

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ nguy cơ cao, chiếm tỉ lệ 83,33%.

Đặc điểm chu phẫu phẫu

Bảng 3. Đặc điểm trong phẫu thuật và hậu phẫu

Đặc điểm	Trung bình	Min – Max
Tổng thời gian phẫu thuật (phút)	301,67	250 – 400
Thời gian nạo hạch (phút)	122,22	100 – 150
Số hạch nạo được	19,78	15 – 25
Số lượng máu mất (ml)	355,56	250 – 600
Thời gian nằm viện (ngày)	9,33	4 – 19
Thời gian rút thông tiểu (ngày)	12,17	8 – 15

Chúng tôi hoàn tất quy trình phẫu thuật với thời gian trung bình là 301,67 phút, trong đó thời gian để thực hiện nạo hạch chậu mở rộng là 122,22 phút với trung bình 19,78 hạch lấy được.

Phân nhóm biến chứng theo Clavien- Dindo**Bảng 4. Biến chứng**

Phân loại biến chứng theo Clavien-Dindo	Số lượng, %
Clavien – Dindo I	4 (3 sốt nhẹ sau mổ, 1 nhiễm trùng vết trocar rốn)
Clavien – Dindo II	1 (dò miệng nối bàng quang niệu đạo)
Clavien – Dindo IIIa	0
Clavien – Dindo IIIb	1 (thủng trực tràng)
Clavien – Dindo IV/V	0

Biến chứng nặng Clavien- Dindo IIIb đã xảy ra ở 1 trường hợp trong thời gian nghiên cứu của chúng tôi

Giai đoạn T và N sau phẫu thuật**Bảng 5. Phân loại giai đoạn pT và pN**

Giai đoạn pT	Số lượng	Giai đoạn pN	Số lượng
T2b	5	N0	16
T2c	5		
T3a	2	N1	2
T3b	6		

2/18 trường hợp phát hiện hạch dương tính khi thực hiện nạo hạch chậu mở rộng

Bờ biên phẫu thuật: Chúng tôi đạt 17/18 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt TTL tận gốc đạt bờ biên phẫu thuật âm tính, chỉ có 1 trường hợp dương tính ở mỏm niệu đạo.

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau phẫu thuật**Bảng 6. Phân loại Gleason/ISUP sau phẫu thuật**

Phân nhóm Gleason/ISUP	Số lượng
ISUP 2 (GS 7 = 3+4)	0
ISUP 3 (GS 7 = 4+3)	8
ISUP 4 (GS 8)	2
ISUP 5 (GS 9 hoặc 10)	8

Điểm Gleason từ 7 trở lên và ISUP thuộc nhóm 3,4,5.

Đặc điểm kiểm soát nước tiểu: Tỷ lệ kiểm soát được nước tiểu hoàn toàn sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi 5 tháng sau phẫu thuật là 12/18 (66,67%) bệnh nhân phẫu thuật.

Tái khám sau 8 tuần & 20 tuần**Bảng 7. Đặc điểm PSA tái khám 8 tuần & 20 tuần sau phẫu thuật**

PSA	Sau 8 tuần	Sau 20 tuần
< 0,01	1	4
0,01 – 0,4	10	11
> 0,4	7	2
Trung bình (ng/ml)	4,67 ng/ml	0,51 ng/ml
Tổng (n)	18	17

Sau 8 tuần phẫu thuật, 11/18 bệnh nhân có PSA < 0,4 ng/ml và 7 bệnh nhân có PSA > 0,4 ng/ml

Sau 20 tuần phẫu thuật, có 15/17 bệnh nhân có PSA máu < 0,4ng/ml và 2 trường hợp có PSA máu > 0,4ng/ml. Có 1 bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim cấp ở giai đoạn này.

IV. BÀN LUẬN

Trong phạm vi bài này, chúng tôi phân tích đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân, chọn lựa phương pháp điều trị và kết quả sớm về ung thư học sau phẫu thuật Lap RP. PCa thường được phát hiện khá muộn [1], đặc biệt trong điều kiện y tế hiện nay, sự quá tải bệnh nhân ở các bệnh viện công thường xuyên diễn ra, trong khi việc đầu tư cho y tế vẫn chưa đáp ứng đủ nhu cầu xã hội.

Bệnh ung thư của tôi đã ở giai đoạn nào? Vấn đề bệnh nhân quan tâm nhất khi mắc PCa. Việc điều trị quá mức đối với những ung thư nguy cơ thấp và bệnh nhân phải chịu những rủi ro của điều trị hoặc thiếu quyết liệt đối với PCa nguy cơ cao, vì vậy tình trạng bệnh có thể chuyển biến xấu và tử vong cho người bệnh [9].

Bệnh nhân PCa ở nhóm nguy cơ thấp, ISUP nhóm 1 (GS<7) tại các mô bệnh học được lấy từ phẫu thuật cắt TTL tận gốc có tỉ lệ tái phát sinh hóa là 3,5%, xâm lấn túi tinh và di căn hạch không xảy ra, do đó nhóm này được coi là không có hoạt động trên lâm sàng về mặt ung thư [5]. Tuy vậy, trên thực tế có sự khác nhau giữa kết quả mô bệnh học giữa mẫu lấy từ TTL sau khi được phẫu thuật cắt tận gốc và mẫu bệnh phẩm được lấy qua sinh thiết bằng kim thường được sử dụng để

chẩn đoán PCa. Baboudjian và cộng sự (2022) [8], với nhóm ISUP nhóm 1; cT1-2a, khi sinh thiết bằng kim dưới hướng dẫn MRI, khi so sánh với mẫu bệnh phẩm TTL sau cắt TTL tận gốc có: 72% ISUP nhóm 2; 9% ISUP nhóm 3; 25% pT3a; 4% pT3b. Chẩn đoán giai đoạn PCa cần có sự xem xét từ nhiều yếu tố khác nhau: PSA, GS, ISUP, khối u và kể cả các hình ảnh chụp TTL và các mẫu bệnh phẩm được lấy. Vậy nên một quy trình theo dõi và giám sát tích cực cần được tuân thủ nghiêm ngặt với nhóm bệnh nhân điều trị bảo tồn khi có chẩn đoán PCa nguy cơ thấp.

Trong khi đó, nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao việc điều trị tích cực tại chỗ với phẫu thuật hoặc xạ trị là cần thiết, trừ khi bệnh nhân có sức khỏe hoặc tuổi thọ hạn chế [11]. Điều này phù hợp với đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nguy cơ trung bình và cao với các đặc điểm PSA máu <10ng/ml chiếm 16,67%; 10-20ng/ml chiếm tỉ lệ 33,3 % ; PSA >20ng/ml với tỉ lệ 50%. Điểm gleason 7 chiếm tỉ lệ 50%, và 50% có gleason ở mức 8 hoặc 9 và phân giai đoạn khối u từ T2 trở lên, 83,33% số trường hợp. Đánh giá về tình trạng sức khỏe chung và tuổi thọ của bệnh nhân cùng với việc chẩn đoán giai đoạn dựa trên các chứng cứ để có những kế hoạch điều trị phù hợp.

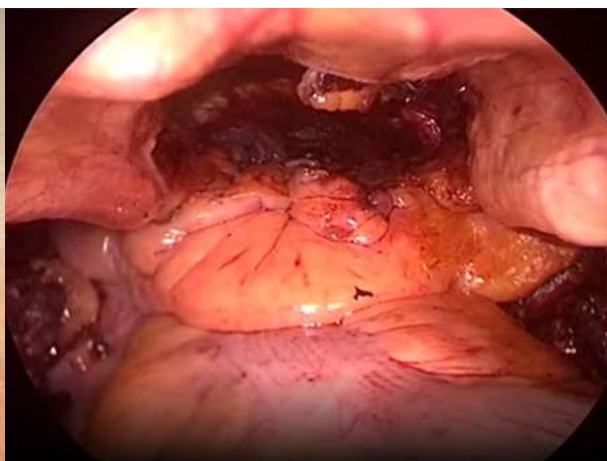
Tôi sẽ cần phương pháp điều trị nào? Lợi ích và nguy cơ?

Với ung thư TTL khu trú mức độ nguy cơ trung bình và cao, điều trị tích cực mang lại nhiều lợi ích về nguy cơ bệnh phát triển và cải thiện thời gian sống còn. PCa khu trú, nguy cơ cao có sức khỏe tốt và thời gian tiên

lượng sống thêm trên 10 năm, điều trị tại chỗ là một chỉ định bắt buộc [10].

Phẫu thuật cắt TTL tận gốc là một phương thức quan trọng trong điều trị ung thư TTL giai đoạn khu trú, cho khả năng kéo dài thời gian sống còn và trì hoãn tiến triển của bệnh, phẫu thuật cắt TTL tận gốc sau khi đã cân bằng lợi ích giữa khả năng sống còn và nguy cơ rối loạn cương [13]. Theo Vũ Lê Chuyên và cộng sự (2006) [4], một trong những phương pháp điều trị triệt để ung thư

TTL giai đoạn khu trú là cắt toàn phần tiền liệt tuyến qua nội soi ổ bụng vì tính an toàn, hiệu quả và kinh tế nếu so sánh với phẫu thuật có robot hỗ trợ. Theo Alberto Rosenblatt và cộng sự (2008) [7], ưu điểm lớn nhất của nội soi qua ổ bụng là phẫu trường thao tác rộng giúp cho phẫu thuật viên thực hiện các thao tác thuận lợi hơn, đặc biệt là đối với nhóm bệnh nhân ung thư TTL nguy cơ cao, có thực hiện nạo hạch chậu mở rộng.



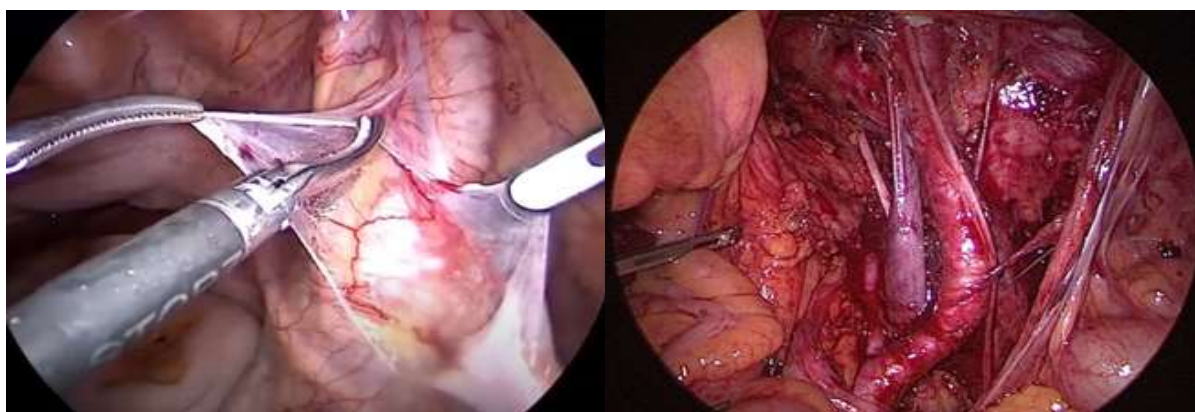
Hình 2. Tuyến tiền liệt sau khi đã lấy ra ngoài và hốc tuyến tiền liệt

Chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt TTL tận gốc và nạo hạch chậu mở rộng là một mô thức trong việc điều trị đối với các ung thư TTL giai đoạn khu trú, các kết quả đạt được tương đối an toàn với tổng thời gian phẫu thuật trung bình là 301,67 (250-400) phút; số hạch nạo được trung bình là 19,78 (15-25) hạch; lượng máu mất trung bình 355,56 (250-600)ml và thời gian nằm viện trung bình là 9,33 (4-19) ngày. Các biến chứng ở mức độ nhẹ với 3 trường hợp có sốt sau phẫu thuật, 1 trường hợp nhiễm trùng vết trocar rốn và 1 trường hợp dò nước tiểu miệng nối bàng quang niệu đạo kéo dài, những trường hợp này chúng tôi chăm sóc tại chỗ và bệnh nhân ổn định dần sau đó. 1 biến

chứng nặng, thủng trực tràng khi phẫu tích mặt sau TTL với một TTL thể tích 120gr, chúng tôi khâu lỗ thủng qua nội soi và mở hậu môn tạm đại tràng sigma, diễn tiến hậu phẫu bệnh nhân ổn định và chúng tôi tiến hành đóng hậu môn tạm 2 tháng sau đó. Từ sự cố này, chúng tôi đã chủ trương thực hiện phẫu tích mặt sau TTL trước đến mỏm niệu đạo và chèn một gạc nội soi vào khoang này để che chắn trực tràng và cũng như đánh dấu mặt trước trực tràng khi tiến hành giải phóng cổ bàng quang và mỏm niệu đạo, kể cả trong những trường hợp bất lợi như chảy máu hoặc TTL lớn chúng tôi cũng có thể tiến hành an toàn đối với việc tránh làm tổn thương trực tràng.

Bảng 8. So sánh kết quả của nghiên cứu với các tác giả

Chỉ số	Nghiên cứu của chúng tôi (n=18)	Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng (2022) (n=40) [2]	B. Guilloneau (1999) (n=40) [12]
Tuổi trung bình	70,83 ± 5.99	67.85 ± 7.63	65
Psa trước mổ	33.89 ng/ml	34.64 ng/ml	10.2 ng/ml
Thể tích TTL	50.56 ml	35.58 ml	-
Thời gian phẫu thuật	301.67 ± 36.98 phút	219.5 ± 74.67 phút	270 phút
Tỷ lệ BN nạo hạch	100%	27.5%	35%
Ước lượng máu mất	355.56 ml	393.75 ml	425 ml
≤ pT2	55.6%	67.5%	92.5%
pT3	44.4%	32.5%	7.5%
Gleason score sau mổ	8.00	7.34 ± 1.14	-
Bờ biên (+)	1/18	1/40	5/40
N1	2/18	0/11	0/14

**Hình 3. Nạo hạch chậu mở rộng**

Sự tiến bộ về chẩn đoán hình ảnh học, đặc biệt là hình ảnh phóng xạ đã có nhiều hứa hẹn về việc chẩn đoán hạch di căn. Tuy vậy, nạo hạch chậu vẫn là phương thức tin cậy nhất trong việc chẩn đoán giai đoạn hạch trong ung thư TTL [6] và nạo hạch chậu mở rộng cho thông tin về việc phân giai đoạn hạch tốt hơn so với nạo hạch chậu tiêu chuẩn [1,3]. Hội Tiết Niệu Châu Âu (EAU) đều đồng thuận rằng việc nạo hạch chậu không có lợi ích khi thực hiện trên những bệnh nhân ung thư TTL nguy cơ thấp nhưng đối với những ung thư TTL nguy cơ trung bình, cao

vẫn cần tuân thủ nạo hạch chậu mở rộng trong thiết kế phẫu thuật cắt TTL tận gốc [10].

Trong nghiên cứu chúng tôi có 2/18 trường hợp hạch dương sau khi nạo, điều này giúp chúng tôi có đầy đủ thông tin để đánh giá giai đoạn cho bệnh nhân và thực hiện sớm điều trị đa mô thức với ADT ngay trong thời gian hậu phẫu với mục tiêu đạt được kết quả tốt hơn về mặt tiến triển ung thư cho bệnh nhân. Trong một thử nghiệm ngẫu nhiên, ở người bệnh di căn hạch sau phẫu thuật cắt TTL triệt căn, điều trị ADT sớm và

liên tục cải thiện sống còn so với nhóm trì hoãn ADT[1,3]. Chỉ định trên những bệnh nhân có triệu chứng, u lan rộng tại chỗ, nồng độ PSA cao (trên 25 ng/ml). Sau cắt TTL, khi có hiện tượng tái phát sinh học thì việc điều trị nội tiết sớm được khuyến khích vì có hiệu quả[3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi thảo luận với những bệnh nhân trước khi phẫu thuật về phác đồ đa mô thức kết hợp phẫu thuật cắt TTL tận gốc nạo hạch chậu mở rộng đối với nhóm bệnh nhân cT3. Sau phẫu thuật đối với những bệnh nhân có bờ biên phẫu thuật hoặc hạch bạch huyết dương tính thì ADT hỗ trợ sau phẫu thuật cũng được chúng tôi tiến hành sớm cho bệnh nhân ngay trong thời gian hậu phẫu.

Sau phẫu thuật, việc theo dõi bệnh nhân để đánh giá sự hồi phục chức năng cơ quan và giám sát PSA để phát hiện sớm sự tái phát sinh hóa cũng như các tái phát tại chỗ hoặc di căn xa là một vấn đề quan trọng trong tiếp cận toàn diện kế hoạch điều trị bệnh nhân. Lịch tái khám và giám sát PSA được thực hiện lần đầu là 8 tuần sau phẫu thuật và tiếp theo mỗi 3 tháng trong năm đầu tiên [10], trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm tái khám 8 tuần sau phẫu thuật có 11/18 trường hợp PSA<0,4ng/dl và tại thời điểm 20 tuần có 15/17 trường hợp có PSA<0,4ng/dl (tại thời điểm này có 1/18 bệnh nhân của chúng tôi tử vong vì nhồi máu cơ tim).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt tuyến tiền liệt tận gốc và nạo hạch chậu mở rộng triển khai tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương là khả thi, an toàn với những kết quả sớm về ung thư học khả quan.

Nghiên cứu còn hạn chế do cỡ mẫu còn ít, thời gian theo dõi ngắn, cần tiếp tục nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn cùng với thời gian theo dõi dài hạn sau phẫu thuật để từ đó có những bằng chứng về lợi ích và nguy cơ của phương pháp điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư TTL, Số: 3130/QĐ-BYT, Hà Nội, ngày 17 tháng 7 năm 2020
2. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Tăng Kim Hồng, Nguyễn Ngọc Châu, Phạm Phú Phát, Đỗ Anh Toàn, Đỗ Lệnh Hùng, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Phúc Minh, Lê Nguyễn Minh Hoàng, Trang Võ Anh Vinh, Trần Đỗ Hữu Toàn** (2022), So sánh phẫu thuật cắt TTL tận gốc có Robot hỗ trợ với phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn: kinh nghiệm tại Bệnh viện Bình Dân, Tạp chí Y dược học Phạm Ngọc Thạch 1(1), tr99-108.
3. **Hội Tiết niệu Thận học Việt Nam**. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư TTL, VUNA cập nhật 2014.
4. **Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Tuấn Vinh và cộng sự** (2006). Phẫu thuật triệt để ung thư tiền liệt tuyến qua nội soi ổ bụng kinh nghiệm bước đầu qua 23 trường hợp. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, số 4, tập 10/2006.
5. **Anderson, B.B., et al.** Extraprostatic Extension Is Extremely Rare for Contemporary Gleason Score 6 Prostate Cancer. Eur Urol, 2017. 72: 455. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986368>
6. **Alberto Briganti, Michael L. Blute., et al.** Pelvic Lymph Node Dissection in Prostate Cancer. European Urology, Volume 55,

- Issue 6, June 2009, Pages 1251-1265.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2009.03.012>
7. **Alberto Rosenblatt, Renaud Bollens Baldo, Espinoza Cohen.** Transperitoneal Laparoscopic Radical Prostatectomy, Manual of Laparoscopic Urology- 2008 Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 95-117
 8. **Baboudjian, M., et al.** Grade group 1 prostate cancer on biopsy: are we still missing aggressive disease in the era of image-directed therapy? *World J Urol*, 2022. 40: 2423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3598044>
 9. **Bell, K.J., et al.** Prevalence of incidental prostate cancer: A systematic review of autopsy studies. *Int J Cancer*, 2015. 137: 1749. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25821151>
 10. **EAU - EANM - ESTRO - ESUR - ISUP – SIOG.** Guidelines on Prostate Cancer 2024
 11. **Fossati, N., et al.** The Benefits and Harms of Different Extents of Lymph Node Dissection During Radical Prostatectomy for Prostate Cancer: A Systematic Review. *Eur Urol*, 2017. 72: 84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28126351>
 12. **Guilloneau B, Cathelineau X, Barret E, Rozet F, Vallancien G.** Laparoscopic radical prostatectomy: technical and early oncological assesment of 40 operations. *Eur Urol* 1999; 36: 14–20
 13. **Luo, X., et al.** Prostatectomy Versus Observation for Localized Prostate Cancer: A Meta-Analysis. *Scand J Surg*, 2021. 110: 78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31662032>
 14. **Mattei, A., et al.** The template of the primary lymphatic landing sites of the prostate should be revisited: results of a multimodality mapping study. *Eur Urol*, 2008. 53: 118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17709171>
 15. **Peter Chang, Konrad M. Szymanski., et al.** Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice: Development and Validation of a Practical Health Related Quality of Life Instrument for Use in the Routine Clinical Care of Patients With Prostate Cancer. *THE JOURNAL OF UROLOGY*, Vol. 186, 865-872, Septemper 2011. doi: 10.1016/j.juro.2011.04.085
 16. **Schuessler W, Schulam P, Clayman R.** Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. *Urology* 1997; 50: 854–857

PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH NHÓM 6 TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY THEO THUYẾT GIẢI PHẪU MẠC TREO DẠ DÀY

Nguyễn Vũ Tuấn Anh^{1,2}, Bùi Đức Thịnh¹,
Bùi Minh Tín¹, Nguyễn Phúc Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Tần suất di căn hạch trong ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển rất cao, đặc biệt ở nhóm hạch vùng dưới môn vị, nhóm hạch số 6 (15-40%). Phẫu thuật nạo hạch nhóm 6 phải lấy được toàn bộ nhóm hạch, nhưng cũng cần đảm bảo an toàn, giảm thiểu tổn thương cơ quan lân cận như đầu tụy, đại tràng ngang cũng như các mạch máu vùng đầu tụy.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả trên 50 bệnh nhân carcinôm tuyến ở dạ dày, chưa xâm lấn cơ quan lân cận, chưa di căn xa, và điều trị bằng PTNS cắt dạ dày, nạo hạch tiêu chuẩn D2 theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội ung thư Nhật Bản. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nạo hạch vùng dưới môn vị theo thuyết mạc treo dạ dày, trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024.

Kết quả: Phẫu thuật nội soi nạo hạch vùng dưới môn vị được thực hiện thành công trên 50 người bệnh được chẩn đoán carcinoma tuyến của dạ dày. Thời gian nạo hạch nhóm 6 trung bình là 15 ± 8 phút, lượng máu mất khi nạo hạch nhóm 6 trung bình là 20 ± 27 ml. Số hạch nạo vét được trung bình là $4,3 \pm 2,1$ hạch, số hạch di căn trung

bình là $2,5 \pm 1,6$ hạch. Tỷ lệ di căn hạch nhóm 6 là 30%. 6% ghi nhận có viêm tụy sau mổ ở mức độ nhẹ, điều trị nội khoa bảo tồn.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi nạo hạch nhóm 6 theo thuyết mạc treo dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn và khả thi, và tạo cơ sở cho quá trình nạo vét hạch vùng dưới môn vị an toàn về mặt ung thư học.

Từ khóa: ung thư dạ dày, mạc treo dạ dày, phẫu thuật nội soi, nạo hạch

SUMMARY

LAPAROSCOPIC DISSECTION OF STATION NO.6 LYMPH NODES IN GASTRIC CANCER MANAGEMENT BASED ON MESOGASTRIUM THEORY

Background: The frequency of lymph node metastasis in advanced-stage gastric cancer is particularly high, especially in the infrapyloric lymph nodes (station No.6), with rates ranging from 15% to 40%. The dissection of station No.6 lymph nodes must ensure en block removal while maintaining safety and minimizing damage to adjacent structures such as the pancreatic head, transverse colon, and surrounding vasculature.

Methods: This cross-sectional descriptive study involved 50 patients diagnosed with gastric adenocarcinoma without invasion of adjacent organs or distant metastases. All patients underwent laparoscopic gastrectomy with standard D2 lymphadenectomy following the Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines. The infrapyloric lymph node dissection was

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Tuấn Anh

SĐT: 098 980 7713

Email: nv.tuananh12@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

performed based on the mesogastrium from January 2021 to December 2024.

Results: Laparoscopic infrapyloric lymph node dissection was successfully conducted in 50 patients with gastric adenocarcinoma. The average time for station No.6 dissection was 15 ± 8 minutes, with an average blood loss of 20 ± 27 mL. The mean number of dissected lymph nodes was 4.3 ± 2.1 , with 2.5 ± 1.6 metastatic lymph nodes. The metastasis rate of station No.6 was 30%. Mild postoperative pancreatitis was observed in 6% of cases, managed with conservative treatment.

Conclusion: Laparoscopic station No.6 lymph node dissection based on mesogastric anatomy theory is safe and feasible, facilitating for oncologically infrapyloric lymph node removal.

Từ khóa: Mesogastrium, gastric cancer, lymphadenectomy, Laparoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến hiện tại, ung thư dạ dày là bệnh lý ác tính với tỷ lệ mắc và tử vong cao, đặc biệt ở Đông Á(1). Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị ung thư dạ dày, trong đó nạo vét hạch triệt căn một cách có hệ thống đóng vai trò quan trọng. Phẫu thuật nạo vét hạch D2 đã chứng minh được hiệu quả trong việc giảm nguy cơ tái phát khối u và cải thiện tỷ lệ sống thêm của bệnh nhân(2).

Nhóm hạch bạch huyết số 6 được định nghĩa là các hạch bạch huyết vùng dưới môn vị dọc theo nhánh đầu tiên và phần gần của động mạch vị mạc nối phải, kéo dài đến hợp lưu của tĩnh mạch vị mạc nối phải và tĩnh mạch tụy tá tràng trên trước. Hạch số 6 có tỷ lệ di căn cao trong ung thư dạ dày, có thể lên đến khoảng 40% ở các trường hợp giai đoạn tiến triển, đặc biệt là các khối u ở 1/3 dưới dạ

dày. Theo Hướng dẫn Điều trị Ung thư Dạ dày Nhật Bản(2), việc nạo vét hạch số 6 cần được thực hiện triệt để, ngay cả trong nạo vét hạch D1 ở các trường hợp cắt toàn bộ dạ dày hoặc cắt phần xa dạ dày. Vì vậy, việc nạo vét hạch số 6 chính xác và đầy đủ là điều rất cần thiết.

Phẫu thuật nội soi cắt dạ dày, một phương pháp ít xâm lấn, hiện nay được chỉ định rộng rãi trong điều trị ung thư dạ dày. Theo Hướng dẫn Điều trị Ung thư Dạ dày Nhật Bản(2), PTNS cắt phần xa dạ dày đã được khuyến nghị như một kỹ thuật tiêu chuẩn cho ung thư dạ dày giai đoạn sớm. Trong khi đó, PTNS cắt dạ dày với ung thư giai đoạn tiến triển đã được nhiều báo cáo là có kết quả ngắn hạn và dài hạn tương đương với phẫu thuật mở(3). Tuy nhiên, việc nạo vét hạch số 6 đầy đủ và an toàn trong phẫu thuật nội soi đôi khi gặp thách thức kỹ thuật do cấu trúc giải phẫu phức tạp và nhiều biến thể giải phẫu của các mạch máu trong vùng dưới môn vị, cùng với các cơ quan lân cận như tụy và mạc treo đại tràng ngang dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật. Do đó, việc xác định đúng mặt phẳng phẫu thuật với kỹ thuật phù hợp là điều cần thiết để nạo vét hạch số 6 thành công.

Để hỗ trợ việc nạo vét hạch triệt để và an toàn, chúng tôi đề xuất và trình bày chi tiết kỹ thuật phẫu thuật nạo nhóm hạch số 6 qua cách tiếp cận theo mạc theo dạ dày(4, 5) nhằm đạt được nạo vét nhóm hạch vùng dưới môn vị an toàn và đầy đủ qua nội soi, đồng thời thúc đẩy ứng dụng rộng rãi hơn của lý thuyết cắt toàn bộ mạc treo dạ dày trong phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang mô tả trên 50 bệnh nhân carcinôm tuyến ở dạ dày, chưa

xâm lấn cơ quan lân cận, chưa di căn xa, và điều trị bằng PTNS cắt dạ dày, nạo hạch tiêu chuẩn D2 theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội ung thư Nhật Bản(2). Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nạo hạch vùng dưới môn vị theo lý thuyết mạc treo dạ dày(4, 5), trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024. Tiêu chuẩn chọn vào: (i) ung thư biểu mô tuyến của dạ dày, (ii) tuổi từ 18 đến 80, (iii) chưa xâm lấn cơ quan lân cận và chưa di căn xa. Tiêu chuẩn loại ra (i) phẫu thuật cắt dạ dày cấp cứu hoặc cắt dạ dày làm sạch do biến chứng (chảy máu, thủng u), (ii) có tiền căn hoặc đang đồng mắc bệnh ung thư khác, (iii) có hạch phì đại kích thước $\geq 3\text{cm}$, (iv) bệnh nhân có hóa trị trước phẫu thuật.

Kỹ thuật mổ

Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa, hai chân dạng và đầu cao 15 độ. Phẫu thuật viên chính đứng ở bên phải bệnh nhân, phẫu thuật viên phụ đứng bên trái và người cầm camera đứng giữa hai chân bệnh nhân. Sử dụng năm trocar, gồm một trocar camera 10 mm ở rốn, một trocar 12 mm ở vùng thất lưng bên phải và ba trocar 5 mm ở hạ sườn phải và trái và vùng thất lưng trái.

Sau tiến hành thăm sát khối u và toàn bộ ổ bụng, tiến hành nạo hạch nhóm 6 theo trình tự sau bước sau. Bước 1: cắt hoàn toàn mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang (hình 1); bước 2: cắt dây chằng vị - đại tràng (fusion fascia) (hình 2); bước 3: theo mặt phẳng vô mạch giữa mạc treo của dạ dày và đại tràng ngang, hạ toàn toàn mạc treo đại tràng ngang đến sát mạc trước tụy (hình 3); bước 4: theo mặt phẳng vô mạch giữa mạc treo dạ dày và mạc trước tụy, tách mạc treo dạ dày đến sát tá tràng để bộc lộ hoàn toàn tĩnh mạch vị mạc nối phải, động mạch vị phải và động

mạch dưới môn vị (hình 4); bước 5: kẹp và thắt tĩnh mạch vị mạc nối phải ngay chỗ đổ vô thân tĩnh mạch Henle; bước 6: kẹp và thắt tận gốc động mạch vị mạc nối phải và động mạch dưới môn vị ngay chỗ cho của động mạch vị tá tràng (hình 6). Toàn bộ nhóm hạch vùng dưới môn vị cùng mô mỡ trong mạc treo sẽ được lấy trọn khối cùng với bệnh phẩm dạ dày.

Các thông tin về đặc điểm bệnh nhân, kết quả phẫu thuật được thu thập theo mẫu định sẵn và phân tích bằng phần mềm SPSS22.

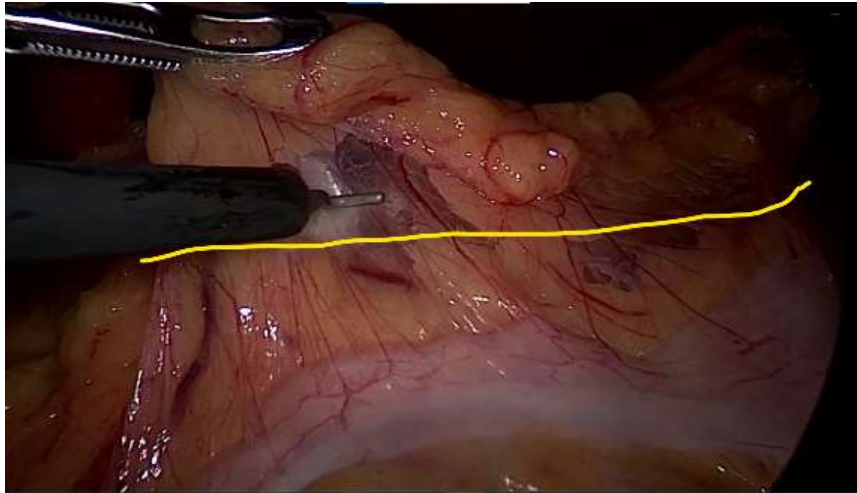
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, chúng tôi ghi nhận được 50 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, được PTNS cắt dạ dày, nạo hạch D2, nạo hạch vùng dưới môn vị theo thuyết mạc treo dạ dày. Trong đó 42 bệnh nhân được cắt phần xa dạ dày, và 8 trường hợp cắt toàn bộ dạ dày. Thời gian nạo hạch nhóm 6 trung bình là 15 ± 8 phút.

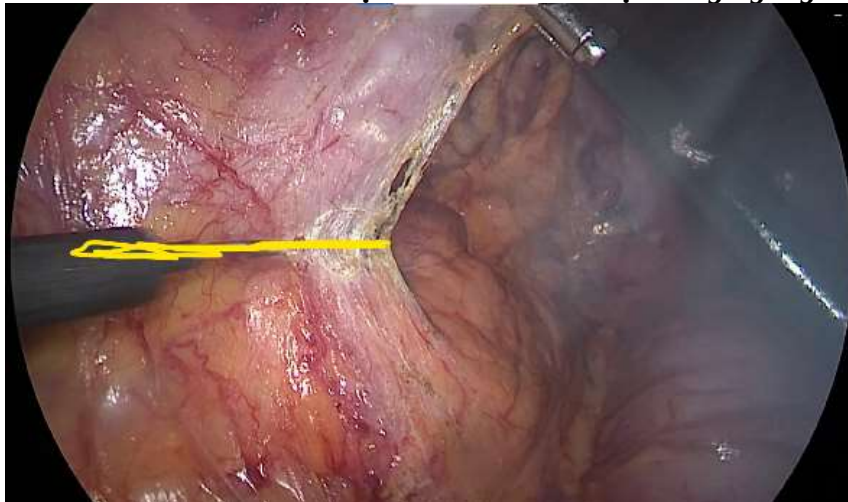
Có 37 nam (74%) và 13 nữ (26%) với độ tuổi trung bình là 62 tuổi (nhỏ nhất 26 và lớn nhất 76 tuổi). BMI trung bình là 21,6 (nhỏ nhất 17,1, lớn nhất 27.2).

Bệnh kèm theo gồm có 19 trường hợp (38%) gồm 10 trường hợp tăng huyết áp, 5 trường hợp đái tháo đường type 2, 3 trường hợp tăng huyết áp kèm theo bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và 1 trường hợp có bệnh tim thiếu máu cục bộ.

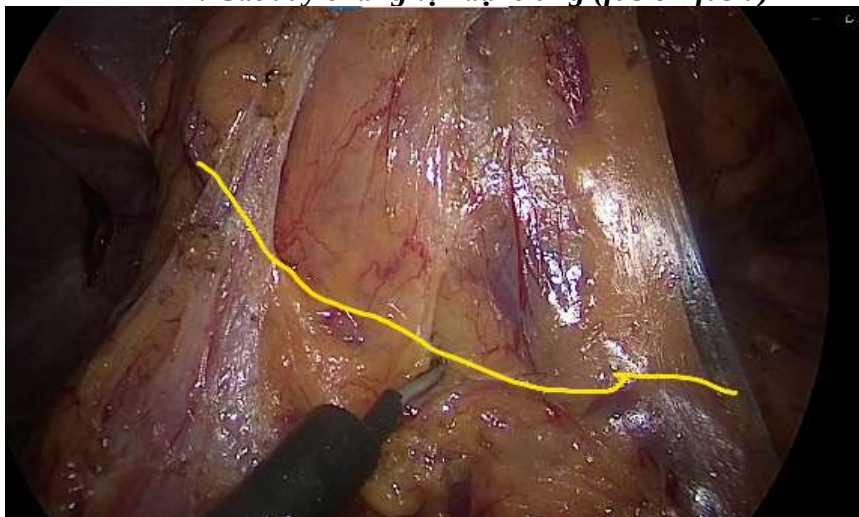
Tất cả các trường hợp đều được thực hiện thành công hoàn toàn bằng phẫu thuật nội soi, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở.



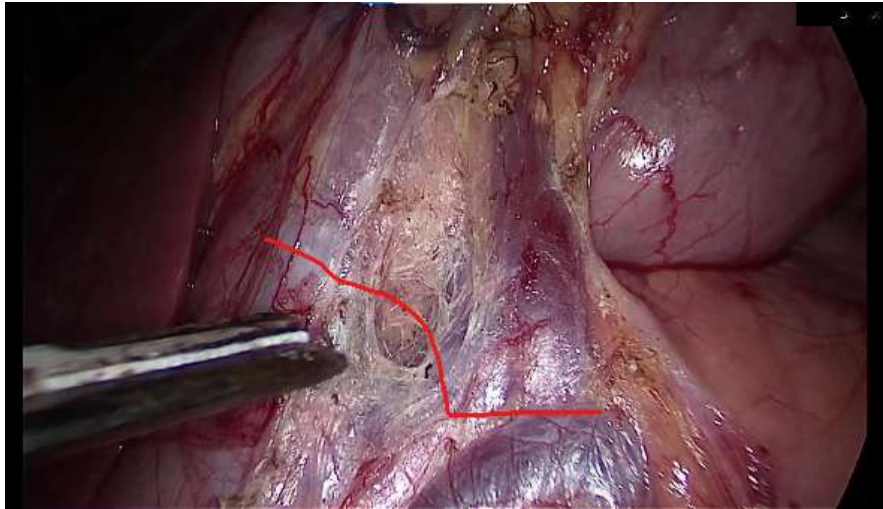
Hình 1: Cắt hoàn toàn mạc nối lớn ra khỏi đại tràng ngang¹⁰



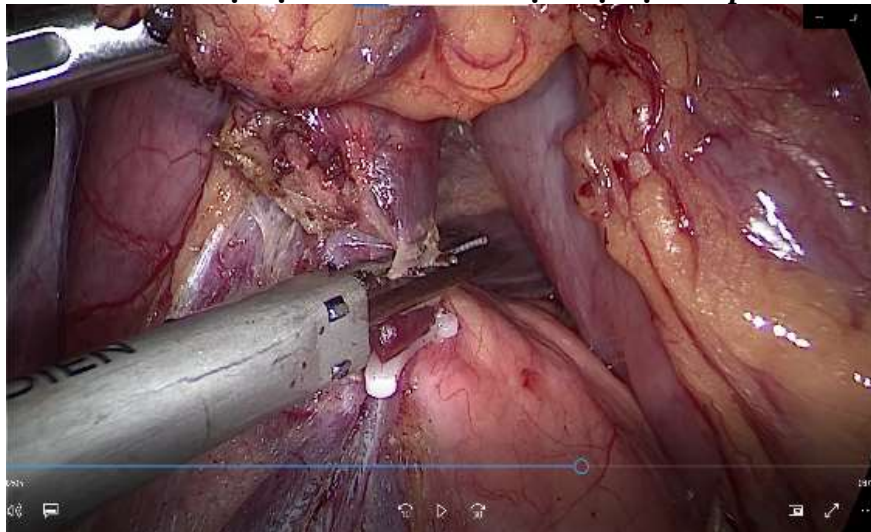
Hình 2: Cắt dây chằng vị - đại tràng (fusion fascia)



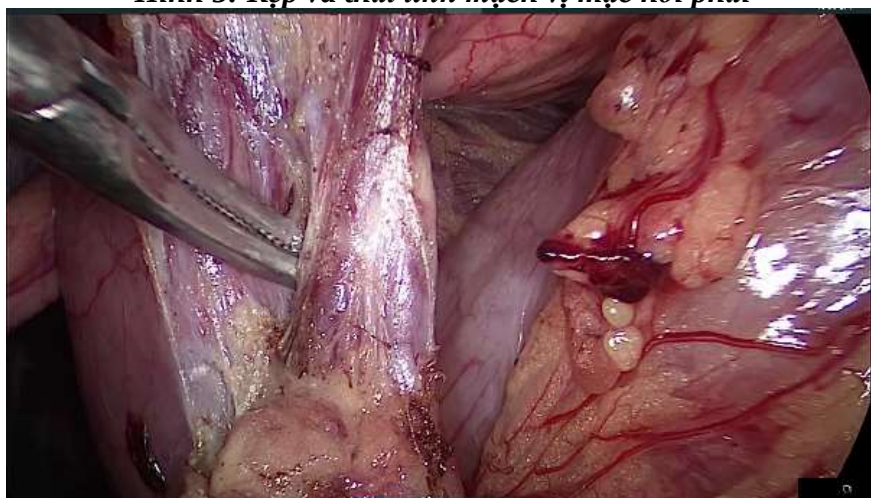
Hình 3: Mặt phẳng vô mạch giữa mạc treo của dạ dày và đại tràng ngang



Hình 4: Bộc lộ hoàn toàn tĩnh mạch vị mạc nối phải



Hình 5: Kẹp và thắt tĩnh mạch vị mạc nối phải



Hình 6: Động mạch vị mạc nối phải và động mạch dưới mô vị

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương và đặc điểm phẫu thuật

Kích thước u (cm)	3,6 (1 – 8)
- <5cm	41 (82%)
- ≥5cm	9 (18%)
Phân loại Borrmann	
- I	8 (16%)
- II	33 (66%)
- III	5 (10%)
- IV	4 (8%)
Mức độ xâm lấn tại chỗ (pT)	
- T1	5 (10%)
- T2	16 (32%)
- T3	11 (22%)
- T4a	18(36%)
Số lượng hạch (pN)	
- Hạch nạo vét được	32.8 ± 9.9
- Hạch di căn	2.8 ± 5.5
Số lượng hạch nhóm 6	
- Hạch nạo vét được	4,3 ± 2.1
- Hạch di căn	2,5 ± 1,6
- Số BN di căn hạch nhóm 6	15 (30%)
Giai đoạn di căn hạch N	
- N0	23 (46%)
- N1-3b	27 (54%)
Vị trí u theo trục dọc	
- 1/3 trên	6 (12%)
- 1/3 giữa	13 (26%)
- 1/3 dưới	31 (62%)
Vị trí khối u theo mặt phẳng ngang	
- Thành trước	15(30%)
- Thành sau	3 (6%)
- Bờ cong nhỏ	19 (38%)
- Bờ cong lớn	10 (20%)
- Toàn bộ chu vi	3 (6%)
Độ biệt hoá tế bào	
- Biệt hoá tốt hoặc trung bình	30 (60%)
- Biệt hoá kém hoặc không biệt hoá	20 (40%)
Thời gian phẫu thuật (phút)	218 (120 – 290)
Thời gian nạo hạch nhóm 6 (phút)	15 ± 8
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	7,8 (5 -14)

Có 3 trường hợp (6%) viêm tụy sau mổ ở mức độ nhẹ, điều trị nội khoa bảo tồn. Chưa ghi nhận các biến chứng sớm của phẫu thuật như: xì rò miệng nối, hẹp miệng nối, xì rò mồm tá tràng, chảy máu, tụ dịch sau mổ, viêm tụy cấp. Không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. Diện cắt không có tế bào ung thư trong tất cả (100%) các trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Quá trình gieo rắc các tế bào ung thư là nguyên nhân chính dẫn đến tái phát và tử vong liên quan đến ung thư. Để tránh gieo rắc tế bào ung thư cũng như để giảm thiểu tồn dư tế bào ung thư trong phẫu thuật, cắt bỏ tổn thương nguyên phát và mô lân cận (en bloc) như mạc treo của đường tiêu hóa, đã bắt đầu trở thành tiêu chuẩn vàng của phẫu thuật triệt để. Trong ung thư đại trực tràng, cắt bỏ toàn bộ mạc treo (CME, TME) đã được sử dụng rộng rãi và chúng đã cải thiện tiên lượng đáng kể(4). Tuy nhiên vẫn chưa có phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trong ung thư dạ dày.

Các nghiên cứu trước đây đã chứng minh sự tồn tại của các tế bào ung thư trong mạc treo dạ dày, vì vậy phương pháp phẫu thuật cắt dạ dày nạo hạch D2 cộng với cắt bỏ hoàn toàn mạc treo (D2+CME) để cắt bỏ tổn thương nguyên phát và mô lân cận nhằm mục đích tránh để tế bào ung thư sót lại hoặc gieo rắc tế bào ung thư là hướng đi mới, vẫn chưa có nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng để đánh giá hiệu quả điều trị của nó(4-6). Phương pháp này hứa hẹn có thể đưa ra những thay đổi trong điều trị và tiên lượng ung thư dạ dày trong tương lai. Phương thức di căn phổ biến nhất trong ung thư dạ dày là di căn hạch bạch huyết, nên cốt lõi trong điều

trị ung thư dạ dày là bóc tách hoàn toàn các hạch bạch huyết khu vực quanh dạ dày.

Nghiên cứu này chứng minh kết quả ngắn hạn khả quan và hiệu quả nạo hạch của PTNS nạo vét hạch dưới môn vị theo thuyết mạc treo dạ dày trong ung thư dạ dày. Với 50 bệnh nhân ung thư dạ dày, phương pháp mới này nạo được $4,3 \pm 2,1$ hạch nhóm 6, trong đó có $2,5 \pm 1,6$ hạch di căn, tỉ lệ di căn hạch nhóm 6 là 30%. Trong khi đó, thời gian phẫu thuật là 218 (120 – 290) phút, và tỷ lệ biến chứng sau mổ chỉ 6%, tất cả đều là biến chứng nhẹ, điều trị nội khoa bảo tồn thành công. Không ghi nhận biến chứng nào liên quan đến việc nạo vét hạch số 6 như tổn thương tạng lân cận, tổn thương mạch máu lớn. Cuối cùng, số lượng trung bình hạch bạch huyết tổng và hạch số 6 thu được tương đương hoặc cao hơn so với các báo cáo trước đây về PTNS hoặc mở.

Nạo vét hạch đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật ung thư dạ dày, và nạo hạch D2 góp phần giảm tái phát tại chỗ và tử vong liên quan đến ung thư dạ dày. Vì hạch số 6 là một trong những nhóm hạch di căn nhiều nhất, nạo vét hoàn toàn nhóm hạch số 6 là rất cần thiết trong phẫu thuật triệt căn, ngay cả với nạo hạch D1 hoặc D1+ đối với ung thư giai đoạn sớm, cũng như giai đoạn tiến triển. Hạch số 6 chủ yếu dẫn lưu bạch huyết từ 1/3 dưới của dạ dày, vị trí vẫn phổ biến nhất của ung thư dạ dày. Bất kể vị trí khối u, tỷ lệ di căn hạch số 6 khá cao. Nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận tỷ lệ di căn hạch số 6 là 15 – 40% (7, 8). Vì vậy, khả năng còn sót bệnh tại nhóm hạch dưới môn vị có thể tăng lên ở những bệnh nhân ung thư dạ dày không được nạo vét hạch số 6 đầy đủ. Tuy nhiên, nạo vét hoàn toàn hạch số 6 trong PTNS hiện nay vẫn còn nhiều thử thách, do nhiều cấu

trúc quan trọng cũng như các biến thể về mạch máu vùng đầu tụy(8).

Kỹ thuật cắt trọn túi mạc nối (Bursectomy) đã được các bác sĩ phẫu thuật Nhật Bản đề xuất từ những năm 1960 với mục đích loại bỏ các tế bào ung thư trong túi mạc nối nhỏ và loại bỏ hoàn toàn hạch bạch huyết dưới môn vị(4). Tuy nhiên, cắt trọn túi mạc nối không được chứng minh cải thiện kết quả sống còn cho bệnh nhân ung thư dạ dày có thể phẫu thuật trong một thử nghiệm ngẫu nhiên đa trung tâm. Mặc dù vậy, cắt trọn túi mạc nối có thể thu được nhiều hạch bạch huyết hơn, và Blouhos cùng cộng sự cho rằng một phẫu thuật dễ dàng và hoàn chỉnh để nạo vét hạch bạch huyết dưới môn vị có thể đạt được qua mặt phẳng phẫu thuật của bursectomy bên phải. Mặc dù việc thu nhiều hạch bạch huyết hơn không nhất thiết liên quan đến kéo dài thời gian sống thêm cho người bệnh, nhưng nạo nhiều hạch bạch huyết hơn sẽ tăng cơ hội chữa khỏi và giảm nguy cơ chuyển giai đoạn ung thư. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy nạo hạch bạch huyết dưới môn vị qua tiếp cận mạc treo dạ dày có thể giúp xác định mặt phẳng phẫu thuật đúng, giảm thiểu khả năng gieo rắc tế bào ung thư do cắt các mạch bạch huyết ở mặt phẳng không phù hợp và tạo điều kiện thuận lợi cho việc nạo vét hạch dễ dàng và đầy đủ. Các nguy cơ chính của PTNS soi nạo hạch nhóm 6 theo thuyết mạc treo dạ dày là tổn thương đại tràng, nhu mô tụy và các mạch máu vùng đầu tụy. Do đó, việc hiểu rõ giải phẫu của vùng này là rất quan trọng. Việc nhận biết các cấu trúc giải phẫu quan trọng, bao gồm mạc treo đại tràng ngang, các mạch máu đại tràng giữa, bờ dưới

của tụy, là điều thiết yếu để tránh tổn thương và nhận biết đúng mặt phẳng phẫu thuật.

Phương pháp của chúng tôi mang lại nhiều lợi ích tiềm năng trong PTNS nạo nhóm hạch dưới môn vị. Thứ nhất, quy trình của chúng tôi có thể giúp nạo vét hoàn chỉnh hơn các hạch bạch huyết dưới môn vị và tránh bỏ sót, như phần bên phải của nhóm hạch số 6v nằm gần tá tràng và các hạch bám sát bao tụy tụy, thường dễ bị bỏ qua khi nạo vét qua PTNS. Ngoài ra, quy trình của chúng tôi còn giúp bộc lộ tĩnh mạch tụy tá tràng trên trước và hợp lưu của tĩnh mạch tụy tá tràng trên trước với tĩnh mạch vị mạc nối phải. Cuối cùng, quy trình này tạo điều kiện xác định mặt phẳng phẫu thuật chính xác và loại bỏ toàn bộ mạc nối lớn, thường được tích hợp trong phẫu thuật cắt dạ dày tiêu chuẩn đối với các khối u xâm lấn quá lớp cơ. Mặt phẳng không chính xác có thể gây sót mạc nối lớn và hạch nhóm 6 bên mạc treo đại tràng ngang.

Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu này là nghiên cứu cắt ngang mô tả với cỡ mẫu còn nhỏ. Thứ hai, một số bệnh nhân giai đoạn sớm đã được đưa vào nghiên cứu. Theo quan điểm của chúng tôi, mặt phẳng phẫu thuật tự nhiên lỏng lẻo giúp giảm nguy cơ tổn thương các mạch máu và cơ quan lân cận, hỗ trợ nạo vét hạch bạch huyết dưới môn vị dễ dàng, an toàn và đầy đủ hơn. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng đối với bệnh nhân giai đoạn sớm, quy trình của chúng tôi được coi là một phương pháp phẫu thuật xâm lấn hơn, và cần thận trọng khi thực hiện trên những bệnh nhân này. Nghiên cứu cũng không có nhóm mở mở và nhóm PTNS theo phương pháp truyền

thống để so sánh nhằm làm rõ thêm lợi ích của kỹ thuật mới này.

Mặc dù có những hạn chế trên, mục tiêu của nghiên cứu này là mô tả chi tiết phương pháp nạo vét hạch bạch huyết số 6 qua PTNS bằng cách tiếp cận mạc treo dạ dày, và kết quả thu được cho thấy tính an toàn và khả thi của kỹ thuật này. Theo hiểu biết của chúng tôi, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam mô tả chi tiết kỹ thuật PTNS nạo vét hạch nhóm 6 theo thuyết giải phẫu mạc treo dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi nạo vét hạch nhóm 6 theo thuyết mạc treo dạ dày trong điều trị ung thư dạ dày là an toàn và khả thi, và tạo cơ sở cho quá trình nạo vét hạch vùng dưới môn vị an toàn về mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-49. Epub 2021/02/05.
2. **Japanese Gastric Cancer A.** Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer.* 2022.
3. **Hoon Hur, Hyun Yong L, et al.** Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: the protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer.* 2015;15(1).
4. **Shinohara H, Kurahashi Y, Ishida Y.** Gastric equivalent of the 'Holy Plane' to standardize the surgical concept of stomach cancer to mesogastric excision: updating Jamieson and Dobson's historic schema. *Gastric Cancer.* 2021;24(2):273-82. Epub 2021/01/03.
5. **Shinohara H, Kurahashi Y, Kanaya S, Haruta S, Ueno M, Udagawa H, et al.** Topographic anatomy and laparoscopic technique for dissection of no. 6 infrapyloric lymph nodes in gastric cancer surgery. *Gastric Cancer.* 2013;16(4):615-20.
6. **Shinohara H, Kurahashi Y, Haruta S, Ishida Y, Sasako M.** Universalization of the operative strategy by systematic mesogastric excision for stomach cancer with that for total mesorectal excision and complete mesocolic excision colorectal counterparts. *Ann Gastroenterol Surg.* 2018;2(1):28-36. Epub 2018/06/05.
7. **Han KB, Jang YJ, Kim JH, Park SS, Park SH, Kim SJ, et al.** Clinical significance of the pattern of lymph node metastasis depending on the location of gastric cancer. *J Gastric Cancer.* 2011;11(2):86-93. Epub 2011/11/15.
8. **Yang K, Zhang WH, Liu K, Chen XZ, Chen XL, Zhou ZG, et al.** Laparoscopic infrapyloric lymph nodes dissection through the right bursa omentalis approach for gastric cancer. *BMC Surg.* 2021;21(1):021-01192.

NẠO HẠCH RỘNG TRONG CÁC TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG CÓ HẠCH DI CĂN

Trịnh Nguyên Bách¹, Nguyễn Ngọc Châu¹, Văn Thành Trung¹,
Phạm Hữu Đoàn¹, Hoàng Thiên Phúc¹,
Võ Trọng Thanh Phong¹, Nguyễn Hoàng Luông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các trường hợp có hạch di căn trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc do ung thư bàng quang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi thực hiện được 11 trường hợp nạo hạch rộng có hạch di căn từ tháng 2/2023 đến tháng 4/2024 tại bệnh viện Bình Dân. Theo dõi sau phẫu thuật và hậu phẫu 4 tuần xem xét các yếu tố: thời gian nằm viện, lượng máu mất, tai biến biến chứng trong phẫu thuật và sau phẫu thuật.

Kết quả: Trong 11 trường hợp nạo hạch rộng có hạch di căn, có 2 trường hợp phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc chuyển lưu nước tiểu qua ống hồi tràng và 9 trường hợp cắt bàng quang tận gốc đưa 2 niệu quản ra da, không có tai biến trong phẫu thuật, thời gian nạo hạch rộng trung bình là 60 phút, lượng máu mất trung bình trong thời gian nạo hạch là không đáng kể, thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày, tái khám sau 4 tuần ghi nhận có 1 trường hợp nang bạch huyết sau phẫu thuật. Số lượng hạch nạo được trung bình là 11 hạch.

Kết luận: Bước đầu đánh giá một vài trường hợp có hạch di căn trong nạo hạch rộng trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc do ung thư bàng quang thấy an toàn và khả thi, góp phần định giai đoạn sau phẫu thuật phục vụ cho bước điều trị tiếp theo.

Từ khóa: nạo hạch rộng, ung thư bàng quang, cắt bàng quang tận gốc.

SUMMARY

EXTENDED LYMPHADENECTOMY IN THE TREATMENT OF BLADDER CANCER WITH LYMPH NODE METASTASIS

Objective: Assessment of lymph node metastasis in extended lymphadenectomy in radical cystectomy for bladder cancer.

Methods: A case series study, we performed 11 cases of lymph node metastasis of extended lymphadenectomy with lymph node metastasis from February 2023 to April 2024 at Binh Dan hospital. Patients were followed up after surgery and 4 weeks after surgery considering factors: hospital stay, blood loss, complications during surgery and after surgery.

Results: In 11 cases of extended lymphadenectomy, there were 9 cases of radical cystectomy with ureterostomy and 2 cases of radical cystectomy with ileal conduit, there were no intraoperative complications, the average time of lymphadenectomy was 60 minutes, the average blood loss during lymphadenectomy was insignificant, the average hospital stay was 10

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Nguyên Bách

SĐT: 0369509529

Email: bstrinhnguyenbach@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

days, the follow-up examination after 4 weeks had recorded 1 lymphocele case. The average number of dissected lymph nodes was 11.

Conclusions: Initial evaluation of a small number of cases with lymph node metastasis undergoing of extended lymphadenectomy in radical cystectomy for bladder cancer suggests that the procedure is safe and achievable, contributing to post-operative staging for the next treatment step.

Keywords: extended lymphadenectomy, bladder cancer, radical cystectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong những bệnh lý ác tính phổ biến của hệ tiết niệu. Ở giai đoạn ung thư bàng quang xâm lấn cơ, cắt bàng quang tận gốc được xem là phương pháp điều trị tiêu chuẩn.¹ Di căn hạch chiếm tỷ lệ đáng kể, khoảng 20-25% tại thời điểm phẫu thuật, việc xác định di căn hạch có ý nghĩa quan trọng trong tiên lượng cũng như quyết định điều trị hỗ trợ. Nạo hạch không chỉ giúp xác định giai đoạn bệnh mà còn mang lại giá trị điều trị trong một số trường hợp di căn hạch.^{1,2}

Từ những năm 1936, Colston và Leadbetter³ đã nhận thấy khoảng 25% trường hợp ung thư bàng quang có di căn hạch giới hạn trong vùng chậu, từ đó đặt nền móng cho việc kết hợp nạo hạch trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc. Đến năm 1982, Skinner báo cáo tỷ lệ sống không tái phát 10 năm đạt 15-35% ở bệnh nhân có di căn hạch được nạo hạch triệt để mà không hóa trị toàn thân.⁴ Mặc dù trước đây, phạm vi nạo hạch thường giới hạn ở nhóm hạch bịt, chậu ngoài và chậu trong, nhưng các nghiên cứu gần đây cho

thấy ung thư bàng quang có thể di căn đến các hạch hạch xa hơn, thậm chí đến mức động mạch mạc treo tràng dưới. Số lượng hạch nạo được cũng có liên quan mật thiết đến tiên lượng, với bằng chứng cho thấy nạo ít nhất 10 hạch có thể cải thiện tỷ lệ sống sau 5 năm từ 44% lên 61%.⁵ Do đó, vai trò của nạo hạch rộng giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị ở những trường hợp có hạch di căn.

Ở trong nước, một số nghiên cứu ghi nhận di căn hạch xa ngay cả khi các nhóm hạch gần không có di căn, điều này cho thấy nạo hạch tiêu chuẩn có thể không đủ để đánh giá chính xác giai đoạn bệnh. Các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Ân⁶ và tác giả Lê Lương Vinh⁷ cũng ủng hộ quan điểm mở rộng phạm vi nạo hạch để cải thiện kết quả điều trị.

Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu “Nạo hạch rộng trong các trường hợp điều trị ung thư bàng quang có hạch di căn” nhằm tập trung phân tích đặc điểm của những bệnh nhân ung thư bàng quang có hạch di căn, qua đó cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn về vai trò của nạo hạch rộng trong điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả hàng loạt trường hợp, tiến cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu từ tháng 2 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024, tại Bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư bàng quang điều trị tại Bệnh viện Bình Dân, có chỉ định mổ mở cắt bàng quang tận gốc, đủ điều kiện để tiến hành nạo hạch rộng sau cắt bàng quang tận gốc qua mổ mở, có giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là di căn hạch:

Giai đoạn ung thư: pT1 nguy cơ cao, pT2 – T4a, pN1 – N3, pM0.

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc.

Bệnh nhân có thể trạng trung bình hoặc tốt, đánh giá ASA 1 – 3 điểm.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật và/hay xạ trị vùng chậu do ung thư đại trực tràng, tử cung, cổ tử cung.

Bệnh nhân được điều trị bảo tồn ung thư bàng quang xâm lấn cơ trước đó bằng liệu pháp đa mô thức: cắt đốt nội soi trọn bướu, cắt một phần bàng quang, xạ trị và hóa trị.

Bệnh nhân có các bệnh lý liên quan đến hệ bạch huyết: ung thư lympho không Hodgkin và ung thư lympho Hodgkin, lao hạch bạch huyết, phù bạch mạch, viêm hạch bạch huyết, viêm mạch bạch huyết.

Các bước tiến hành và thu thập số liệu

Thu thập số liệu trước phẫu thuật

Ghi nhận tổng trạng BN, tiền căn trước phẫu thuật nhằm phát hiện những tiêu chuẩn loại trừ.

Siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cản quang đánh giá giai đoạn ung thư bàng quang trước phẫu thuật, mức độ xâm lấn bướu ra xung quanh hoặc di căn, đánh giá di căn hạch đại thể về hình ảnh học.

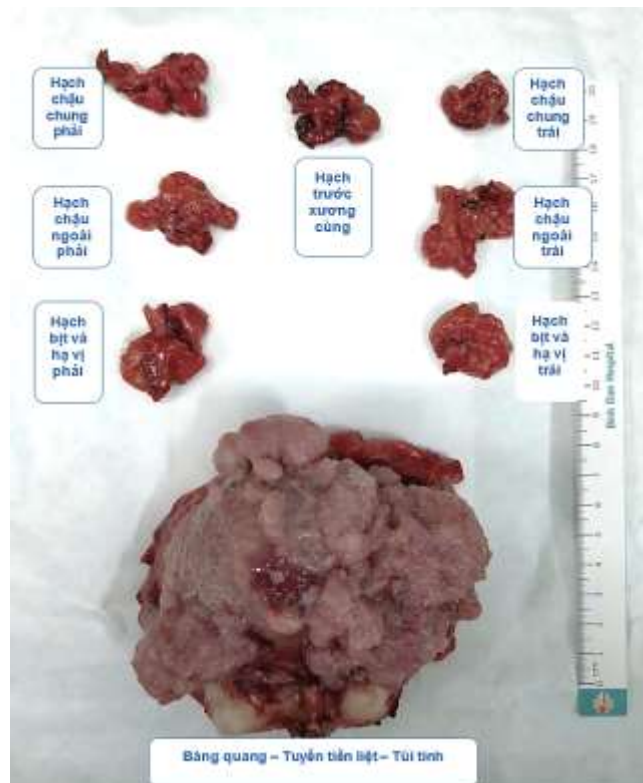
Ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh của những lần cắt đốt nội soi bướu bàng quang qua ngả niệu đạo hoặc nội soi sinh thiết bướu bàng quang: loại tế bào ung thư, độ biệt hóa, mức độ xâm lấn.

Lúc phẫu thuật

Quy trình phẫu thuật: Đặt BN nằm ngửa, rửa và sát trùng vùng bụng dưới và trên rốn. Đặt thông Foley niệu đạo, bơm bong bóng 20ml.

Cắt bàng quang: rạch da đường giữa bụng, trên dưới rốn, qua các lớp cân cơ, xẻ phúc mạc, bóc lộ và cắt dây chằng rốn giữa. Đặt dụng cụ bóc lộ phẫu trường. Đánh giá sự xâm lấn xung quanh của bướu, di căn gan và ổ bụng. Rạch phúc mạc chậu. Bóc tách bóc lộ và kẹp cắt 2 niệu quản. Bóc tách bóc lộ, kẹp và cắt rời các cuống mạch máu bàng quang, tử cung 2 bên; cắt bàng quang, tử cung và thành trước âm đạo thành một khối với BN nữ. Bóc tách bóc lộ, kẹp và cắt rời các cuống mạch máu bàng quang, tuyến tiền liệt 2 bên; cắt bàng quang, tuyến tiền liệt và 2 túi tinh thành một khối với BN nam.

Nạo hạch chậu mở rộng 2 bên, đánh giá sự di căn hạch đại thể. Giới hạn trên là vị trí phân chia động mạch chủ bụng, ranh giới ngoài là thần kinh sinh dục đùi, giới hạn dưới là hạch bẹn sâu cao nhất (Cloquet), ranh giới sau là bó mạch hạ vị, hố bịt và trước xương cùng. Nạo hạch theo 7 vùng giải phẫu, mỗi vùng được lần lượt nạo riêng và gửi giải phẫu bệnh từng nhóm hạch riêng biệt.^{6,8}



Hình 1. Bảng quang và 7 nhóm hạch được bóc tách



Hình 2. Phẫu trường sau nạo hạch

Hạch bịt và hạ vị trái: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chậu chung trái – sàn chậu – động mạch chậu ngoài trái – thành chậu bên trái – bó mạch chậu trong trái – thành bên trái bàng quang.

Hạch bịt và hạ vị phải: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chậu chung phải – sàn chậu – động mạch chậu ngoài phải – thành chậu bên phải – bó mạch chậu trong phải – thành bên phải bàng quang.

Hạch chậu ngoài trái: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chậu chung trái – sàn chậu – thần kinh sinh dục đùi trái – động mạch chậu ngoài trái.

Hạch chậu ngoài phải: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chậu chung phải – sàn chậu – thần kinh sinh dục đùi phải – động mạch chậu ngoài phải.

Hạch chậu chung trái: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chủ bụng – nơi chia của động mạch chậu chung trái – thần kinh sinh dục đùi trái – nhóm hạch trước xương cùng.

Hạch chậu chung phải: giới hạn bởi nơi chia của động mạch chủ bụng – nơi chia của động mạch chậu chung phải – thần kinh sinh dục đùi phải – nhóm hạch trước xương cùng.

Hạch trước xương cùng: tam giác giới hạn bởi nơi chia của động mạch chủ – động mạch chậu chung 2 bên – xương cùng.

Trong giai đoạn nạo hạch, ghi nhận thời gian nạo hạch, lượng máu mất trong lúc nạo hạch, các tai biến xảy ra trong lúc nạo hạch.

Bàng quang – tuyến tiền liệt – túi tinh và 7 nhóm hạch được cố định bằng dung dịch Formol đậm trung tính 10% bằng 8 túi riêng biệt. Riêng bàng quang – tuyến tiền liệt – túi tinh được xẻ lòng để dung dịch Formol 10% ngấm đều vào bệnh phẩm. Bệnh phẩm sau đó được gửi xuống khoa Giải Phẫu Bệnh để được cắt lọc và đọc theo quy trình.⁹

Sau khi nạo hạch xong, tùy vào từng BN cụ thể mà chuyển lưu nước tiểu hoặc tạo hình bàng quang bằng ruột, dẫn lưu hố chậu, ngoại phúc mạc hóa bàng quang tân tạo nếu có tạo hình bàng quang bằng ruột (hoặc dùng phúc mạc che phủ các ống chuyển lưu nước tiểu), đóng bụng từng lớp, cố định kỹ các ống thông.

Theo dõi hậu phẫu

Theo dõi hoạt động của các ống thông niệu quản, thông mở bàng quang ra da, thông niệu đạo, tùy vào chuyển lưu nước tiểu hay tạo hình bàng quang bằng ruột.

Theo dõi lượng dịch từ các ống dẫn lưu hố chậu: thông thường rút ngày thứ 4 – 5 khi hết ra dịch và siêu âm bụng không có tụ dịch.

Ghi nhận thời gian nằm viện hậu phẫu.

Quy trình xử lý bệnh phẩm hạch

Mô tả đại thể: Số lượng hạch trong mỗi nhóm hạch; Kích thước hạch lớn nhất trong mỗi nhóm hạch; Hình dạng, màu sắc hạch, nghi có di căn không.

Cắt lọc bệnh phẩm làm xét nghiệm mô bệnh học: Tất cả các hạch đều được xét nghiệm mô bệnh học; Hạch nhỏ (< 3mm) được thử riêng 1 mẫu; Vài hạch nhỏ hơn có thể để chung trong 1 khuôn nhựa; Hạch lớn được cắt đôi, sau đó có thể cắt lát 2 – 3 mm, diện cắt càng lớn càng tốt và có thể để riêng trong từng khuôn nhựa; Phần còn lại để trong lọ chứa Formol, để riêng theo từng nhóm; Các bệnh phẩm hạch cắt lọc được nhuộm hai màu Hematoxyline – Eosin.

Đọc tiêu bản: Quan sát dưới kính hiển vi, sử dụng kính hiển vi quang học với các vật kính (VK) lần lượt: VK4, VK10, VK40 để quan sát tổng quát và chi tiết; Chọn hình ảnh cần chụp ở độ phóng đại 10 lần hoặc 40 lần nếu cần

Tái khám vào thời điểm 1 tháng

Siêu âm bụng kiểm tra biến chứng tụ dịch, rò bạch huyết, nang bạch huyết.

Kết hợp hóa trị toàn thân hỗ trợ khi có

chỉ định sau khi hội chẩn với các bác sĩ chuyên khoa ung bướu về giai đoạn bệnh sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thực hiện được 11 trường hợp nạo hạch rộng có di căn hạch với những kết quả chi tiết sau.

Bảng 1: Tóm tắt 11 trường hợp nạo hạch rộng

Trường hợp	Giới tính	Năm sinh	Giai đoạn trước phẫu thuật	Giai đoạn sau phẫu thuật	Loại tế bào	Số hạch bóc tách	Số hạch di căn	Thời gian nạo hạch (phút)	Biến chứng liên quan nạo hạch
Trường hợp 1	Nam	1961	T3bN2M0	T4aN3M0	Carcinoma niệu mạc	12	1	60	Chưa phát hiện
Trường hợp 2	Nam	1973	T2N0M0	T2bN2M0	Carcinoma niệu mạc	11	3	40	Chưa phát hiện
Trường hợp 3	Nam	1965	T3bN0M0	T2aN2M0	Carcinoma niệu mạc	11	2	40	Chưa phát hiện
Trường hợp 4	Nam	1952	T2N0M0	T3aN1M0	Carcinoma niệu mạc	5	1	40	Chưa phát hiện
Trường hợp 5	Nam	1978	T2N0M0	T3aN3M0	Carcinoma niệu mạc	6	5	50	Chưa phát hiện
Trường hợp 6	Nam	1957	T2N0M0	T4aN2M0	Carcinoma niệu mạc	7	5	70	Chưa phát hiện
Trường hợp 7	Nữ	1961	T2N0M0	T2bN1M0	Carcinoma niệu mạc	14	1	70	Chưa phát hiện
Trường hợp 8	Nữ	1956	T2N0M0	T1N2M0	Carcinoma niệu mạc	11	3	50	Chưa phát hiện
Trường hợp 9	Nam	1962	T3bN3M0	T4aN3M0	Carcinoma niệu mạc	25	20	80	Nang bạch huyết
Trường hợp 10	Nam	1962	T2N0M0	T4aN2M0	Carcinoma niệu mạc	7	2	60	Chưa phát hiện
Trường hợp 11	Nam	1955	T2N0M0	T4aN3M0	Carcinoma niệu mạc	11	10	70	Chưa phát hiện

Nhận xét: Trong 11 trường hợp chúng tôi quan sát được, có 9 trường hợp là nam giới và 2 trường hợp là nữ giới, tuổi trung bình là 62. Đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật là T2-T3b, N0-N3, M0.

Giai đoạn sau phẫu thuật là T1-T4a, N1-N3, M0. Có 1 trường hợp T1, 10 trường hợp T2 – T4a. Giai đoạn N1 có 2 trường hợp, giai đoạn N2 có 5 trường hợp, giai đoạn N3 có 4 trường hợp.

Loại tế bào trong tất cả các trường hợp được mô tả là carcinoma niệu mạc.

Số hạch bóc tách được gợi ý chất lượng của quá trình nạo hạch, có 5 đến 25 hạch được bóc tách mỗi trường hợp. Số hạch di căn từ 1 đến 10 hạch mỗi trường hợp phẫu thuật.

Không có trường hợp tai biến trong phẫu thuật, có 1 trường hợp nang bạch huyết sau phẫu thuật.

Chi tiết về số lượng hạch theo từng vùng phẫu tích và số hạch di căn mỗi vùng được trình bày trong bảng sau (trong dấu ngoặc đơn là số hạch di căn).

Bảng 2: Các nhóm hạch trong 11 trường hợp nạo hạch rộng

Trường hợp	Nhóm hạch bịt và hạ vị		Nhóm hạch chậu ngoài		Nhóm hạch chậu chung		Nhóm hạch trước xương cùng
	Trái	Phải	Trái	Phải	Trái	Phải	
Trường hợp 1	1	2	3	2	3	1(1+)	0
Trường hợp 2	6(2+)	2	1	1(1+)	0	0	1
Trường hợp 3	0	6(2+)	1	1	2	1	0
Trường hợp 4	1(1+)	1	0	2	1	0	0
Trường hợp 5	0	1	2(2+)	0	0	2 (2+)	1 (1+)
Trường hợp 6	1 (1+)	1(1+)	1(1+)	2(2+)	0	0	2
Trường hợp 7	1 (1+)	4	0	2	1	5	1
Trường hợp 8	3 (3+)	3	1	1	0	0	3
Trường hợp 9	0	3 (3+)	10 (5+)	5 (5+)	1 (1+)	5 (5+)	1 (1+)
Trường hợp 10	2	2 (1+)	0	1	0	1	1(1+)
Trường hợp 11	1 (1+)	2 (2+)	0	1 (1+)	1 (1+)	0	6 (5+)

Nhận xét: Các trường hợp có di căn hạch bạch huyết tập trung ở chằng hạch gần nhiều hơn và ít dần ở nhóm xa bàng quang, cụ thể là nhóm hạch bịt và hạ vị (9 trường hợp), hạch chậu ngoài (5 trường hợp), hạch trước xương cùng (4 trường hợp), hạch chậu chung (4 trường hợp).

IV. BÀN LUẬN

Về đánh giá sự tương quan trước phẫu thuật bằng chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu cùng giải phẫu bệnh trước phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật, chúng tôi thấy chụp

cắt lớp vi tính vùng bụng chậu phân giai đoạn còn hạn chế trong 11 trường hợp này. Một số nghiên cứu cho thấy chụp cộng hưởng từ có thể giúp phân biệt ung thư bàng quang xâm lấn cơ tốt hơn, còn chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu có thể phân biệt được giai đoạn T3 và T1 khá chính xác¹⁰, tuy nhiên qua loạt quan sát này, kết quả chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu chưa đủ để phân giai đoạn cả về bước nguyên phát T và di căn hạch N. Do đó nếu có thể, trong điều kiện cho phép, xin cắt hết các bước trong bàng quang lúc cắt đốt nội soi qua ngả niệu đạo và

lấy bệnh phẩm đến lớp cơ để phân giai đoạn trước phẫu thuật được chính xác nhất.¹

Có 2 trường hợp được chẩn đoán có hạch di căn qua chụp cắt lớp vi tính vùng bụng chậu, và 9 trường hợp còn lại không phát hiện hạch trên hình ảnh chụp. Do đó vai trò của nạo hạch trong chẩn đoán di căn hạch vẫn còn rất quan trọng.

Về số lượng hạch được bóc tách, chúng tôi nhận thấy với nạo hạch rộng, số lượng hạch bóc tách được khá khả quan, từ 5 - 25 hạch, trung bình là 11 hạch, điều này có ý nghĩa nhất định, vì số lượng hạch bóc tách được trên 10 thì tiên lượng sống sau 5 năm cao hơn.

Có 1 trường hợp giai đoạn T1N2M0, mặc dù là ít gặp, nhưng giai đoạn bước T1 vẫn có thể di căn hạch.

Có 4 trường hợp di căn đến nhóm hạch chậu chung, do đó nếu chỉ giới hạn nạo hạch ở mức tiêu chuẩn sẽ phân giai đoạn thiếu là N2 thay vì N3.

Có 4 trường hợp di căn đến nhóm hạch trước xương cùng, đây là vị trí ít được quan tâm trong nạo hạch, nhưng qua nghiên cứu, có thể thấy vị trí này khá quan trọng.

Qua 11 trường hợp phẫu thuật này, chúng tôi nhận thấy nạo hạch rộng giúp phân giai đoạn khá chính xác, làm cơ sở cho bước điều trị hỗ trợ sau phẫu thuật và tiên lượng cho bệnh nhân, góp phần vào quá trình điều trị ung thư bàng quang.

Với thời gian nạo hạch trung bình là 60 phút, không làm tăng quá nhiều tổng thời gian phẫu thuật. Các biến chứng liên quan đến nạo hạch như: tổn thương mạch máu,

thần kinh chưa thấy qua quan sát trong phẫu thuật và sau phẫu thuật 1 tháng. Có 1 trường hợp nang bạch huyết sau phẫu thuật cần dẫn lưu, so sánh với những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, chúng tôi nhận thấy khi số trường hợp phẫu thuật tăng lên thì sẽ khó tránh khỏi biến chứng này.² Việc nắm rõ giải phẫu mạch máu và cơ quan vùng chậu giúp ích nhiều trong phẫu thuật, giúp tránh được tổn thương mạch máu cũng như làm giảm lượng máu mất. Thần kinh bị dễ gặp trong nạo hạch vùng chậu bị, việc quan sát mối liên quan của thần kinh và mạch máu làm thuận lợi và tự tin hơn trong nạo hạch rộng, cũng như tránh được tổn thương thần kinh.

So sánh với 9 trường hợp nạo hạch rộng của tác giả Nguyễn Văn Ân và cộng sự⁶ năm 2012 cùng với 24 trường hợp nạo hạch rộng của tác giả Lê Lương Vinh và cộng sự⁷ năm 2015, chúng tôi có cùng kết quả là lượng máu mất trong giai đoạn nạo hạch là tương đối nhỏ, thời gian nạo hạch không làm phẫu thuật kéo dài quá lâu, biến chứng nạo hạch rộng là ít gặp, và nên mở rộng chỉ định hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua quan sát các trường hợp có di căn hạch trong ung thư bàng quang, chúng tôi bước đầu nhận thấy nạo hạch rộng an toàn và khả thi, đảm bảo được số hạch bóc tách, góp phần định giai đoạn và hỗ trợ điều trị cho bệnh nhân ung thư bàng quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfred Witjes J, Max Bruins H, Carrión A, et al. European Association of Urology

- Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2023 Guidelines. *Eur Urol* 2024;85:17-31.
2. **Gschwend JE, Heck MM, Lehmann J, et al.** Extended Versus Limited Lymph Node Dissection in Bladder Cancer Patients Undergoing Radical Cystectomy: Survival Results from a Prospective, Randomized Trial. *Eur Urol* 2019;75:604-11.
 3. **Colston JAC, Leadbetter WF.** Infiltrating Carcinoma of the Bladder. *J Urol* 1936;36:669-83.
 4. **Skinner DG.** Management of invasive bladder cancer: a meticulous pelvic node dissection can make a difference. *J Urol* 1982;128:34-6.
 5. **Herr HW, Faulkner JR, Grossman HB, et al.** Surgical factors influence bladder cancer outcomes: a cooperative group report. *J Clin Oncol* 2004;22:2781-189.
 6. **Nguyễn Văn Ân, Phạm Hữu Đoàn.** Nạo Hạch Chậu Rộng Trong Cắt Bàng Quang Tận Gốc - Những Kinh Nghiệm Ban Đầu. *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh* 2012;16:149 - 50.
 7. **Lê Lương Vinh, Hoàng Văn Tùng, Trần Ngọc Khánh, Ngô Thanh Liêm, Trần Văn Thành, Lê Đình Khánh.** Kinh Nghiệm Ban Đầu Trong Nạo Vết Hạch Rộng Rãi Ở Các Bệnh Nhân Cắt Bàng Quang Tận Căn Điều Trị Ung Thư Bàng Quang Xâm Lấn. *Tạp Chí Y Học TP Hồ Chí Minh* 2015;19:199 - 204.
 8. **Dorin RP, Daneshmand S, Eisenberg MS, et al.** Lymph node dissection technique is more important than lymph node count in identifying nodal metastases in radical cystectomy patients: a comparative mapping study. *Eur Urol* 2011;60:946-52.
 9. **Bộ Y tế.** Phẫu Tích Bệnh Phẩn Hạch Nạo Vết. *Hướng Dẫn Quy Trình Kỹ Thuật Chuyên Ngành Giải Phẫu Bệnh, Tế Bào Học: Nhà Xuất Bản Y Học Hà Nội; 2016:174-5.*
 10. **Lam TBL.** Optimizing the diagnosis of pelvic lymph node metastasis in bladder cancer using computed tomography and magnetic resonance imaging. *Cancer Commun (Lond)* 2018;38:2.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI TREO SÀN CHẬU VÀO Ụ NHÔ XƯƠNG CÙNG ĐIỀU TRỊ SA TẠNG CHẬU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG

Đặng Công Bắc¹, Lê Phước Thành¹, Dương Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sa tạng chậu bằng phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân có sa tạng chậu độ III, độ IV theo phân độ POP-Q, bao gồm bệnh nhân sa tử cung có hoặc không kèm theo sa bàng quang và sa trực tràng tại Khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 10/2024.

Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu cắt ngang mô tả loạt ca.

Kết quả: Có 20 bệnh nhân sa tạng chậu được điều trị bằng phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương trong thời gian nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 63.12 ± 9.92 , chỉ số khối BMI trung bình là 23.02 ± 2.6 . Có 65% bệnh nhân sinh con ≥ 3 lần qua ngã âm đạo và có 1 bệnh nhân (5%) có tiền sử phẫu thuật điều trị sa tạng chậu trước đó. Phân độ sa tử cung theo POP-Q độ III chiếm 60%, độ IV chiếm 40%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 165.5 phút, lượng máu mất trung bình 65ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 4.7 ngày và bệnh nhân được rút ống dẫn

lưu trong vòng 2 ngày đầu hậu phẫu, không có biến chứng đáng kể được ghi nhận. Tất cả bệnh nhân có giá trị của các điểm theo POP-Q (Ba, C, Bp) giảm ở 6 tháng sau phẫu thuật với thời gian theo dõi trung bình là 9.33 tháng

Kết luận: Phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là an toàn và là phương pháp hiệu quả trong điều trị bệnh lý sa tạng chậu.

Từ khóa: sa tạng chậu, sa tử cung, phẫu thuật treo sàn chậu và ụ nhô xương cùng.

SUMMARY

OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SACROCOLPOPEXY FOR PELVIC ORGAN PROLAPSE AT BINH DUONG GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes of laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of pelvic organ prolapse at Binh Duong General Hospital.

Subjects and Methods: The study included patients with stage III and IV pelvic organ prolapse according to the POP-Q classification, including uterine prolapse with or without concomitant cystocele or rectocele, treated at Binh Duong General Hospital from June 2023 to October 2024. **Study design:** prospective, descriptive case series.

Results: 20 patients with pelvic organ prolapse underwent laparoscopic sacrocolpopexy during the study period. The mean age was 63.12 ± 9.92 years and the mean body mass index (BMI) was 23.02 ± 2.6 . Among them, 65% had a

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Công Bắc
SĐT: 0989271501

Email: bsdangcongbac@gmail.com

N Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

history of vaginal delivery ≥ 3 times, and 1 patient (5%) had undergone prior surgery for pelvic organ prolapse. Uterine prolapse was classified as stage III in 60% and stage IV in 40% of cases according to the POP-Q system. The mean surgical duration was 165.5 minutes, with an average blood loss of 65 ml. The mean postoperative hospital stay was 4.7 days, with drainage tubes removed within the first 2 postoperative days. No significant complications were reported. All patients showed improvements in POP-Q points (Ba, C, Bp) at 6 months postoperatively, with a mean follow-up duration of 9.33 months.

Conclusion: Laparoscopic sacrocolpopexy performed at Binh Duong General Hospital is a safe and effective method for treating pelvic organ prolapse.

Keywords: pelvic organ prolapse, uterine prolapse, laparoscopic sacrocolpopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa tạng chậu là một bệnh lý phổ biến ở phụ nữ và tăng theo tuổi. Ở Thụy Điển, 31% phụ nữ từ 20-59 tuổi mắc bệnh ở lần khám đầu tiên [11]. Sa tạng chậu có triệu chứng thường là chỉ định của phẫu thuật. Có tới 11% phụ nữ trải qua phẫu thuật liên quan tới rối loạn sàn chậu, và tới 25% cần phẫu thuật lại vì chứng tiểu không kiểm soát và sa tạng chậu tái phát [12]. Trước đây điều trị sa tử cung chủ yếu là cắt tử cung qua ngã âm đạo theo phương pháp Crossen. Tuy nhiên, nếu chỉ cắt tử cung đơn thuần thì làm khiếm khuyết thêm hệ thống nâng đỡ và sẽ làm sa tạng chậu tái diễn.

Năm 2019 Cục thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã đưa ra khuyến cáo không sử dụng mảnh ghép nhân tạo để thực hiện

phẫu thuật sửa chữa sa tạng chậu qua ngã âm đạo. Trong khi việc sử dụng mảnh ghép nhân tạo để phẫu thuật treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng vẫn được FDA chấp thuận, và đây là tiêu chuẩn vàng để điều trị sa môm âm đạo, giúp sửa chữa nhiều ngăn cùng lúc [8][9].

Phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng là phương pháp phẫu thuật nội soi ngã bụng sử dụng mảnh ghép để cố định sàn chậu vào ụ nhô xương cùng giúp bảo tồn được cơ quan như tử cung, giúp sửa chữa nhiều tạng sa cùng lúc. Phương pháp này được mô tả năm 1958 bởi Huguier và Scali. Năm 1994 Nezhat vs cs đã mô tả loạt 15 ca đầu tiên thực hiện phẫu thuật treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng với tỉ lệ thành công là 100% [3].

Tại Việt Nam đã có các tác giả như Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011), Nguyễn Văn Ân (2014), Nguyễn Vĩnh Bình (2021) báo cáo về phương pháp này cho thấy hiệu quả cao trong điều trị sa tạng chậu nặng [1][2][3].

Để nâng cao chất lượng điều trị bệnh lý sa tạng chậu, khoa Ngoại Thận – Tiết niệu, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương đã triển khai phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng. Nhằm tổng kết kết quả điều trị trong thời gian gần đây, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sa tạng chậu bằng phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương trong khoảng thời gian từ 6/2023 đến 10/2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 20 bệnh nhân có sa tạng chậu độ III, độ IV theo phân độ POP-Q, bao gồm bệnh nhân sa tử cung có hoặc không kèm theo sa bàng quang và sa trực tràng tại Khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương trong thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 10/2024.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không theo dõi được.

2.3. Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả loạt ca

2.5. Biến nghiên cứu:

Trước phẫu thuật: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tiền căn sinh đẻ (PARA), tiền căn phẫu thuật sàn chậu, phân độ sa tạng chậu theo thang điểm POP-Q.

Trong phẫu thuật: thời gian mổ, lượng máu mất trong mổ, các tai biến trong mổ

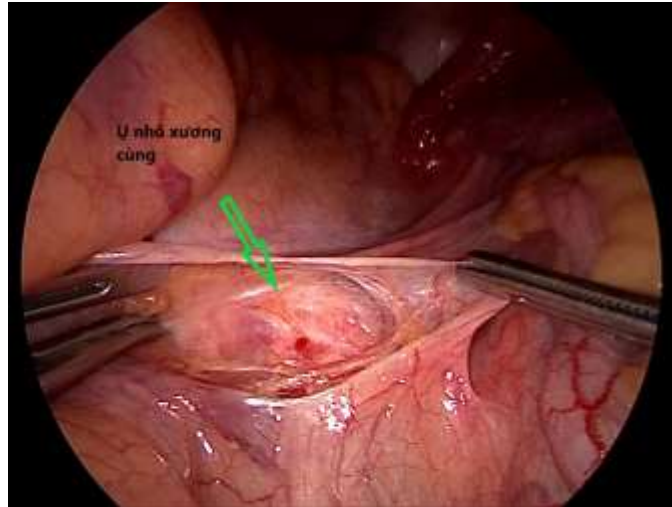
Hậu phẫu: thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện sau mổ, các tai biến sau mổ.

Tái khám: Kết quả sau mổ: Thất bại khi: các tạng còn sa ra độ II trở lên. Thành công: vị trí các tạng quay trở lại vị trí bình thường hoặc độ I [5].

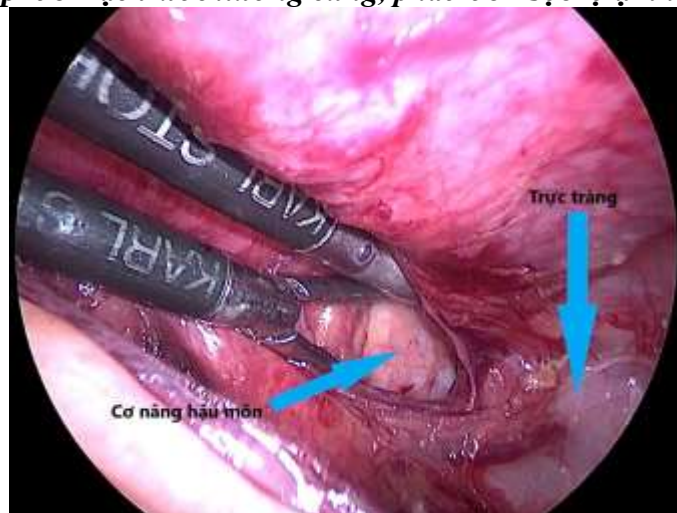
2.6. Phương pháp thực hiện: Dựa trên phương pháp của tác giả E. Romero Selas và cs đã mô tả 2010, chúng tôi chỉ thay đổi vị trí trocar để phù hợp với cá nhân mình.

Bệnh nhân được mê nội khí quản, tư thế Trendelenburg. Chúng tôi vào bụng bằng 4

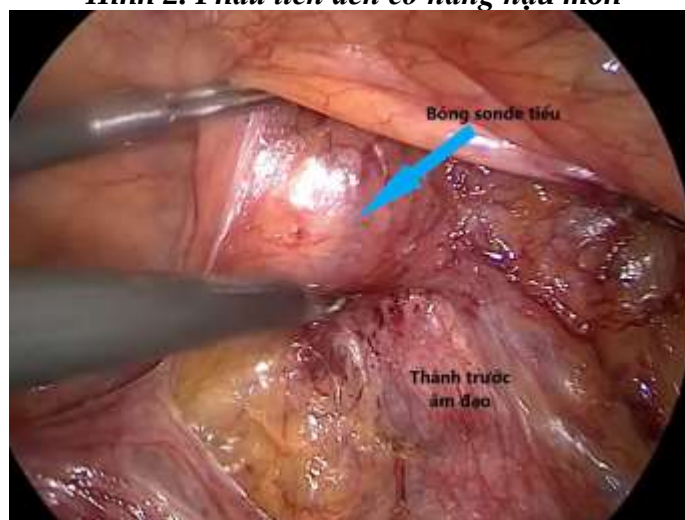
trocar, 1 trocar camera tại rốn (10mm), 1 trocar phụ tại hố chậu Phải (10mm), 2 trocar thao tác tại hố chậu Trái (5mm). Thực hiện treo tử cung và đại tràng sigma lên thành bụng với 2 mỗi chi. Bộc lộ ụ nhô, tại vị trí này chúng tôi thao tác nhẹ nhàng cận thận để tránh tổn thương nhánh Phải của đám rối thần kinh chậu hạ vị, xẻ tiếp phúc mạc chậu theo nếp dây chằng tử cung cùng, tới vị trí bám của dây chằng vào cổ tử cung. Bộc lộ tiếp thành sau âm đạo tới cơ nâng hậu môn. Tiến hành khâu đính 2 chi của tấm lưới thành sau vào cơ sàn chậu bằng chỉ vicryl 2.0, khâu đính lưới vào thành sau âm đạo ở vị trí thấp nhất, ở eo tử cung chúng tôi khâu thêm mũi chỉ prolene 2.0 đính lưới vào tại vị trí này để kết thúc đặt lưới thành sau. Bộc lộ thành trước âm đạo, tách bàng quang ra khỏi thành trước theo lớp mô liên kết tới vị trí của bóng sonde tiểu trong bàng quang, tại đây chúng tôi không cố tách thêm ra hai bên để tránh tổn thương niệu quản. Lưới thành trước được cắt theo hình chóp tam giác đỉnh được đính vào vị trí xa nhất, 2 nhánh bên được luồn qua 2 lỗ của dây chằng rộng được tách trước đó để ra phía sau. Cũng tại vị trí cổ tử cung chúng tôi khâu đính lưới vào bằng chỉ prolene 2.0. Cả 3 chi lưới của thành trước và sau được đính vào ụ nhô bằng chỉ prolene 2.0, đính không để căng lưới. Tiến hành khâu phúc mạc bằng chỉ vicryl 2.0. Dẫn lưu Douglas. Đóng các lỗ trocar, kết thúc cuộc mổ[10].



Hình 1. Mở phúc mạc trước xương còng, phẫu tích bộc lộ ụ nhỏ xương còng



Hình 2. Phẫu tích đến cơ nâng hậu môn



Hình 3. Phẫu tích thành trước âm đạo

Đánh giá tái khám: Tái khám hàng tháng, đánh giá hiệu quả phẫu thuật bằng thang điểm POP-Q, các rối loạn tiểu – đại tiện, các tai biến muộn khác của phẫu thuật.

2.7. Phương pháp thống kê, xử lý số liệu: Excel 2022, IPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân. Tổng số bệnh nhân: 20

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị
Độ tuổi trung bình (tuổi)	63,12 ± 9,92 (45-85)
BMI (kg/m ²)	23,02 ± 2,60 (18,73-26,67)
Tiền căn phẫu thuật sa tạng chậu	1/20 (5%)
Số lần sinh con	
2	7/20(35%)
3	8/20(40%)
4	4/20(20%)
5	1/20(5%)

Bảng 2. Phân độ sa theo POP-Q

Độ sa	Giá trị
Độ III	12(60%)
Độ IV	8(40%)

Bảng 3. Giá trị của các điểm theo phân độ POP-Q trước và sau mổ

Vị trí	Trước mổ (cm)	Sau mổ 6 tháng (cm)	P
Ba (cystocele)	3,60±1,11	-1,47±1,19	<0,05
C (uterus)	5.25±1,71	-8,40±0,55	<0,05
Bp (posterier)	2,80±1,43	-2,15±0,24	<0,05

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật và thời gian nằm viện

Thời gian phẫu thuật (phút)	165,5 ± 49,47 (100 - 330)
Lượng máu mất trong mổ (ml)	65 ± 67,78 (30 - 350)
Thời gian rút ống dẫn lưu (giờ)	31,20 ± 11,28 (24 - 48)
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	4,7 ± 1,17 (3-7)

Thời gian theo dõi trung bình là 9,33±4,05 tháng (6-23).

Tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được rút ống thông tiểu ở ngày hậu phẫu đầu tiên.

Tái biến trong và sau mổ: trong mổ chúng tôi không ghi nhận tai biến nào, có

1(5%) trường hợp thất bại: sau mổ thành trước âm đạo còn sa ra độ III, một trường hợp có són tiểu sau mổ chiếm 5%.

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $63,12 \pm 9,92$, hầu hết nằm trong độ tuổi đã mãn kinh, và sinh đẻ nhiều qua ngã âm đạo (65% sinh trên 3 lần) là những yếu tố nguy cơ của sa tạng chậu. Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp sa trước tuổi mãn kinh. Báo cáo của tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) độ tuổi trung bình là 60 tuổi, tác giả Julien Bacle là $63,23$ [1][4]. Bệnh nhân của chúng tôi không có trường hợp nào sa độ II, trong đó độ III và độ IV lần lượt là 60%, 40%. Điều này phù hợp với triệu chứng của bệnh lý sa tạng chậu thường gặp khi từ độ III trở lên, bệnh nhân tới khám vì cảm thấy một khối khó chịu ở âm đạo[1]. Có một trường hợp đã phẫu thuật sàn chậu trước đó (5%).

Về kết quả của phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình là $165,5 \pm 49,47$ (100-330). Trong đó thời gian lâu nhất là 330 phút, đây là trường hợp sa nặng nhất trong nhóm nghiên cứu, có tiền căn phẫu thuật sửa thành trước để điều trị sa tử cung. Bệnh nhân đã chịu đựng rất lâu trước khi đến khám nên các cấu trúc của cơ quan vùng chậu đã bị thay đổi, việc phẫu tích gặp nhiều khó khăn. Tác giả Nguyễn Văn Ân (2014), Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2012), Julien Bacle lần lượt là 168 phút, 122 phút và 94 phút [1][2][4]. Như vậy ngoài trường hợp đặc biệt chúng tôi đã nêu, thời gian trung bình của một ca mổ treo ụ nhô nằm trong khoảng 120 đến 180 phút.

Lượng máu mất trong mổ trung bình là $65 \pm 67,78$ (30-350) ml. Không có trường hợp nào cần phải truyền máu trong và sau

mổ. Đây là một điểm đáng khích lệ cho phẫu thuật phức tạp. Các tác giả khác nhìn chung có kết quả tương tự.

Chúng tôi thường rút ống dẫn lưu ở ngày thứ nhất hoặc thứ hai sau mổ. Không có trường hợp nào cần phải lưu ống dẫn lưu quá 2 ngày. Cùng với việc rút ống thông tiểu ở ngày đầu sau mổ, đây cũng là một điểm quan trọng giúp bệnh nhân nhanh chóng hồi phục[6]. Thời gian nằm viện trung bình là $4,7 \pm 1,17$ (3-7), lâu nhất là 7 ngày thường là những trường hợp lớn tuổi có bệnh nền cần phải điều trị ổn định trước khi xuất viện. Các tác giả khác như Nguyễn Văn Ân(2014) là 4,27 ngày, Julien Bacle là 3,7 ngày.

Tỉ lệ thành công của chúng tôi là 95%, có một trường hợp thất bại do sau mổ thành trước âm đạo vẫn còn sa độ III. Đây là trường hợp khó khăn vì bệnh nhân đã có phẫu thuật sửa sàn chậu trước đó cùng với việc thời gian lâu nên thay đổi cấu trúc giải phẫu dẫn tới việc phẫu tích gặp khó khăn đặc biệt đối với ngăn trước. Ngăn giữa và sau của bệnh nhân này đã được chúng tôi thực hiện sửa chữa thành công, sau mổ không ghi nhận biến chứng.

Sau thời gian theo dõi trung bình 9 tháng, lâu nhất là 23 tháng chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát. Có thể do thời gian theo dõi của chúng tôi chưa đủ lâu. So với các tác giả Julien Bacle thời gian ghi nhận tái phát là 37,2 tháng tỉ lệ tái phát là 11,5% trong đó 76% sa bàng quang tái phát, 13% là trực tràng (rectocele), 5% cystocele và hysterocoele, 3% cystocele và rectocele và 3% cả 3 ngăn [4].

Định nghĩa thành công sau phẫu thuật sàn chậu còn nhiều tranh cãi, tác giả Barber (2009) khuyến cáo nên cân nhắc các yếu tố về mức giải phẫu của thành trước, vòm âm đạo, thành sau và tầng sinh môn; chức năng của bàng quang, đại tràng, chức năng tình dục; sự hài lòng của bệnh nhân; biến chứng sau mổ. Cũng trong nghiên cứu này tác giả cho thấy nếu chỉ lấy tiêu chí là sự hài lòng của người bệnh sau phẫu thuật thì tỉ lệ thành công sẽ cao và ngược lại nếu chỉ lấy các mức giải phẫu đạt mức 0 hoặc 1 theo thang điểm POPQ [7]. Để dễ so sánh chúng tôi lấy tiêu chuẩn theo tác giả Julien Bacle.

Biến chứng của phẫu thuật treo ụ nhô thường ghi nhận là táo bón, tiểu không kiểm soát, bí tiểu, lộ lưới. Tác giả Julien Bacle trong 501 trường hợp phẫu thuật ghi nhận 5,5% táo bón, tiểu không kiểm soát 3,5%, lộ lưới 2,4%, bí tiểu cấp là 2%. Chúng tôi ghi nhận một trường hợp tiểu không kiểm soát sau mổ, sau 3 tháng bệnh nhân xuất hiện triệu chứng ho khan nhiều, khi ho bệnh nhân xuất hiện són nước tiểu. Trường hợp này chúng tôi điều trị bảo tồn bằng thuốc chống ho. Việc phẫu tích và cố định lưới có liên quan với tỉ lệ biến chứng sau mổ. Đối với biến chứng tiểu không kiểm soát thường liên quan tới vị trí của đỉnh lưới thành trước so với cổ bàng quang. Tác giả Nassir Habib mô tả vị trí của lưới thành trước so với cổ bàng quang bằng siêu âm ngã âm đạo (BMD: Bladder neck -Mesh distance), nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tiểu không kiểm soát sau mổ giảm đáng kể khi chỉ số này ở mức 6mm trở lên (6-13mm). Việc phẫu tích sâu hơn không

làm giảm mức độ sa của bàng quang (Ba), mà làm tăng nguy cơ tổn thương niệu quản, cổ bàng quang, tiểu không kiểm soát sau mổ[5].

So với các tác giả khác số lượng bệnh của chúng tôi còn ít và thời gian theo dõi còn chưa đủ dài. Vì vậy chúng tôi sẽ tiếp tục theo dõi thêm để ghi nhận đầy đủ hơn các biến chứng của phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Sa tạng chậu là một bệnh lý phổ biến ở phụ nữ. Phẫu thuật nội soi treo sàn chậu vào ụ nhô xương cùng là tiêu chuẩn vàng để điều trị sa móm âm đạo, cùng lúc có thể sửa chữa được nhiều ngăn. Tại Khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương đã triển khai phẫu thuật này và cho thấy hiệu quả cao với tỉ lệ thành công 95%, là lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh lý sa tạng chậu độ III, IV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Mỹ Nhi** (2011), "Nhận xét bước đầu sử dụng mảnh ghép tổng hợp trong điều trị ngoại khoa bệnh lý sa tạng chậu nữ tại Bệnh viện Từ Dũ", Tạp chí Phụ Sản 10(2), tr.228-236.
2. **Nguyễn Văn Ân, Võ Trọng Thanh Phong, Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, Ngô Đại Hải, Phạm Phú Phát** (2014) Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào móm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. Y học TPHCM. 18(1) 424-429.
3. **Nguyễn Vĩnh Bình**(2021), "Kết quả phẫu thuật cố định sàn chậu vào ụ nhô xương cùng trong điều trị sa sinh dục nữ tại Bệnh viện Xuyên Á", Tạp chí Y dược học Cần Thơ số 37/2021.

4. **Culligan PJ, Murphy M, Blackwell L, Hammons G, Graham C, Heit MH** (2002) Long-term success of abdominal sacral colpo- pexy using synthetic mesh. *Am J Obstet Gynecol* 187:1473–1480 (discussion 1481–1482)
5. **Bacle J, Papatsoris AG, Bigot P, Azzouzi AR, Brychaet PE, Piussan J, Mandron E.** Laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse: a 10-year single center experience in a series of 501 patients. *Int J Urol*. 2011 Dec;18(12):821-6.
6. **Habib N, Centini G, Pizzoferrato AC, Bui C, Argay I, Bader G.** Laparoscopic promontofixation: Where to stop the anterior dissection? *Med Hypotheses*. 2019 Mar;124:60-63.
7. **Nelson G, Fotopoulou C, Taylor J, Glaser G, Bakkum-Gamez J, Meyer LA, Stone R, Mena G, Elias KM, Altman AD, Bisch SP, Ramirez PT, Dowdy SC.** Enhanced recovery after surgery (ERAS®) society guidelines for gynecologic oncology: Addressing implementation challenges - 2023 update. *Gynecol Oncol*. 2023 Jun;173:58-67.
8. **Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, Wheeler TL 2nd, Schaffer J, Chen Z, Spino C;** Pelvic Floor Disorders Network. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2009 Sep;114(3):600-609.
9. **US Food and Drug Administration.** FDA's Activities: urogynecologic Surgical Mesh. 2019. Available at: <https://www.fda.gov/medicaldevices/urogynecologic-surgical-mesh-implants/fdas-activities-urogynecologic-surgical-mesh>. Accessed July 21, 2019.
10. **Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, Barret E, Galiano M, Cathelineau X, Vallancien G.** The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol*. 2009 May;55(5):1089-103.
11. **Romero Selas E, Mugnier C, Piechaud PT, Gaston R, Hoepffner JL, Hanna S, Cusomano S.** Promontofijación laparoscópica. Nuestra técnica [Laparoscopic promontofixation]. *Actas Urol Esp*. 2010 Nov;34(10):837-44. Spanish.
12. **Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svanrdsudd KF.** Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 european urology 55 (2009) 1089–1105 1101 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:299–305.
13. **Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al.** Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89(4):501–506.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG CƠ TIM CẤP SAU PHẪU THUẬT TIÊU HOÁ CHƯƠNG TRÌNH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Thị Hòa Bình¹, Đinh Hoài Thanh¹, Trương Thị Ngọc Như¹,
Võ Hiếu Hạnh¹, Huỳnh Nguyễn Hạnh Tiên¹,
Hầu Thị Như Ý¹, Nguyễn Thị Thạch Thảo¹, Nguyễn Thế Thái¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các biến cố tim mạch sau phẫu thuật ngoài tim có thể là nguyên nhân dẫn đến 1/3 trường hợp tử vong, biến chứng sau phẫu thuật¹. Các biến cố tim mạch chính xảy ra sau phẫu thuật ngoài tim bao gồm: tử vong do tim, phù phổi cấp, tổn thương cơ tim cấp và nhồi máu cơ tim. Tổn thương cơ tim cấp sau phẫu thuật được định nghĩa là sự tổn thương tế bào cơ tim (biểu hiện tăng tiết troponin I /T sau phẫu thuật) kèm hoặc không kèm các triệu chứng lâm sàng, điện tim, hình ảnh học của thiếu máu cơ tim.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân từ 11/2021 đến 07/2022. Bệnh nhân phẫu thuật hệ tiêu hoá chương trình thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu được xét nghiệm hs-Troponin I 3 mẫu (trước phẫu thuật, 6 giờ và 12 giờ sau phẫu thuật). Theo dõi các biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 (IBM, Armonk, New York, Hoa Kỳ).

Kết quả: 143 bệnh nhân được đưa vào mẫu nghiên cứu. Tỷ lệ biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện ở bệnh nhân sau phẫu thuật hệ tiêu hoá chương trình là 6,30%. Tuổi ≥ 65 tuổi, bệnh

mạch vành và rung nhĩ có liên quan đến biến cố tim mạch sau phẫu thuật với tỉ số chênh (OR) lần lượt là 2,05 (khoảng tin cậy 95% - KTC 95%: 0,27 – 6,71); 5,192 (KTC 95%: 1,30 – 20,69); 6,09 (KTC 95%: 1,04 – 35,85) với $p < 0,05$.

Tỷ lệ bệnh nhân hoàn toàn không có biểu hiện lâm sàng gợi ý thiếu máu cục bộ cấp tính trên những bệnh nhân có biến cố nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật hệ tiêu hoá chương trình trong thời gian nằm viện là 33,33%.

Kết luận: Có mối liên quan giữa tuổi ≥ 65 tuổi, bệnh mạch vành, rung nhĩ và biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện. Tổn thương cơ tim cấp do/không do thiếu máu cục bộ sau phẫu thuật hệ tiêu hoá chương trình hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Tổn thương cơ tim cấp – Nhồi máu cơ tim – Biến cố tim mạch chu phẫu - Phẫu thuật hệ tiêu hóa – hs- Troponin I.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INJURY AFTER ELECTIVE DIGESTIVE SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Cardiovascular events after non-cardiac surgery can lead to up to one-third of mortality and complications after surgery. Major adverse cardiovascular events including myocardial infarction, cardiac death, acute pulmonary oedema, acute myocardial injury¹. Acute postoperative myocardial injury is defined

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Hòa Bình

SĐT: 0938775660

Email: bshothoabinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

as myocardial cell injury (manifested by increased troponin I/T secretion after surgery) with or without symptoms, electrocardiogram, or imaging of myocardial ischemia.

Methods: A prospective cohort study was conducted at Binh Dan hospital from 11/2021 to 07/2022. Patients undergoing elective digestive surgery who met the study criteria were tested for hs-Troponin I at 3 time points (before surgery, 6 hours and 12 hours after surgery). Postoperative cardiovascular events were monitored during hospitalization. Data were processed with SPSS version 20.0.

Results: 143 patients were included in the study. The incidence of postoperative cardiovascular events during hospitalization in elective digestive surgery of the study group was 6.30%. Age ≥ 65 , coronary artery disease, and atrial fibrillation were associated with postoperative cardiovascular events with ORs of 2.05 (95% confidence interval – 95% CI: 0.27 – 6.71); 5.19 (95% CI: 1.30 – 20.69); 6.09 (95% CI: 1.04 – 35.85), respectively ($p < 0.05$).

There was 33,33% of patients who experienced acute myocardial infarction after elective digestive surgery really having no clinical cardiac symptoms.

Conclusion: Age ≥ 65 , coronary artery disease, and atrial fibrillation were associated with postoperative cardiovascular events. High proportion of acute myocardial injury patients after elective digestive system surgery, regardless caused by acute myocardial ischemia or not, were completely clinically asymptomatic.

Keywords: Acute myocardial injury – Myocardial infarction – Postoperative cardiovascular events - Digestive surgery – hs-Troponin I

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến cố tim mạch ở bệnh nhân phẫu thuật ngoài tim có thể giải thích cho một phần ba các trường hợp tử vong chu phẫu, biến chứng chu phẫu, nằm viện kéo dài, tăng chi phí điều trị, ảnh hưởng xấu đến dự hậu về chất lượng sống và tiên lượng sống còn trung hạn và dài hạn¹. Sự phân tầng nguy cơ có thể cung cấp cơ sở cho những quyết định quan trọng trong chăm sóc chu phẫu nhằm đảm bảo kết quả phẫu thuật được toàn vẹn.

Trong những thập kỷ qua, nhiều nghiên cứu đã xác định những bệnh nhân có nguy cơ bị nhồi máu cơ tim cấp khi trải qua phẫu thuật ngoài tim dẫn đến sự phát triển của một số mô hình dự đoán rủi ro tim mạch. Năm 2017, nghiên cứu VISION đã chứng minh rằng bệnh nhân tăng hs-Troponin hậu phẫu không do thiếu máu cục bộ cơ tim có nguy cơ tử vong trong 30 ngày cao gấp 3,2 lần so với nhóm chứng¹.

Bệnh viện Bình Dân có lưu lượng lớn bệnh nhân phải tiến hành phẫu thuật lớn ở đường tiêu hóa. Việc xác định tỉ lệ biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện và phân tầng nguy cơ tim mạch có vai trò quan trọng. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “**Đặc điểm bệnh nhân tổn thương cơ tim cấp sau phẫu thuật tiêu hoá chương trình tại Bệnh viện Bình Dân**” nhằm mục đích cung cấp thông tin cho các bác sĩ nội khoa, ngoại khoa và gây mê trong việc dự đoán và phát hiện kịp thời các biến cố tim mạch sau phẫu thuật để từ đó đưa ra chiến lược điều trị mang lại hiệu quả một cách tối ưu cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định tỉ lệ biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện ở bệnh nhân sau phẫu thuật hệ tiêu hóa chương trình.

2. Mối liên quan giữa tuổi, các yếu tố nguy cơ và biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: đoàn hệ, tiền cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu**Tiêu chuẩn chọn mẫu**

Bệnh nhân thỏa cả 3 tiêu chuẩn sau:

- Có chỉ định phẫu thuật hệ tiêu hóa chương trình, đồng ý tham gia nghiên cứu.

- ≥ 45 tuổi

- Có ít nhất một trong các yếu tố nguy cơ tim mạch tiền phẫu: Bệnh mạch vành, tăng huyết áp, suy tim mạn, rung nhĩ, đái tháo đường típ 2, bệnh thận mạn, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh mạch máu não, bệnh động mạch ngoại biên, thiếu máu trung bình – nặng.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch không ổn định (nhồi máu cơ tim cấp/cơn đau thắt ngực không ổn định, suy tim mạn mất bù/suy tim cấp, bệnh van tim có triệu chứng, hẹp van nặng, bệnh cơ tim phì đại có hẹp buồng tổng thất trái, rối loạn nhịp đáng kể).

- Bệnh nhân mới được chẩn đoán hội chứng vành cấp hoặc can thiệp tái tưới máu trong vòng 6 tháng.

- HA max ≥ 180 mmHg và/hoặc HA min ≥ 110 mmHg.

- Không thu thập đủ dữ liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

2.3. Cỡ mẫu

Với mục tiêu đánh giá nguy cơ biến cố tim mạch và tử vong của bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa chương trình, chúng tôi sử dụng công thức sau để ước lượng cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu:

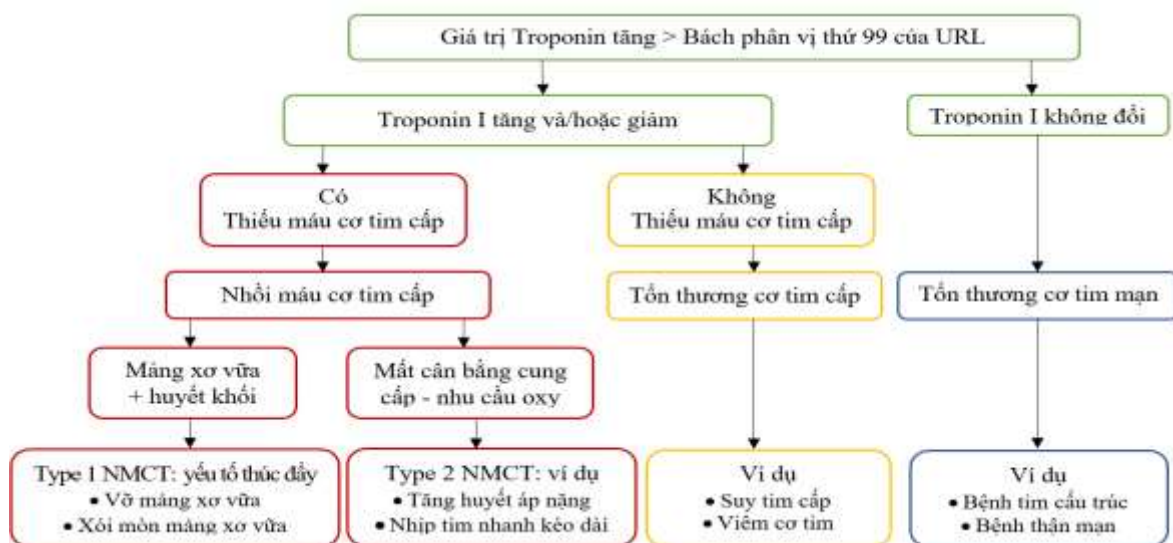
$$N = \frac{Z^2 \cdot \frac{P(1-P)}{d^2}}{1 - \frac{P(1-P)}{d^2}}$$

Với kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Quang Bình ($p = 13\%$)², cỡ mẫu tối thiểu để thực hiện nghiên cứu là 89 bệnh nhân.

2.4. Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu và thực hiện xét nghiệm hs-Troponin I trước phẫu thuật. Nếu hs-Troponin I bình thường thì đưa vào mẫu nghiên cứu. Hs-Troponin I tăng sẽ được xét nghiệm lại sau 3 giờ. Nếu hs-Troponin I tăng $< 20\%$ thì được xem là tăng hs-Troponin I ổn định và đưa vào mẫu nghiên cứu; hs-Troponin I tăng $\geq 20\%$ thì loại trừ. Hs-Troponin I lần một được gọi là hs-Troponin I nền. Sau phẫu thuật, xét nghiệm hs-Troponin I vào thời điểm 6h, 12h sau phẫu thuật. Theo dõi, ghi nhận các biến cố tim mạch của bệnh nhân trong suốt thời điểm sau phẫu thuật đến khi xuất viện.

Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương cơ tim cấp sau phẫu thuật ngoài tim



Lưu đồ 1. Lưu đồ chẩn đoán tổn thương cơ tim cấp

Nguồn: Thygesen Kristian, European heart journal. 2019³

- Hs-Troponin I không đổi (ổn định): biểu hiện ổn định với thay đổi $\leq 20\%$ giá trị hs-Troponin I trong tình huống lâm sàng thích hợp.

- Có thiếu máu cục bộ cơ tim cấp: biểu hiện thiếu máu cục bộ qua triệu chứng và/hoặc dấu chứng của thiếu máu cơ tim trên lâm sàng.

2.5. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2016. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS, phiên bản 20.0. Dùng phép kiểm Student's t-test để so sánh trung bình cho 2 mẫu độc lập với biến định lượng phân phối chuẩn, ANOVA một chiều để so sánh trung bình cho nhiều mẫu độc lập với biến định

lượng phân phối chuẩn. Phép kiểm Chi bình phương hoặc phép kiểm Fisher's exact test được dùng để xác định mối liên quan giữa các biến định tính. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 11/2021 đến 07/2022 có 143 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật hệ tiêu hóa chương trình tại bệnh viện Bình Dân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình: $70,20 \pm 9,94$ tuổi.
- Số bệnh nhân ≥ 65 tuổi: 102 bệnh nhân (71,3%).
- Tỷ lệ nam/nữ = 1,17.

Bảng 1. Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân

Biến số	Giới		Tổng	p
	Nam n = 77	Nữ n = 66		
Bệnh mạch vành	22 (71,0%)	9929,0%)	319100%)	0,024
Tăng huyết áp	62 (50,8%)	60 (49,2%)	122 (100%)	0,064
Suy tim	7 (87,5%0	1 (12,5%)	8 (100%)	0,04 ^F
Bệnh mạch máu não	12 (75%)	4 925%0	16 9100%)	0,06 ^F
Rung nhĩ	6 (75%)	2 (25%)	8 (100%)	0,287 ^F

Bệnh thận mạn	12 (40%0	18 (60%)	30 (100%)	0,06
Bệnh phổi	11 (64,7%)	6 (35,3%)	17 (100%)	0,24
Đái tháo đường	37 (3,6%)	32 (46,4%)	69 (100%)	0,54
Thiếu máu	5 (38,5%)	8 (61,5%0	13 (100%)	0,26
Máy tạo nhịp	0 (0%)	1 (100%)	1 (100%)	0,46 ^F

p^F : kiểm định Fisher; Còn lại Kiểm định Chi bình phương

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp, đái tháo đường là 2 yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 85,31% và 48,25%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nam và nữ với yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành và suy tim.

3.2. Tỉ lệ biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện của đối

tượng nghiên cứu

Có 10 bệnh nhân (7%) tăng hs-Troponin I trên bách phân vị 99 của giá trị bình thường, trong đó có 1 bệnh nhân tăng hs-Troponin I ổn định. 9 bệnh nhân (6,30%) xuất hiện biến cố tim mạch sau phẫu thuật với nhồi máu cơ tim cấp type 2 chiếm tỉ lệ cao nhất (44,44%).

Bảng 2. Các biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện

Biến cố	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Nhồi máu cơ tim cấp type 2	3	33,33
Nhồi máu cơ tim cấp type 2 + suy tim cấp	1	11,11
Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên	1	11,11
Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên + suy tim cấp + tử vong	1	11,11
Tổn thương cơ tim cấp	2	22,22
Tổn thương cơ tim cấp + rung nhĩ mới xuất hiện	1	11,11
Tổng	9	100

3.3. Tỉ lệ không có triệu chứng lâm sàng gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim cấp trên những bệnh nhân có nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật

Bảng 3. Tỉ lệ không có triệu chứng lâm sàng gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim trên những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau phẫu thuật

Triệu chứng	NMCT type 1	NMCT type 2	Tổng
Đau ngực điển hình	0 (0%)	1 (16,67%)	1 (16,67%)
Khó thở	1 (16,67%)	2 (33,33%)	3 (50%)
Không có triệu chứng	1 (16,67%)	1 (16,67%)	2 (33,33%)
Tổng	2 (33,33%)	4 (66,67%)	6 (100%)

Trong 6 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp chu phẫu, có 2 bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng gợi ý thiếu máu cục bộ cơ tim cấp (33,33%).

3.4. Liên quan giữa các yếu tố lâm sàng với biến cố tim mạch

Bảng 4. Liên quan giữa biến cố tim mạch và các yếu tố lâm sàng

Biến số	OR	Khoảng tin cậy 95%	p
Tuổi	0,93	0,87 – 1,002	0,04
Tuổi $\geq$ 65 tuổi	2,05	0,27 – 6,71	0,012

Yếu tố nguy cơ tim mạch tiền phẫu của bệnh nhân			
Bệnh mạch vành	5,19	1,30 – 20,69	0,02
Tăng huyết áp	1,02	0,20 – 5,08	0,982
Suy tim	0,18	0,03 – 1,09	0,062
Rung nhĩ	6,09	1,04 – 35,85	0,046
Bệnh thận mạn	0,59	0,07 – 4,93	0,628
Bệnh phổi	0,81	0,09 – 6,84	0,849
Bệnh mạch máu não	1,97	0,38 – 10,14	0,419
Đái tháo đường	0,48	0,12 – 1,92	0,297

Tuổi ≥ 65 tuổi, bệnh mạch vành và rung nhĩ có liên quan đến biến cố tim mạch sau phẫu thuật ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 9 bệnh nhân có biến cố tim mạch (6,30%) với 6 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp (66,67%), tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim type 2 là 44,44%. Đặc điểm bệnh nhân nhồi máu cơ tim type 2 trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là nữ giới, có yếu tố thúc đẩy là nhiễm trùng, viêm phổi, mạch nhanh. Tác giả Sabate⁴ thực hiện một nghiên cứu tiền cứu, đa trung tâm về các bệnh nhân trải qua phẫu thuật ngoài tim tại 23 bệnh viện ghi nhận có 146 bệnh nhân (4,3%) xuất hiện biến cố tim mạch, 11 bệnh nhân (0,3%) nhồi máu cơ tim và 7 bệnh nhân (0,2%) ngừng tim không tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1 bệnh nhân rung nhĩ mới xuất hiện chiếm tỉ lệ 0,7%. Nghiên cứu của tác giả Sabate ghi nhận rối loạn nhịp sau phẫu thuật thường gặp nhất là rung nhĩ (31 bệnh nhân). Nghiên cứu của chúng tôi cũng có sự tương đồng với tỉ lệ xuất hiện rối loạn nhịp chủ yếu là rung nhĩ.

Trong 6 bệnh nhân nhồi máu cơ tim sau phẫu thuật, 2 bệnh nhân (33,33%) hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng gợi ý thiếu máu cục bộ và việc phát hiện tổn thương cơ tim cấp dựa vào xét nghiệm hs-Troponin I. Các bệnh nhân khó thở đều có tình trạng

viêm phổi. Khi xét trên tổng số 9 bệnh nhân tổn thương cơ tim cấp sau phẫu thuật thì bệnh nhân hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 55,56%. Trong nghiên cứu của Christian Puelache⁵, bệnh nhân tổn thương cơ tim nhưng hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 76%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân tổn thương cơ tim cấp kèm viêm phổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ cao hơn và ghi nhận có triệu chứng khó thở ở nhóm bệnh nhân này.

Phân tích hồi quy đơn biến ghi nhận có liên quan giữa tuổi ≥ 65 tuổi, bệnh mạch vành, rung nhĩ và biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện với OR lần lượt là 2,05 (KTC 95%: 0,27 – 6,71; $p = 0,012$); 5,19 (KTC 95%: 1,30 – 20,69; $p = 0,02$) và 6,09 (KTC 95%: 1,03 – 35,85; $p = 0,046$). Mối liên quan giữa bệnh mạch vành, rung nhĩ và biến cố tim mạch cũng được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu. Một nghiên cứu trên những bệnh nhân nhồi máu cơ tim/tổn thương cơ tim sau phẫu thuật ngoài tim, kết quả chụp mạch vành ghi nhận tắc nghẽn trong 77% đến 94% trường hợp⁶. Trong một loạt khám nghiệm tử thi, 46% bệnh nhân với nhồi máu cơ tim cấp gây tử vong sau phẫu thuật ngoài tim có bằng chứng vỡ mảng xơ

vừa mạch vành. Sean van Diepen⁷ tổng hợp các nghiên cứu trên 38000 bệnh nhân rung nhĩ trải qua phẫu thuật ngoài tim cho thấy, bệnh nhân rung nhĩ có nguy cơ tử vong sau phẫu thuật cao hơn đáng kể so với bệnh nhân bệnh mạch vành mạn. Những bệnh nhân chỉ xuất hiện rung nhĩ cơn xảy ra trong giai đoạn sau phẫu thuật cũng có nguy cơ thuyên tắc tương tự những bệnh nhân rung nhĩ không do van tim. Vì rung nhĩ liên quan đến nhiều biến cố tim mạch, nên việc kiểm soát rung nhĩ quanh phẫu thuật nên được xem xét theo dõi thường quy.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan giữa tuổi ≥ 65 tuổi, bệnh mạch vành, rung nhĩ và biến cố tim mạch sau phẫu thuật trong thời gian nằm viện.

Tổn thương cơ tim cấp do hoặc không do thiếu máu cục bộ sau phẫu thuật hệ tiêu hoá chương trình hoàn toàn không có triệu chứng lâm sàng chiếm một tỉ lệ lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Devereaux P, Bickard BM, Sigamani A, et al.** Association of postoperative high-sensitivity troponin levels with myocardial injury and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *Jama*. 2017;317(16):1642-1651.
2. **Trương Quang Bình, Nguyễn Lâm Vương, Nguyễn Văn Khôi.** NT-proBNP incorporated in prediction rule of major perioperative adverse cardiac event in non-cardiac surgery. *The Surgeon*. 2019;17(3):127-132.
3. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European heart journal*. 2019;40(3):237-269.
4. **ProgSabate S, Mases A, Guileria N, Canet J, Castillo J.** Incidence and predictors of major perioperative adverse cardiac and cerebrovascular events in non-cardiac surgery. *British journal of anaesthesia*. 2011;107(6):879-890.
5. **Puelacher C, Lurati Buse G, Seeberger D, et al.** Perioperative myocardial injury after noncardiac surgery: incidence, mortality, and characterization. *Circulation*. 2018;137(12):1221-1232.
6. **Sheth T, Chan M, Butler C, et al.** Prognostic capabilities of coronary computed tomographic angiography before non-cardiac surgery: prospective cohort study. *bmj*. 2015;350
7. **Van Diepen S, Bakal JA, McAlister FA, Ezekowitz JA.** Mortality and readmission of patients with heart failure, atrial fibrillation, or coronary artery disease undergoing noncardiac surgery: an analysis of 38 047 patients. *Circulation*. 2011;124(3):289-296.

TỈ LỆ ĐẠT GÓC NHÌN AN TOÀN THIẾT YẾU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thủy Cúc¹, Nguyễn Văn Việt Thành²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Góc nhìn an toàn thiết yếu được xem như phương pháp nhận định mục tiêu nhằm phòng ngừa tổn thương đường mật trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật, tuy nhiên không phải trường hợp viêm túi mật cấp nào cũng áp dụng được.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu trong phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, theo dõi dọc trên 84 bệnh nhân từ tháng 10/2023 đến 10/2024, tại bệnh viện Bình Dân. Hình ảnh tam giác gan mật sẽ được chụp lại trong mổ và góc nhìn an toàn thiết yếu được đánh giá theo thang điểm của Strasberg.

Kết quả: Tỉ lệ đạt góc nhìn an toàn thiết yếu trong mổ là 57,1% và các yếu tố liên quan bao gồm tuổi, mức độ viêm túi mật cấp, thời điểm phẫu thuật, mức độ khó trong mổ theo thang điểm Nassar.

Kết luận: Ứng dụng góc nhìn an toàn thiết yếu là khả thi trong các trường hợp viêm túi mật cấp, tuy nhiên cần xem xét các yếu tố ảnh hưởng trước và trong phẫu thuật.

Từ khóa: góc nhìn an toàn thiết yếu, viêm túi mật cấp, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, tổn thương đường mật trong mổ.

SUMMARY

THE RATE OF ACHIEVING CRITICAL VIEW OF SAFETY IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS AND RELATED FACTORS

Background: The critical view of safety is a target identification method to prevent biliary tract injury during laparoscopic cholecystectomy, although it is not applicable to all cases of acute cholecystitis.

Aims: This study aimed to determine the rate of achieving the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy for patients with acute cholecystitis and to identify associated factors.

Patients and methods: A prospective cohort study was conducted on 84 patients from October 2023 to October 2024 at Binh Dan Hospital. Intraoperative images of the hepatocystic triangle were captured, and the critical view of safety was evaluated by using the Strasberg score.

Results: The results showed that 57,1% of cases achieved critical view of safety and the factors which associated with this rate are age, Tokyo severity of cholecystitis, time from symptom onset to operation and operative difficulty base on Nassar scale.

Conclusions: Critical view of safety can be achieved in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thủy Cúc

SĐT: 0934047006

Email: ntcuc2503@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

However, pre- and intra-operative factors influencing the achievement of the critical view of safety should be considered.

Keywords: critical view of safety, acute cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, bile duct injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý của túi mật nói chung và bệnh lý viêm túi mật cấp nói riêng. Dù mang nhiều ưu điểm vượt trội, nhưng tỉ lệ tổn thương đường mật của PTNS cắt túi mật (0,4 – 1,5%) còn cao hơn so với mổ mở (0,2 – 0,3%).¹ Phần lớn các y văn ghi nhận rằng tổn thương đường mật là do nhận định nhầm cấu trúc giải phẫu, trong đó nhầm lẫn giữa ống túi mật và ống mật chủ là một tổn thương kinh điển.⁷ Góc nhìn an toàn thiết yếu (GNATTY) được xem như phương pháp nhận định mục tiêu nhằm phòng ngừa tổn thương đường mật trong PTNS cắt túi mật. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đủ bằng chứng trực tiếp để kết luận rằng GNATTY làm giảm tổn thương đường mật trong mổ, đặc biệt trong các trường hợp cắt túi mật khó, việc cố gắng thực hiện GNATTY có thể gây những biến cố không mong muốn. Tại Việt Nam, một số ít báo cáo đã ghi nhận các kết quả điều trị liên quan đến ứng dụng GNATTY, nhưng chưa có nghiên cứu nào tập trung đánh giá ở nhóm bệnh nhân (BN) viêm túi mật cấp. Từ đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu xác định tỉ lệ đạt được GNATTY trong PTNS cắt túi mật ở BN viêm túi mật cấp do sỏi và đánh giá một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu tiền cứu có theo dõi dọc, được thực hiện từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024 tại bệnh viện Bình Dân. Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu bao gồm BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp theo Hướng dẫn Tokyo 2018 và được PTNS cắt túi mật. Trong quá trình phẫu thuật (PT), việc thực hiện GNATTY sẽ được ghi nhận lại trong tường trình PT và bằng hình ảnh chụp mặt trước và mặt sau của vùng tam giác gan mật trước khi phẫu thuật viên kẹp cắt cấu trúc ống bất kì. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những BN có các bệnh lý về đường mật đi kèm (sỏi ống mật chủ, viêm đường mật cấp, nang ống mật chủ, u quanh bóng Vater, hội chứng Mirizzi...) và/ hoặc BN có thủ thuật/ PT can thiệp trên ống mật chủ trước hoặc trong cùng đợt điều trị (nội soi mật tụy ngược dòng, mở ống mật chủ lấy sỏi...).

Các BN trong mẫu nghiên cứu được chia thành hai nhóm chính dựa vào tình trạng của GNATTY trong mổ: “đạt GNATTY” khi hình ảnh kép GNATTY có số điểm 5–6 và “không đạt GNATTY” khi hình ảnh kép GNATTY có số điểm < 5 theo thang điểm đánh giá của Strasberg. Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS với các phép toán thống kê: kiểm định Chi bình phương, Mann-Whitney U, Wilcoxon, phân tích hồi quy nhị phân. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 10/2023 đến tháng 10/2024, chúng tôi đã ghi nhận 84 trường hợp BN viêm túi mật cấp được PTNS cắt túi mật có ứng dụng GNATTY tại bệnh viện Bình Dân.

Đặc điểm lâm sàng và đặc điểm liên quan đến phẫu thuật của đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung vị là 56 (IQR 44 – 70); có 40 nam và 44 nữ; chỉ số BMI trung vị là 24,6 kg/m² (IQR 22,5 – 26,5 kg/m²). Phân loại nguy cơ PT ASA của các BN bao gồm độ II và độ III có tỉ lệ lần lượt là 83,3% và 16,7%. Bên cạnh đó, các BN có chỉ số bệnh đồng mắc CCI từ 0 đến 4 điểm, trong đó nhóm BN có CCI = 0 điểm chiếm tỉ lệ cao nhất với 71,4%. Trong nghiên cứu này, 13 BN có tiền căn đã từng PT ở vùng bụng trước khi PTNS cắt túi mật (15,5%) và 2 BN có tiền căn đã được dẫn lưu túi mật xuyên gan qua da.

Tỉ lệ BN viêm túi mật cấp độ I là 33,3% và độ II là 66,7%, không ghi nhận trường hợp viêm túi mật cấp độ III (theo phân độ viêm túi mật của Hường dẫn Tokyo 2018). Ngoài ra, tỉ lệ BN được PT cắt túi mật trong vòng 72 giờ và sau 72 giờ khởi phát triệu chứng lần lượt là 63,1% và 36,9%. Tỉ lệ

trường hợp có mức độ khó trong mổ độ III và IV theo thang điểm Nassar lần lượt là 46,4% và 53,6%, không ghi nhận trường hợp nào độ V.

Các trường hợp có sỏi kẹt cổ túi mật chiếm tỉ lệ 39,2%. Trong PT, có 7 ca được sử dụng 4 trocar (chiếm tỉ lệ 8,3%), còn lại đều sử dụng 3 trocar. Bên cạnh đó, thời lượng PT trung vị là 100 phút (IQR 75 – 123,8 phút) và lượng máu mất trung vị là 50 mL máu (IQR 20 – 100 mL).

Tỉ lệ đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu trong mổ

Nghiên cứu đã ghi nhận 48 ca có GNATTY cả hai mặt trước và sau (hình ảnh kép) đạt điểm ≥ 5 theo thang điểm đánh giá của Strasberg, chiếm tỉ lệ 57,1%. Còn lại 36 ca có hình ảnh kép GNATTY đạt điểm < 5 , chiếm tỉ lệ 42,9%.

Bảng 1. Số điểm trung vị hình ảnh GNATTY mặt trước, mặt sau và hình ảnh kép

Điểm GNATTY	Điểm trung vị	Tỉ lệ đạt GNATTY
Hình ảnh mặt trước	4,5 điểm (IQR 3,25 – 5)	50,0%
Hình ảnh mặt sau	3,0 điểm (IQR 2 – 4,75)	25,0%
Hình ảnh kép	5,0 điểm (IQR 4,0 – 6,0)	57,1%

Theo Bảng 1, nếu chấm điểm GNATTY mặt trước thì số ca đạt và không đạt là như nhau (42 ca), nếu chấm điểm GNATTY mặt sau thì số ca đạt chỉ bằng một phần ba số ca không đạt (lần lượt là 21 và 63 ca). Trong mẫu nghiên cứu này, số điểm trung vị của GNATTY mặt trước cao hơn GNATTY mặt sau, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$ – phép kiểm Wilcoxon).

Các yếu tố trước và trong mổ liên quan đến tỉ lệ đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu

Tỉ lệ đạt GNATTY ở nhóm BN có phân độ ASA II và ASA III không có sự khác biệt có ý nghĩa. Bên cạnh đó, tỉ lệ đạt GNATTY

ở mỗi nhóm BN có CCI từ 0 đến 2 điểm dao động từ 50-60%. Tuy nhiên sự khác biệt về các tỉ lệ đạt GNATTY giữa các nhóm là không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,801$ – phép kiểm Chi bình phương).

Đối với đặc điểm nhân khẩu học, Bảng 2 cho thấy độ tuổi trung vị ở nhóm đạt GNATTY nhỏ hơn có ý nghĩa so với nhóm không đạt GNATTY; ngược lại, BMI và giới tính không có mối liên quan với tỉ lệ đạt GNATTY. Về mức độ viêm túi mật theo Hường dẫn Tokyo 2018, tỉ lệ đạt GNATTY ở nhóm viêm độ I cao hơn có ý nghĩa so với nhóm viêm độ II. Tương tự đối với tỉ lệ đạt

GNATTY giữa nhóm có mức độ khó trong mổ III và IV theo thang điểm Nassar, giữa nhóm có thời điểm PT trong và sau 72 giờ cũng có sự khác biệt có ý nghĩa. Tuy nhiên, tỉ lệ đạt GNATTY ở nhóm có sỏi kẹt cổ túi mật (51,1%) hơi thấp hơn so với nhóm không có sỏi kẹt cổ túi mật (60,8%), nhưng kiểm định Chi bình phương cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa.

Khi phân tích đa biến mối liên hệ của tuổi BN, mức độ viêm túi mật cấp, thời điểm PT và mức độ khó trong mổ thì chỉ có hai yếu tố có mối tương quan với việc đạt GNATTY, bao gồm thời điểm PT và mức độ khó trong mổ. Ngoài ra, nhóm đạt GNATTY có thời lượng PT ngắn hơn và lượng máu mất ít hơn so với nhóm không đạt GNATTY, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Mối liên hệ của một số yếu tố trước và trong PT với tỉ lệ đạt GNATTY

		Đạt GNATTY	Không đạt GNATTY	Phân tích đơn biến	Phân tích đa biến
Tuổi		51 (IQR 41 – 68)	59 (IQR 49 – 74)	p = 0,023 ^a	p = 0,708 ^c
BMI		24,6 kg/m ² (IQR 22,6 – 27)	24,6 kg/m ² (IQR 21,5 – 26)	p = 0,697 ^a	-
Giới	Nam	25 (56,8%)	19	p = 0,950 ^b	-
	Nữ	23 (57,5%)	17		
Tiền căn PT	Có	8 (61,5%)	6	p = 0,728 ^b	-
	Không	40 (56,3%)	31		
Thời điểm PT	Trong 72 giờ	42 (79,2%)	11	p < 0,001 ^b	p = 0,001 ^c
	Sau 72 giờ	6 (19,4%)	25		
Mức độ viêm	Độ I	22 (78,6%)	6	p < 0,005 ^b	p = 0,315 ^c
	Độ II	26 (46,4%)	30		
Sỏi kẹt cổ	Có	17 (51,1%)	16	p = 0,402 ^b	-
	Không	31 (60,8%)	20		
Mức độ khó	Độ III	33 (84,6%)	6	p < 0,001 ^b	p = 0,006 ^c
	Độ IV	15 (33,3%)	30		
Số lượng trocar	3 trocar	46 (59,7%)	31	p = 0,133 ^b	-
	4 trocar	2 (28,6%)	5		
Thời lượng PT		93 phút (IQR 70 – 110)	115 phút (IQR 90 – 144)	p = 0,016 ^a	-
Lượng máu mất		25 mL (IQR 20 – 50)	75 mL (IQR 50 – 100)	p = 0,001 ^a	-

a: phép kiểm Mann-Whitney U

b: phép kiểm Chi bình phương

c: phân tích hồi quy nhị phân

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu trong mổ

Trong 84 trường hợp nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trường hợp có hình ảnh kép đạt GNATTY là 57,1%, và số trường hợp không đạt GNATTY chiếm tỉ lệ 42,9%. Kết quả này thấp hơn khi so sánh với một số nghiên cứu tương tự (Bảng 3). Nguyên nhân có thể do khác nhau về tiêu chí đánh giá GNATTY. Trong nghiên cứu của Onoe và Gupta, khi thỏa mãn ba tiêu chí bao gồm: (1) tam giác gan mật được phẫu tích sạch mô xơ, mô mỡ; (2) bộc lộ 1/3 dưới vùng giường túi mật và (3) chỉ có hai cấu trúc đi vào túi mật là ống túi mật và động mạch túi mật thì đối

tượng nghiên cứu được đánh giá là ứng dụng thành công GNATTY.^{2,5} Còn đối với nghiên cứu của Liu và chúng tôi, GNATTY có thành công hay không được đánh giá dựa trên thang điểm của Strasberg, với các tiêu chí nghiêm ngặt hơn. Bên cạnh đó, Liu và cộng sự (CS) quy ước GNATTY cả hai mặt đạt đủ 6 điểm thì mới được xem là ứng dụng thành công GNATTY.³ Ngoài ra, sự khác biệt có thể do các nghiên cứu khác nhau về quy trình PT tiêu chuẩn. Nghiên cứu của Onoe sử dụng 4 trocar trong mổ. Còn đối với Gupta, các ca mổ đều được thực hiện bởi cùng 1 ekip PT, với phẫu thuật viên chính có trên 5 năm kinh nghiệm PTNS cắt túi mật.

Bảng 3. Tỉ lệ đạt GNATTY trong một số nghiên cứu

	Tỉ lệ đạt GNATTY	Cỡ mẫu
Chúng tôi	57,1%	84
Liu và CS ³	70,9%	172
Onoe và CS ⁵	79,6%	113
Gupta và CS ²	76,2%	62

Trong nghiên cứu của chúng tôi, GNATTY mặt trước có số điểm trung vị cao hơn số điểm trung vị của GNATTY mặt sau và sự khác biệt này có ý nghĩa (theo kiểm định Wilcoxon). Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Strasberg khi đánh giá GNATTY trên 28 trường hợp PTNS cắt túi mật do bệnh lý túi mật lành tính, điểm số của GNATTY mặt trước và mặt sau lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (lần lượt là 5,3 và 5,0, giá trị $p = 0,32$).⁶ Một số tác giả cho rằng, khi phẫu tích vào vùng tam giác gan mật, phẫu thuật viên nên tiếp cận từ mặt sau trước tiên, mở lá phúc mạc tại cổ túi mật và tiếp tục hướng về phía giữa. Việc bắt đầu phẫu tích từ mặt sau giúp phẫu thuật viên dễ dàng cầm nắm và kéo túi mật ra khỏi giường gan, dễ dàng tạo cửa sổ khi phẫu tích mặt trước, nhìn

thấy được nhánh sau của động mạch túi mật từ đó tránh tổn thương mạch máu này và hạn chế chảy máu.

Các yếu tố trước và trong mổ liên quan đến tỉ lệ đạt được góc nhìn an toàn thiết yếu

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độ tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu gần tương tự với Liu và Onoe^{3,5} và có mối liên hệ với việc thực hiện thành công GNATTY. Bên cạnh đó, Nassar cho rằng độ tuổi > 60 là một yếu tố có ảnh hưởng đến thất bại trong việc ứng dụng GNATTY trong PTNS cắt túi mật ($p < 0,001$).⁴ Tương tự đối với tỉ lệ giới tính nam/ nữ, không có sự khác biệt quá nhiều giữa các nghiên cứu và đồng thời, cả ba nghiên cứu đều phân tích rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ đạt

được GNATTY giữa hai nhóm giới tính.^{3,5} Tuy nhiên, Nassar lại cho rằng giới tính nam lại là một yếu tố có liên quan đến thất bại trong việc ứng dụng GNATTY trong PTNS cắt túi mật ($p < 0,001$).⁴ Về tình trạng dinh dưỡng, nghiên cứu của Onoe và của chúng tôi không có sự khác biệt về tỉ lệ đạt GNATTY giữa các nhóm tình trạng dinh dưỡng của BN.⁵ Thế nhưng vấn đề này cần nghiên cứu thêm bởi tình trạng thừa cân, béo phì có thể liên hệ với tình trạng tăng mỡ nội tạng, gây khó khăn cho việc bóc lột và phẫu tích tam giác gan mật, và ảnh hưởng đến sự thành công ứng dụng GNATTY.

Trong nghiên cứu này, các BN được phân loại nguy cơ PT chỉ bao gồm ASA II và ASA III, chủ yếu với các bệnh lý nội khoa bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ, và một số ít có bệnh lý tai biến mạch máu não, rung nhĩ, lao phổi... Cả nghiên cứu này và nghiên cứu của Gupta đều ghi nhận không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa ASA và tỉ lệ đạt được GNATTY.² Tuy nhiên một số trường hợp bệnh lý nội khoa có sử dụng thuốc kháng đông như bệnh tim thiếu máu cục bộ, tai biến mạch máu não, rung nhĩ... có thể ảnh hưởng đến vấn đề cầm máu trong mổ và gây khó khăn cho cuộc mổ nên cần nghiên cứu thêm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ đạt GNATTY trong mổ của nhóm BN viêm túi mật cấp độ I (78,6%) cao hơn so với nhóm BN viêm túi mật cấp độ II (46,4%), và sự khác biệt này có ý nghĩa ($OR = 4,23$). Tuy nhiên, tỉ lệ của nghiên cứu này vẫn thấp hơn tỉ lệ đạt GNATTY ghi nhận trong nghiên cứu của Liu và Onoe. Liu và CS đã thông kê rằng tỉ lệ đạt GNATTY ở nhóm BN viêm túi mật cấp độ I, độ II và độ III lần lượt là 86,0%, 56,95% và 25,0%. Còn đối với nghiên cứu của Onoe và CS thì tỉ lệ này lần lượt là

93,3%, 51,5% và 60,0%. Như vậy có thể thấy rằng mức độ viêm túi mật cao hơn thì tỉ lệ đạt được GNATTY thấp hơn và sự khác biệt về tỉ lệ đạt GNATTY giữa các nhóm này đều có ý nghĩa thống kê.^{3,5} Trong Hướng dẫn Tokyo 2018, nhóm tác giả lí luận rằng các yếu tố giúp phân độ viêm túi mật có mối liên hệ có ý nghĩa với tỉ lệ tử vong 30 ngày, thời gian nằm viện, khả năng chuyển mổ mở và chi phí điều trị đối với BN được chẩn đoán viêm túi mật cấp. Các yếu tố này cũng là một trong những yếu tố được dự đoán cuộc mổ khó trong một số nghiên cứu và đôi khi đòi hỏi những kĩ thuật khác ngoài ứng dụng GNATTY như cắt túi mật bán phần, cắt túi mật ngược dòng, phương pháp phẫu tích tại phẫu, hoặc thậm chí là chuyển mổ mở.⁸ Khi đó, việc áp dụng GNATTY được xem như là thất bại vì không còn thỏa những tiêu chí của thang điểm đánh giá GNATTY.

Qua 84 trường hợp được nghiên cứu, tỉ lệ BN được PTNS cắt túi mật trong vòng 72 giờ cao hơn so với nhóm BN được PT sau 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng (lần lượt là 63,1% và 36,9%). Kiểm định Chi bình phương cho thấy, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ đạt GNATTY giữa hai nhóm BN được PTNS cắt túi mật trong vòng 72 giờ và sau 72 giờ ($OR = 15,91$). Tương tự, nghiên cứu của Onoe dự đoán rằng thời điểm PTNS cắt túi mật sau 72 giờ khởi phát triệu chứng là một yếu tố độc lập gây thất bại trong việc thực hiện GNATTY, với $OR = 19,23$ ($p < 0,001$).⁵ Một số tác giả cho rằng tình trạng viêm dính của túi mật trong mổ ít hay nhiều phụ thuộc vào thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi PT sớm hay trễ. Tình trạng viêm dính nhiều làm cho việc xác định các mốc giải phẫu thông thường trở nên rất khó khăn, bóc tách mạch máu, ống túi mật

trở thành thử thách lớn đối với phẫu thuật viên và có nguy cơ gây ra các tai biến nặng như chảy máu, hay gây tổn thương đường mật.

Theo thang điểm Nassar về mức độ khó trong mổ, tỉ lệ thực hiện thành công GNATTY ở nhóm độ khó III (84,6%) cao hơn nhóm độ khó IV (33,3%) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (OR = 11). Nassar và Gupta cũng ghi nhận rằng độ khó của cuộc mổ tăng dần thì tỉ lệ đạt được GNATTY giảm dần, nguyên nhân là tương ứng với độ khó càng cao thì sự viêm dính của túi mật càng nhiều,^{2,4} ví dụ như đối với độ khó IV, túi mật bị che khuất hoàn toàn, hoại tử, thâm mật phúc mạc, khi đó khó có thể xác định được cuống túi mật; hoặc các dây dính dày đặc, mô sợi bao quanh túi mật nhiều, khó bóc tách khỏi đại tràng góc gan hoặc tá tràng.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng GNATTY trong PTNS cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp là có thể thực hiện được, với tỉ lệ ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 57,1% và các yếu tố liên quan đến tỉ lệ này bao gồm: tuổi, mức độ viêm túi mật cấp theo Hướng dẫn Tokyo 2018, thời điểm PT trong 72 giờ và sau 72 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng và mức độ khó trong mổ theo thang điểm Nassar. Qua phân tích đa biến, thời điểm PT và mức độ khó trong mổ là hai yếu tố có mối liên quan độc lập với việc đạt được GNATTY. Từ đó, chúng tôi kiến nghị phẫu thuật viên nên đánh giá các yếu tố trước và trong PT ảnh hưởng đến việc đạt GNATTY để đưa ra chiến lược mổ phù hợp trong các trường hợp cắt túi mật khó nhằm tránh các biến cố không mong muốn xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nicola de'Angelis, Fausto Catena, Riccardo Memeo, et al.** 2020 WSES guidelines for the detection and management of bile duct injury during cholecystectomy. *World Journal of Emergency Surgery*, 2021, 1-27.
2. **Rahul Gupta, Archana Khanduri, Arvind Singh, et al.** Defining Critical View of Safety During Laparoscopic Cholecystectomy: The Preoperative Predictors of Failure. *Cureus*, 2023, 1-8.
3. **Pan Liu, Xu Hang, Min Li, et al.** Retrospective evaluation of "critical view of safety" in laparoscopic cholecystectomy. *Research Square*, 2023, 1-10.
4. **Ahmad Nassar, Hwei J Ng, Arkadiusz Wysocki, et al.** Achieving the critical view of safety in the difficult laparoscopic cholecystectomy: a prospective study of predictors of failure. *Surgical Endoscopy*, 2021, 6039-6047.
5. **Shunsuke Onoe, Atsuyuki Maeda, Yuichi Takayama, et al.** A preoperative predictive scoring system to predict the ability to achieve the critical view of safety during laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *HPB: the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 2017, 406–410.
6. **Dominic Sanford, Steven Strasberg.** A simple effective method for generation of a permanent record of the Critical View of Safety during laparoscopic cholecystectomy by intraoperative "doublet" photography. *Journal of the American College of Surgeons*. 2014;170-178.
7. **Steven Strasberg.** A perspective on the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. *Annals of Laparoscopic and Endoscopic Surgery*, 2017, 1-4.
8. **Masamichi Yokoe, Jiro Hata, Tadahiro Takada, et al.** Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *Journal of hepato-biliary-pancreatic sciences*, 2018, 41-54.

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG PHÂN BIỆT BỆNH CƠ TUYẾN TÚI MẬT VÀ UNG THƯ TÚI MẬT

Huỳnh Nguyễn Công Danh¹, Dương Văn Hải², Đặng Ngọc Thạch²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh cơ tuyến túi mật (BCTTM) được biết đến là bệnh mắc phải lành tính của thành túi mật(TM). Chẩn đoán bệnh cơ tuyến túi mật chủ yếu dựa vào siêu âm, cắt lớp vi tính(CLVT) và cộng hưởng từ; tuy nhiên trên thực tế, tỷ lệ phát hiện bệnh tình cờ qua chụp cắt lớp vi tính ổ bụng tương đối cao và đôi khi khó phân biệt giữa các nguyên nhân với nhau, nhất là phân biệt với ung thư túi mật giai đoạn sớm. Việc chẩn đoán chính xác trước phẫu thuật giữa hai nhóm bệnh này rất quan trọng vì chiến lược xử trí hai bệnh này là khác nhau.

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính có giá trị trong phân biệt bệnh cơ tuyến túi mật với ung thư túi mật trên bệnh nhân có dày thành túi mật.

Đối tượng và phương pháp: Hình ảnh CLVT bụng chậu của 143 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là BCTTM hoặc ung thư túi mật, được thu nhận trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến 8/2024, tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh. Phân tích đặc điểm hình ảnh trên CLVT bao gồm các dấu hiệu trực tiếp của thành túi mật, các dấu hiệu tổn thương gián tiếp và đặc điểm tăng quang của thành túi mật sau tiêm

thuốc tương phản để tìm ra các dấu hiệu có giá trị giúp chẩn đoán BCTTM và phân biệt với bệnh lý ung thư túi mật.

Kết quả: Đường cong ROC biểu thị giá trị của bề dày thành túi mật trong phân biệt nhóm ung thư TM và nhóm BCTTM có AUC= 0,864 ($p<0,001$). Điểm cắt tính được là 9,5 mm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,4% và 80,8%. Các yếu tố yếu tố dự báo mạnh cho BCTTM (hiện diện xoang RA (OR=10,880; $p<0,001$), Rosary Sign (OR=25,742; $p=0,002$), Cotton Ball sign (OR=39,490; $p<0,001$) và kiểu tăng quang Loại 3 (OR=365,00; $p<0,001$), và loại 4 (OR=405; $p<0,001$). Thành túi mật dày lên khu trú ở đáy (OR=52,800; $p<0,001$) hoặc gần xa (OR=27,500; $p=0,013$) và sự hiện diện của sỏi mật (OR=4,521; $p<0,001$) làm tăng thêm nguy cơ mắc BCTTM. Tất cả các dấu hiệu gián tiếp đều có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh.

Kết luận: Cắt lớp vi tính là một phương tiện đáng tin cậy trong đánh giá một tổn thương dạng dày thành của túi mật là lành tính hay ác tính.

Từ khóa: bệnh cơ tuyến túi mật, ung thư túi mật, dày thành túi mật

SUMMARY

THE VALUE OF CT SCAN IN DIFFERENTIATION BETWEEN GALLBLADDER ADENOMYOMATOSIS AND GALLBLADDER CANCER

Background: Gallbladder adenomyomatosis (GBA) is recognized as an acquired benign disease of the gallbladder wall. Diagnosis of GBA primarily relies on ultrasound, computed

¹Bệnh viện Đại học Y Tân Tạo

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Nguyễn Công Danh
SĐT: 0907572727

Email: hncongdanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

tomography (CT), and magnetic resonance imaging (MRI). However, in clinical practice, the rate of incidental detection through abdominal CT scans is relatively high, and differentiating between GBA and other causes—especially early-stage gallbladder cancer (GBC)—can be challenging. Accurate preoperative differentiation between these two conditions is crucial due to their differing management strategies.

Objective: To identify CT imaging features valuable in distinguishing gallbladder adenomyomatosis from gallbladder cancer in patients presenting with gallbladder wall thickening.

Materials and Methods: This study analyzed abdominal CT images from 143 patients with histopathological diagnoses of either GBA or GBC, collected between January 2020 and August 2024 at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City. CT imaging features assessed included direct signs involving the gallbladder wall, indirect signs of lesions, and contrast enhancement patterns of the gallbladder wall post-contrast administration, aiming to identify diagnostic indicators that facilitate differentiation between GBA and GBC.

Results: The receiver operating characteristic (ROC) curve for gallbladder wall thickness in distinguishing GBC from GBA yielded an area under the curve (AUC) of 0.864 ($p < 0.001$). A cutoff value of 9.5 mm was established, with a sensitivity of 81.4% and specificity of 80.8%. Strong predictive factors for GBA included the presence of Rokitansky-Aschoff sinuses (OR = 10.880; $p < 0.001$), the "Rosary sign" (OR = 25.742; $p = 0.002$), the "Cotton Ball sign" (OR = 39.490; $p < 0.001$), and enhancement patterns classified as Type 3 (OR = 365.00; $p < 0.001$) and Type 4 (OR = 405.00; $p < 0.001$). Localized gallbladder wall thickening at

the fundus (OR = 52.800; $p < 0.001$) or the distal segment (OR = 27.500; $p = 0.013$), along with the presence of gallstones (OR = 4.521; $p < 0.001$), significantly increased the likelihood of GBA. All indirect signs demonstrated significant differences between the two disease groups.

Conclusion: Computed tomography is a reliable modality for evaluating whether gallbladder wall thickening is benign or malignant, aiding in the differentiation between gallbladder adenomyomatosis and gallbladder cancer.

Keywords: gallbladder adenomyomatosis, gallbladder cancer, gallbladder wall thickening

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BCTTM được ghi nhận ngày càng nhiều trong thực hành lâm sàng nhờ sự phát triển nhanh chóng của các kỹ thuật hình ảnh. Hiện tại, định nghĩa được chấp nhận rộng rãi của BCTTM là: "Là bệnh mắc phải lành tính của thành túi mật, đặc trưng bởi sự tăng sinh của lớp biểu mô niêm mạc, sự phì đại của lớp cơ và hình thành các túi nang được lót bằng lớp biểu mô (xoang Rokitansky-Aschoff) lõm sâu vào lớp cơ dày trên giải phẫu bệnh"^{2,4}. Tỷ lệ BCTTM dao động từ 5% đến 14,2% trong các trường hợp cắt túi mật có kết quả mô bệnh học. Bệnh thường gặp ở lứa tuổi trên 50, tỷ lệ giới tính ưu thế ở nữ, nguyên nhân và sinh bệnh học chưa được hiểu rõ nhưng có liên quan với viêm túi mật mãn tính và sỏi túi mật trong 25%-75% trường hợp². Hình ảnh đôi khi rất dễ nhầm lẫn với ung thư túi mật. Mặt khác, cũng có nhiều báo cáo cho thấy có mối liên quan giữa BCTTM và ung thư túi mật, đặc biệt là thể phân đoạn².

Phần lớn bệnh nhân BCTTM không có triệu chứng lâm sàng (khoảng 50% đến 90% trường hợp), hoặc có các triệu chứng không

đặc hiệu. Bệnh thường được phát hiện tình cờ qua các kỹ thuật hình ảnh khi thăm khám ổ bụng. Trong đó, tỷ lệ phát hiện tình cờ qua chụp CLVT ổ bụng tương đối cao, dưới dạng tổn thương dày thành túi mật, đôi khi khó phân biệt giữa các nguyên nhân với nhau, nhất là phân biệt với ung thư túi mật giai đoạn sớm.

Các nghiên cứu gần đây cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của chụp CLVT trong chẩn đoán phân biệt các tổn thương lành và ác tính của túi mật lên đến 78% - 94%^{4,5}. BCTTM nếu cần thiết điều trị cắt bỏ qua nội soi, ngược lại ung thư túi mật chống chỉ định cắt túi mật qua nội soi do đó việc phân biệt chính xác trước phẫu thuật một trường hợp BCTTM với ung thư túi mật là rất quan trọng.

Mục tiêu: Xác định các đặc điểm hình ảnh trên cắt lớp vi tính có giá trị trong phân biệt bệnh cơ tuyến túi mật với ung thư túi mật trên bệnh nhân có dày thành túi mật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được phẫu thuật cắt túi mật và có kết quả giải phẫu bệnh là BCTTM hoặc ung thư túi mật trong khoảng thời gian từ 1/2020 đến 8/2024, tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh.

Tiêu chí chọn

Nhóm bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định có BCTTM bằng giải phẫu bệnh, có thể kèm theo các bệnh lý lành tính khác của túi mật và có chụp CLVT vùng bụng có tiêm thuốc tương phản trước khi phẫu thuật.

Nhóm chứng: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định có ung thư túi mật bằng giải phẫu bệnh, có thể kèm theo các bệnh lý khác của túi mật và có chụp CLVT vùng bụng có tiêm thuốc tương phản trước khi phẫu thuật.

Tiêu chí loại trừ

(1) Bệnh nhân có tiền sử ung thư được hóa hay xạ trị.

(2) Bệnh nhân đang được dẫn lưu túi mật trước khi chụp CLVT, túi mật xẹp.

(3) Các trường hợp không còn hình ảnh CLVT lưu trữ hoặc hình ảnh giảm chất lượng không đảm bảo khảo sát tốt tổn thương.

(4) Các trường hợp hiện diện tổn thương dạng khối thay thế túi mật trên hình CLVT.

(5) Độ dày thành túi mật tối đa <2mm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Cắt ngang mô tả.

Kỹ thuật chụp cắt lớp vi tính

Bệnh nhân được chụp CLVT bụng chậu với thì không tiêm thuốc và thì tĩnh mạch (khoảng 60-80s sau khi tiêm thuốc tương phản không ion hóa với liều lượng 1,5 ml/kg trọng lượng cơ thể).

Bệnh nhân sẽ được chụp CLVT trong tư thế nằm ngửa, hít vào tối đa và nín thở. Thường trường quét từ đáy phổi đến hết đáy chậu. Thực hiện tái tạo đa mặt phẳng dựa trên lát cắt mỏng 1mm ở thì tĩnh mạch. Các thông số kỹ thuật được cài đặt cố định trên máy.

Biến số nghiên cứu

Các biến số về kích cỡ của túi mật và đặc tính của thành túi mật bao gồm: đường kính ngang của túi mật, độ dày thành túi mật, loại dày thành túi mật (dạng khu trú, dạng phân đoạn, dạng lan tỏa), vị trí dày thành ở dạng khu trú (ở đáy TM, thân TM, cổ TM, gần xa TM, gần gần TM)

Các biến số về đặc điểm của bề mặt và các cấu trúc của thành túi mật bao gồm: bờ ngoài của thành túi mật (đều hay không đều), tính chất lớp niêm mạc (liên tục hay mất liên tục), có hay không có xoang RA (là những khoảng giảm đậm độ nằm trong phần dày

của thành túi mật và không ngấm thuốc), đường kính của xoang RA, vôi hóa trong thành túi mật, dấu hiệu Rosary, dấu hiệu Cotton Ball.

Biến số về tính chất ngấm thuốc của thành túi mật: Có 5 giá trị: Loại 1, loại 2, loại 3, loại 4, loại 5. Dựa theo mô hình tăng quang thành túi mật được mô tả lần đầu bởi Kim SJ (2008)³, bao gồm các loại (type) như sau: Type 1: dạng một lớp dày không đồng nhất hoặc không thể phân biệt được các lớp; Type 2: tăng quang dạng hai lớp với lớp trong dày ($\geq 2,6$ mm), tăng quang mạnh (hơn so với vỏ thận); lớp ngoài mỏng, tăng quang yếu hoặc không tăng quang ($\leq 3,4$ mm); Type 3: lớp trong dày với các hốc dạng nang tăng quang viền và lớp ngoài không tăng quang; Type 4: tăng quang dạng hai lớp với lớp trong mỏng, tăng quang yếu và lớp ngoài mỏng, không tăng quang; Type 5: tăng quang dạng hai lớp với lớp trong mỏng, tăng quang yếu và lớp ngoài dày, không tăng quang.

Các dấu hiệu gián tiếp: sỏi túi mật, thâm nhiễm mỡ quanh túi mật, tụ dịch quanh túi mật, xâm lấn cơ quan khác và hạch vùng.

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Lưu trữ và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS version 20. Các biến định tính được mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm. Lấy một chữ số thập phân cho tỉ lệ phần trăm.

Biến định lượng nếu là phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, nếu là phân phối lệch được trình bày dưới dạng trung vị, khoảng tứ phân vị dưới (25%), tứ phân vị trên (75%) và kèm thêm trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn.

Các giá trị trung bình được so sánh bằng phép kiểm T-test nếu phân phối chuẩn, phép kiểm phi tham số Mann-Whitney nếu phân phối không chuẩn, được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Y đức

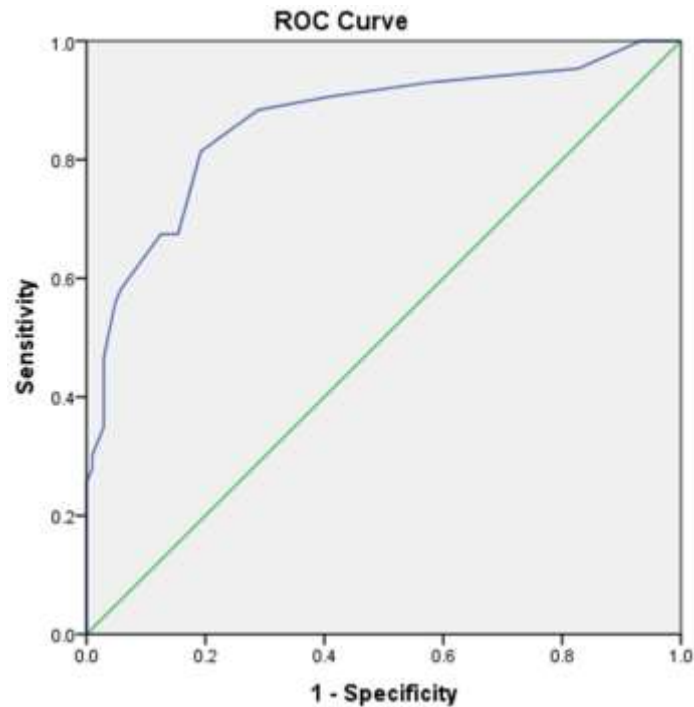
Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, số 1000/TĐHYKPNT- HĐĐĐ ngày 04/01/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2020 đến 8/2024, tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi ghi nhận có 143 bệnh nhân phù hợp với các tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa ra trong phương pháp nghiên cứu. Trong đó có 104 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là BCTTM có kèm theo bệnh lành tính khác (gồm 60 nữ, 44 nam, tuổi trung bình $51,1 \pm 15,2$), 39 bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư TM (gồm 22 nữ, 17 nam, tuổi trung bình 60.6 ± 9.8).

Độ dày trung bình thành túi mật trong nhóm BCTTM ($7,74 \pm 3,13$ mm) nhỏ hơn so với nhóm bệnh lý ung thư TM ($15,84 \pm 6,88$ mm). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, Fisher exact test).

Dựa vào đường cong ROC, diện tích dưới đường cong ROC tính được là 0,864 (với $p < 0,001$). Điểm cắt tính được là 9,5 mm với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,4% và 80,8% (Hình 3.1).



Hình 3.1. Đường cong ROC biểu thị giá trị của bề dày thành túi mật trong phân biệt nhóm ung thư TM và nhóm BCTTM

Các dấu hiệu hình ảnh trực tiếp được trình bày trong (Bảng 3.1).

Bảng 3.1. So sánh các dấu hiệu trực tiếp của tổn thương túi mật trên CLVT giữa hai nhóm BCTTM và nhóm ung thư túi mật

Đặc điểm		BCTTM (n=104)	Ung thư TM (n=39)	OR (KTC 95%)	P
Đường kính ngang túi mật		29,5± 8,5	36,9± 15,1	0,940 (0,904-0,977)	0,002*
Độ dày của thành túi mật		7,74± 3,13	15,84± 6,88	0,712 (0,630-0,806)	<0,001*
Vị trí dày thành	Thân TM	1 (1,9%)	11 (47,8%)		<0,001*
	Đáy TM	48 (88,9%)	10 (43,5%)	52,800 (6,104-456,698)	<0,001*
	Ngăn xa TM	5 (9,3%)	2 (8,7%)	27,500 (1,996-378,837)	0,013*
Dày không đều thành TM		0	22 (56,4%)		<0,001**
Mất liên tục lớp niêm mạc		0	27 (69,2%)		<0,001**
Xoang RA		64 (61,5%)	5 (12,8%)	10,880 (3,929-30,127)	<0,001*
Dấu hiệu vôi hóa trong thành TM		5 (4,8%)	0		0,412*
Dấu hiệu Rosary		42 (40,4%)	1 (2,6%)	25,742 (3,402-194,800)	0,002*
Dấu hiệu Cotton Ball		53 (51,0%)	1 (2,6%)	39,490 (5,226-298,424)	<0,001*

Dày thành túi mật khu trú (đáy túi mật, ngăn xa túi mật), sự hiện diện xoang RA, dấu hiệu Rosary, dấu hiệu Cotton Ball, sỏi túi mật là các dấu hiệu thường gặp trong BCTTM hơn so với ung thư túi mật ($p<0,05$). (Bảng 3.1)

Bảng 3.2. So sánh các dấu hiệu gián tiếp của tổn thương túi mật trên CLVT giữa hai nhóm BCTTM và ung thư túi mật

Đặc điểm	BCTTM (n=104)	Ung thư TM (n=39)	OR (KTC 95%)	P
Sỏi túi mật	56 (53,8%)	8 (20,5%)	4,521 (1,899-10,765)	0,001*
Thâm nhiễm mỡ quanh TM	12 (11,5%)	27 (69,2%)	0,058 (0,023-0,144)	<0,001*
Tụ dịch quanh TM	1 (1,0%)	6 (15,4%)	0,053 (0,006-0,460)	0,008*
Dấu hiệu xâm lấn cơ quan khác	0	21 (53,8%)		<0,001**
Dấu hiệu hạch vùng	0	22 (56,4%)		<0,001**

Trong các dấu hiệu gián tiếp, sự hiện diện sỏi túi mật là dấu hiệu thường gặp trong BCTTM hơn so với ung thư túi mật ($p<0,05$). (Bảng 3.2)

Trong khi các dấu hiệu độ dày thành túi mật, đường kính ngang túi mật, đường kính

xoang RA, thâm nhiễm mỡ quanh túi mật và tụ dịch quanh túi mật làm tăng nguy cơ ung thư túi mật hơn là BCTTM. Dấu hiệu xâm lấn cơ quan khác và phì đại hạch vùng cũng gợi ý đến ung thư túi mật ($p<0,05$). (Bảng 3.1 và Bảng 3.2)

Bảng 3.3. So sánh dấu hiệu tăng quang thành túi mật giữa các type trong nhóm BCTTM và ung thư TM

Đặc điểm		BCTTM (n=104)	Ung thư TM (n=39)	OR (KTC 95%)	P
Phân loại tăng quang thành túi mật	Type 1	2 (1,9%)	30 (76,9%)	1	-
	Type 2	1 (1,0%)	5 (12,8%)	3,00 (0,227-39,608)	0,404*
	Type 3	73 (70,2%)	3 (7,7%)	365,00 (58,027-2295,918)	<0,001*
	Type 4	27 (26,0%)	1 (2,6%)	405,00 (34,736-4722,080)	<0,001*
	Type 5	1 (1,0%)	0 (0,0%)	24232122966 (0)	0,999*

*Binary logistic regression; **Fisher exact test

Dấu hiệu tăng quang thành túi mật type 3 và type 4 cũng đại diện cho nhóm BCTTM với tỷ số số chênh lần lượt là 365 và 405. (Bảng 3.3)

Bảng 3.4. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của mỗi type

Type	BCTTM (n=104)				Ung thư TM (n=39)			
	Se	Sp	PPV	NPV	Se	Sp	PPV	NPV
Type 1	1,9	27,9	6,0	10,5	76,9	98,1	93,8	91,9
Type 2	0,9	83,7	12,5	25,9	12,8	99,0	83,3	75,2
Type 3	70,2	90,7	94,8	55,7	7,7	29,8	3,9	46,3
Type 4	25,9	97,7	96,4	35,2	2,5	74,0	3,5	66,9
Type 5	0,9	100	100	29,5	0	99,0	0	72,5

Nếu chọn kiểu tăng quang type 3 đại diện cho chẩn đoán BCTTM, ta có: độ nhạy 70,2%, độ đặc hiệu 90,7%, giá trị tiên đoán dương 94,8%, giá trị tiên đoán âm 55,7% (Bảng 3.4).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường kính ngang trung bình của túi mật trong nhóm BCTTM là 29,4 mm, nhỏ hơn đáng kể so với đường kính ngang trung bình 36,9 mm trong nhóm ung thư túi mật. Phát hiện này phù hợp với các tài liệu hiện có chỉ ra rằng ung thư túi mật thường dẫn đến tình trạng to ra đáng kể hơn so với BCTTM.

Tương tự như các nghiên cứu trước đây kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy có sự khác biệt về độ dày thành túi mật giữa hai nhóm bệnh ($p < 0,05$). Dựa vào đường cong ROC, chúng tôi chọn giá trị bề dày thành túi mật là 9.5 mm làm điểm cắt với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 81,4% và 80,8%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Đỗ Đỗ Như (2021)¹.

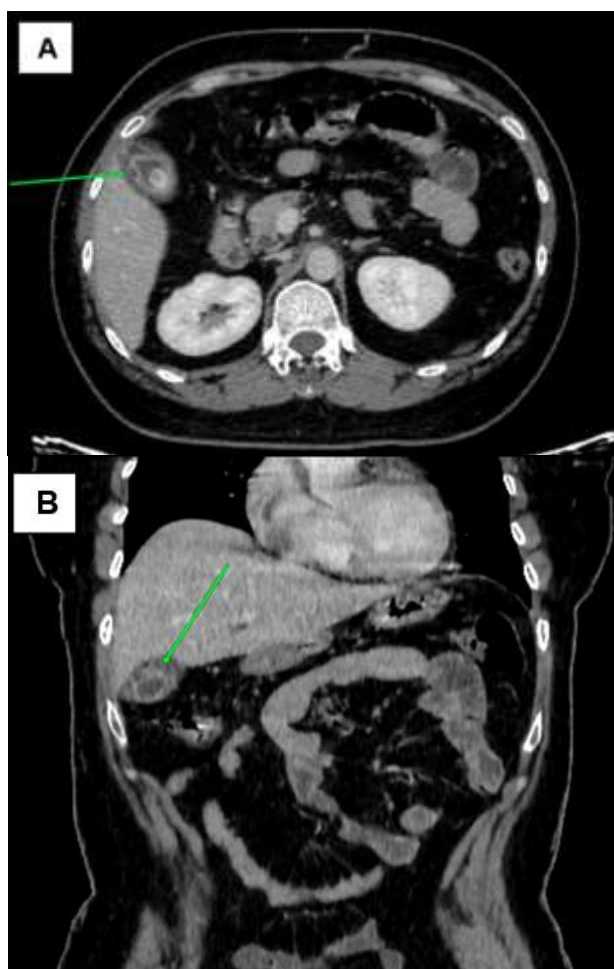
Trong loạt các dấu hiệu tại chỗ của thành túi mật, kết quả của chúng tôi cho thấy dấu hiệu dày thành túi mật khu trú đáy và gần xa túi mật cũng là các đặc điểm tiêu biểu của BCTTM, phân biệt với dấu hiệu dày thành túi mật khu trú ở thân túi mật hay gặp trong ung thư túi mật ($p < 0.001$). Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả Wang JH (2015)⁶.

Nghiên cứu này cũng chỉ ra, sự hiện diện của xoang Rokitansky-Aschoff (RAS) với (RA (OR=10,880; $p < 0,001$) cũng là dấu hiệu tiên đoán mạnh cho BCTTM. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với các phát hiện trong nghiên cứu của Tongdee R et al (2011)⁵.

Các dấu hiệu khác như Rosary, Cotton Ball là các dấu hiệu đặc trưng cho BCTTM so với nhóm ung thư túi mật (dấu hiệu Rosary Sign (OR=25,742 (3,402 - 194,800), $p=0,002$), dấu hiệu Cotton Ball (OR=39,490 (5,226 -298,424), $p < 0,001$) (Bảng 3.1). Kết quả của nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Yang H. K (2018)⁷ ghi nhận tỷ lệ xuất hiện dấu hiệu Rosary là 44% (15/34), Cotton Ball là 74% (25/34). Qua các kết quả trên, ta thấy dấu hiệu Rosary, Cotton Ball đóng vai trò là dấu hiệu hình ảnh đáng tin cậy để chẩn đoán BCTTM.

Về đặc điểm tăng quang của thành túi mật sau tiêm, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả kiểu tăng quang type 3 chiếm tỷ lệ cao nhất (70,2%), tiếp đến là type 4 (26%), các type còn lại chiếm tỷ lệ thấp trong nhóm BCTTM. Trong nhóm ung thư TM, kiểu tăng quang type 1 chiếm ưu thế với 76,9%, các type còn lại chiếm tỷ lệ thấp (Bảng 3.3). Kết quả này tương tự kết quả các nghiên cứu của tác giả Kim SJ (2008)³ và nghiên cứu của Đỗ Đỗ Như (2021)¹ (Hình 4.1). Nếu chọn kiểu tăng quang type 3 đại diện cho chẩn đoán BCTTM, ta có: độ nhạy 70,2%, độ đặc hiệu 90,7%, giá trị tiên đoán dương 94,8%, giá trị tiên đoán âm 55,7% (Bảng 3.4).

Dấu hiệu tăng quang thành túi mật type 3 và type 4 cũng đại diện cho nhóm BCTTM với tỷ số số chênh lần lượt là 365 và 405. (Bảng 3.3)



Hình 4.1. Tổn thương túi mật dạng dày thành lan tỏa

Nguồn: Bệnh nhân P.T.V, nữ 49 tuổi, 2024/09315, bệnh viện Bình Dân.

Hình A: Mặt cắt ngang, túi mật dày thành lan tỏa không đều, còn thấy mặt phẳng mỡ giữa túi mật và gan. Mũi tên chỉ các hốc dạng nang- xoang Rokitansky- Aschoff (RA).

Hình B: Mặt phẳng đứng ngang, mũi tên chỉ thành túi mật bắt thuốc type 3 với các hốc dạng nang tăng quang viền và lớp ngoài không tăng quang.

Kết quả mô bệnh học sau mổ kết luận Bệnh cơ tuyến túi mật kèm viêm mạn tính.

Về sỏi túi mật, tác giả Yun E (2004)⁸ cũng ghi nhận sỏi túi mật thường gặp trong các bệnh lành tính như BCTTM, viêm túi

mật mạn tính và viêm túi mật do u hạt vàng hơn so với ung thư túi mật ($p < 0,05$).

Kết quả của chúng tôi chỉ ra rằng dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh túi mật, tụ dịch quanh túi mật, xâm lấn cơ quan khác và phì đại hạch vùng có thể giúp tăng nguy cơ dự báo ung thư túi mật hơn là BCTTM.

V. KẾT LUẬN

Cắt lớp vi tính là một phương tiện đáng tin cậy trong phát hiện các dấu hiệu tiên đoán BCTTM. Trong đó, sự hiện diện xoang RA, dấu hiệu Rosary, dấu hiệu Cotton Ball và các kiểu tăng quang đặc trưng (type 3 và type 4) là những yếu tố dự báo mạnh. Thành túi mật

dày lên khu trú ở đáy hoặc gần xa và sự hiện diện của sỏi mật làm tăng thêm nguy cơ BCTTM. Độ dày thành túi mật tăng, đường kính ngang túi mật tăng và sự hiện diện của thâm nhiễm mỡ hoặc tụ dịch xung quanh túi mật, xâm lấn cơ quan khác và phì đại hạch lân cận có liên quan đến nguy cơ ung thư cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đỗ Như, Trần Thị Mai Thùy, Đặng Nguyễn Trung An, Lâm Thanh Ngọc, Phạm Ngọc Hoa.** Giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong phân biệt dày thành túi mật do ung thư với các nguyên nhân lành tính khác. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021;-CD1:85-91.
2. **Golse N, Lewin M, Rode A, Sebah M, Mabrut J-Y.** Gallbladder adenomyomatosis: diagnosis and management. *Journal of visceral surgery.* 2017;154(5):345-353. doi:10.1016/j.jviscsurg.2017.06.004
3. **Kim SJ, Lee JM, Lee JY, et al.** Analysis of enhancement pattern of flat gallbladder wall thickening on MDCT to differentiate gallbladder cancer from cholecystitis. *American Journal of Roentgenology.* 2008; 191(3): 765-771. doi:10.2214/AJR. 07.3331
4. **Lee K-F, Hung EH, Leung HH, Lai PB.** A narrative review of gallbladder adenomyomatosis: what we need to know. *Annals of Translational Medicine.* 2020; 8(23)doi:10.21037/atm-20-4897
5. **Tongdee R, Maroongroge P, Suthikeree W.** The value of MDCT scans in differentiation between benign and malignant gallbladder wall thickening. *Journal of the Medical Association of Thailand.* 2011; 94(5):592. doi:PMID: 21675450
6. **Wang J-H, Liu B-J, Xu H-X, et al.** Clinical, pathological and sonographic characteristics of unexpected gallbladder carcinoma. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine.* 2015;8(7):11109.
7. **Yang HK, Lee JM, Yu MH, et al.** CT diagnosis of gallbladder adenomyomatosis: importance of enhancing mucosal epithelium, the “cotton ball sign”. *European radiology.* 2018;28:3573-3582. doi:10.1007/s00330-018-5412-4
8. **Yun E, Cho S, Park S, et al.** Gallbladder carcinoma and chronic cholecystitis: differentiation with two-phase spiral CT. *Abdominal imaging.* 2004;29:102-108

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM BIẾN ĐỔI GEN CFTR Ở NGƯỜI BỆNH BẤT SẢN ỔNG DẪN TINH HAI BÊN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Mai Bá Tiến Dũng¹, Đinh Nguyễn Tấn Hòa¹, Trần Thụy Thái Thanh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh (CBAVD) là một nguyên nhân hiếm gặp gây vô sinh. Các biến đổi trên gen CFTR có liên quan đến CBAVD.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm biến đổi gen CFTR ở người bệnh CBAVD.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 10 người bệnh CBAVD được khảo sát 21 biến đổi thường gặp trên gen CFTR, bao gồm đa hình poly T, số lần lặp TG và đa hình M470V.

Kết quả: Biến thể T5 là biến thể duy nhất được phát hiện và hiện diện 5/10 người bệnh CBAVD. Toàn bộ biến thể T5 di truyền cùng với TG12/13. Phân bố đa hình M470V có sự khác biệt ở giữa TG12-5T và TG13-T5.

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao của biến thể T5 ở người bệnh CBAVD và sự liên kết cụ thể của biến thể này với số lần lặp TG và đa hình M70V. Những kết quả này góp phần cung cấp thông tin về đặc điểm biến đổi CFTR ở người bệnh CBAVD tại Việt Nam.

Từ khóa: bất sản ống dẫn tinh hai bên, CFTR

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CFTR ALTERATIONS IN PATIENTS WITH CONGENITAL BILATERAL ABSENCE OF THE VAS DEFERENS AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Congenital bilateral absence of the vas deferens is a rare reason of male factor infertility. Variants and polymorphisms in the CFTR gene have been associated with CBAVD.

Objective: To investigate CFTR alterations in CBAVD patients.

Methods: The cross-sectional study included 10 CBAVD patients who were screening for 21 common CFTR variants, including the poly-T tract, TG repeats and M470V polymorphism.

Results: The T5 variant was the only alterations detected, present in 5 out of 10 CBAVD patients. All T5 variants were linked to TG12/13. The distribution of M470V polymorphism was different between TG12-T3 and TG13-T5 haplotypes.

Conclusion: The study highlights the high prevalence of the T5 variant in CBAVD patients and its specific linkage with TG repeats and M470V polymorphism. These findings contribute to providing information on the characteristics of CFTR alterations in CBAVD patients in Vietnam.

Keywords: CBAVD, CFTR

¹Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Nguyễn Tấn Hòa
SĐT: 0908405458

Email: tanhoa13396@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

I. TỔNG QUAN

Bất sản ống dẫn tinh hai bên bẩm sinh (CBAVD) là một nguyên nhân hiếm gặp gây vô sinh ở nam giới, được tìm thấy ở 1% nam giới vô sinh và ở 6% nam giới bị vô tinh bẩm tật.⁸ Chẩn đoán CBAVD dựa trên sờ không thấy ống dẫn tinh hai bên khi khám bìu. Tuy nhiên, ở một số trường hợp sờ thấy có ống dẫn tinh nhưng khi phẫu thuật thám sát phát hiện thấy một sợi dây xơ (fibrous cord) hoặc lòng ống bị tắc hoặc không liên tục. Tinh hoàn thường có thể tích bình thường. Kết quả tinh dịch đồ chỉ ra tình trạng vô tinh, thường đi kèm với thể tích thấp (dưới 1ml) và pH acid (dưới 7). Siêu âm bìu và siêu âm qua ngã trực tràng nên được thực hiện để kiểm tra các cấu trúc khác như: mào tinh, ống phóng tinh, túi tinh.³

CBAVD được xem là một hội chứng di truyền lặn nhiễm sắc thể thường và có mối liên hệ với biến thể gen CFTR. Gen CFTR nằm trên cánh dài nhiễm sắc thể số 7 (7q31.2), dài 250 kb, gồm 27 exon mã hóa protein CFTR. CFTR là một protein xuyên màng và được biểu hiện trên phần màng hướng vào lòng ống ở nhiều loại tế bào biểu mô. CFTR hoạt động như một kênh ion hoạt hóa bởi cAMP điều hòa vận chuyển chloride và có liên quan tới điều hòa hoạt động của một số kênh vận chuyển ion và nước. Do đó, các biến đổi làm mất hoặc giảm chức năng protein CFTR được cho là ảnh hưởng tới hoạt động cân bằng dịch do biểu mô tiết ra. Các biến đổi trên gen CFTR được phân thành 2 loại: (i) loại nghiêm trọng (còn được gọi là biến thể gây bệnh xơ nang – biến thể CF) gây mất chức năng protein hoặc tạo protein không đủ chức năng và gây kiểu hình xơ nang; (ii) loại nhẹ (biến thể không gây bệnh xơ nang), làm giảm chức năng của protein CFTR và phần hoạt động còn lại đủ để ngăn

cản kiểu hình xơ nang.³ Người bệnh CBAVD thường mang kiểu gen dị hợp tử kép: một biến thể loại nghiêm trọng kết hợp với một biến thể loại nhẹ hoặc hai biến thể loại nhẹ. F508del (nghiêm trọng), R117H (nhẹ) và Q1352H (nhẹ) là các biến thể thường gặp.²

Một biến đổi quan trọng khác có liên quan tới CBAVD là đa hình poly-T ở vị trí tiếp nhận cắt-nối ở intron 8. Đa hình này có 3 dạng chính: T5, T7 và 9T. Nghiên cứu cho thấy số lượng nucleotide T trong chuỗi càng ngắn thì số lượng bản sao mRNA bình thường được tạo thành càng giảm, do ảnh hưởng lên hiệu quả cắt-nối làm mất exon 9 trong phân tử mRNA được tạo thành.⁴ Biểu mô ống dẫn tinh có biểu hiện mRNA bình thường thấp,^{10, 13} do đó sự có mặt của alen T5 có thể làm giảm thêm số lượng bản sao dưới mức cần thiết để duy trì kiểu hình bình thường. Mức độ ảnh hưởng của alen T5 lên hiệu quả cắt-nối có thể phụ thuộc vào số lần lặp lại TG nằm phía trước. Nghiên cứu trước đây đã chỉ ra số lần lặp TG càng nhiều thì tỷ lệ tạo ra bản sao CFTR mất exon 9 càng cao.⁵ Ngoài ra, hoạt động protein CFTR phụ thuộc vào đa hình M470V, trong đó alen valin làm giảm hoạt động của kênh này.⁵ Hơn nữa, alen T5 và valin có sự liên kết di truyền mạnh trong quần thể CBAVD nhưng không xuất hiện trong quần thể bình thường.⁶ Do đó, alen T5 được xem xét như là một biến thể loại nhẹ nhưng có có mức độ thâm nhập không hoàn toàn.

Phần lớn các nghiên cứu về CFTR tập trung trên quần thể người da trắng. Tuy nhiên, đặc điểm và tỷ lệ các loại biến đổi của gen CFTR lại có sự khác biệt rõ ràng giữa các sắc tộc.¹⁶ Ở Việt Nam, theo tìm hiểu của chúng tôi hiện chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát

đặc điểm biến đổi gen CFTR ở người bệnh bất sản ống dẫn tinh hai bên.

thể tích tinh dịch dưới 1,5 ml và pH dưới 7,2; (3) mang bộ nhiễm sắc thể 46, XY.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện 10 người bệnh được chẩn đoán CBAVD tại Khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân. Toàn bộ người bệnh đều mang đặc điểm: (1) thể tích tinh hoàn bình thường; (2) vô tinh với

2 ml máu được thu nhận để thực hiện khảo sát 21 biến đổi thường gặp, bao gồm đa hình polyT, số lần lặp TG và đa hình M470V trên gen CFTR bằng phương pháp realtime PCR và giải trình tự Sanger. Danh sách các biến đổi CFTR được phát hiện được liệt kê trong Bảng 1.

Bảng 1. Danh sách các biến đổi CFTR được phát hiện

Gly542Ter	Trp1282Ter	Glu92Lys	1677delTA	Lys68Glu	
2789+5G>A	Phe508del	1717-1G>A	4010delTATT	Phe1052Val	
Ile148Thr	Gly551Asp	Tyr1032Cys	3849+10kbC>T	Arg560Thr	
2183AA-G	Ser4Ter	Asn1303Lys	Arg117His	Met470Val	IVS8

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu không ghi nhận biến thể nào, ngoại trừ biến thể T5. Đặc điểm đa hình poly T, số lần lặp TG và M470V được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm đa hình TG[m]-T[n] và M470V của 10 người bệnh CBAVD.

STT	TG[m]-T[N]	M470V
1	TG12-T5/TG13-T5	M/V
2	TG13-T5/TG13-T5	M/M
3	TG12-T5/TG11-T7	V/V
4	TG13-T5/TG11-T7	V/V
5	TG13-T5/TG12-T7	M/M
6	TG11-T7/TG12-T7	M/V
7	TG11-T7/TG12-T7	M/V
8	TG11-T7/TG12-T7	M/V
9	TG11-T7/TG12-T7	M/V
10	TG12-T7/TG13-T7	M/M

Có 5/10 trường hợp có ít nhất một biến thể T5, trong đó có 2 trường hợp mang hai biến thể T5 và 3 trường hợp mang một biến thể. Các trường hợp còn lại mang alen T7, không ghi nhận các đa hình khác đối với poly-T. Tỷ lệ alen T5 là 35% và alen T7 65%. (Bảng 2).

Bảng 2. Đa hình poly-T

Đa hình poly-T	N	%
Alen		
T5	7	35.00%
T7	13	65.00%

Kiểu gen		
T5 / T5	2	20.00%
T5 / T7	3	30.00%
T7 / T7	5	50.00%

Số lần lặp TG được ghi nhận bao gồm 11, 12 và 13 lần lặp với tỷ lệ lần lượt là 30%, 40% và 30%. 9/10 trường hợp là dị hợp, chỉ có duy nhất 1 đồng hợp TG13/TG13 được ghi nhận (Bảng 3). Đối với đa hình M470V, tỷ lệ alen methionin (M) cao hơn so với valin (V) (55% với 45%) với tỷ lệ đồng hợp : dị hợp là 1:1 (Bảng 4).

Bảng 3. Số lần lặp TG

Số lần lặp TG	N	%
Alen		
TG11	6	30.00%
TG12	8	40.00%
TG13	6	30.00%
Kiểu gen		
TG11 / TG11	0	0.00%
TG11 / TG12	5	50.00%
TG11 / TG13	1	10.00%
TG12 / TG12	0	0.00%
TG12 / TG13	3	30.00%
TG13 / TG13	1	10.00%

Bảng 4. Đa hình M470V

M470V	N	%
Alen		
M	11	55.00%
V	9	45.00%
Kiểu gen		
M/M	3	30.00%
V/V	2	20.00%
M/V	5	50.00%

Xem xét mối liên hệ giữa biến thể T5 với số lần lặp TG và đa hình M470V, nghiên cứu ghi nhận 2 TG12-T5 và 5 TG13-T5, không ghi nhận trường hợp nào của TG11-T5 (Bảng 5). Do không thể xác định kiểu liên kết giữa các kiểu gen dị hợp, mối liên hệ với đa hình M470V chỉ được xem xét trên các kiểu gen

đồng hợp của đa hình M470V. Đa hình M470V phân bố đồng đều đối với ở 2 alen T5 và T7. Tuy nhiên, khi xem xét phân bố đa hình M470V ở alen T5, toàn bộ alen methionin xuất hiện cùng với TG13-T5 (3/3), trong khi alen valin xuất hiện đồng thời cả TG12-T5 (1/2) và TG13-T5 (1/2).

Bảng 5. Kiểu gen liên kết của T5 với số lần lặp TG và đa hình M470V

Kiểu gen liên kết	N	%
TG[m]-T[n]		
TG11-T5	0	0.00%
TG12-T5	2	10.00%
TG13-T5	5	25.00%
T[n] – M/V		
T5 – M	3	30.00%
T7 – M	3	30.00%
T5 – V	2	20.00%
T7 – V	2	20.00%
TG[m]-T[n] – M/V	N	%
TG11-T5 - M	0	0.00%
TG12-T5 - M	0	0.00%
TG13-T5 - M	3	30.00%
TG11-T7 - M	0	0.00%
TG12-T7 - M	2	20.00%
TG13-T7 - M	1	10.00%
TG11-T5 - V	0	0.00%
TG12-T5 - V	1	10.00%
TG13-T5 - V	1	10.00%
TG11-T7 - V	2	20.00%
TG12-T7 - V	0	0.00%
TG13-T7 - V	0	0.00%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phát hiện 50% người bệnh CBAVD có mang biến thể CFTR, tuy nhiên chỉ có biến thể T5 được phát hiện. Nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp (2011) cho thấy tỷ lệ CBAVD mang ít nhất 1 biến thể CFTR là 78% với tỷ lệ mang hai biến thể và một biến thể lần lượt là 46% và 28%.¹⁶ Hai nghiên cứu sau đó tại Trung Quốc (2020 và 2023) cũng ghi nhận tỷ lệ CBAVD có mang ít nhất 1 biến thể CFTR là khoảng 70% với số biến thể CFTR được báo cáo lần lượt là 15 và 44.^{12, 14} Sự khác biệt về tỷ lệ người bệnh CBAVD mang biến thể CFTR có thể đến từ sự khác biệt về phương

pháp sử dụng và đặc điểm biến đổi CFTR ở CBAVD. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ sử dụng một panel khảo sát 21 biến đổi CFTR thường gặp, tập trung chủ yếu vào các biến thể loại nghiêm trọng, thường gặp ở nhóm người da trắng. Trong khi đó, hai nghiên cứu tại Trung Quốc sử dụng phương pháp giải trình tự toàn bộ exon. Khác với bệnh lý xơ nang (hơn 99% người bệnh mang ít nhất 1 biến thể nghiêm trọng, và biến thể nghiêm trọng phổ biến nhất có tỷ lệ tới 70%), bệnh lý CBAVD lại mang phổ biến đổi rộng hơn trải dài từ biến thể nghiêm trọng, biến thể không nghiêm trọng và khoảng 25% người bệnh không mang biến thể CFTR.² Hơn nữa, tỷ lệ

kiểu gen và tỷ lệ biến thể CFTR phổ biến ở CBAVD tương đối thấp (kiểu gen: F508del/T5 17%, F508del/R117H 4%; tần số alen: F508del 17%, T5 25% và R117H 3%)¹⁶ cùng với cỡ mẫu thấp (N=10) khiến cho nghiên cứu này hầu như không ghi nhận được các biến thể khác, ngoại trừ T5.

Đối với đa hình poly-T ở CBAVD, nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận alen T5 và T7 với tỷ lệ lần lượt là 35% và 65%. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận tỷ lệ alen T5 thấp hơn alen T7 và rất hiếm gặp alen 9T.^{7,11} Tuy nhiên, khi so sánh với nam giới có khả năng sinh sản và quần thể nói chung, có tỷ lệ alen T5 cao hơn có ý nghĩa thống kê ở CBAVD trong khi alen T7 thì ngược lại.^{7,9,11,16} Ngoài ra, biến thể T5 cũng được ghi nhận có tỷ lệ cao hơn ở nhóm người không phải da trắng.¹⁶

Ảnh hưởng của biến thể T5 lên khả năng tạo bản phiên mã CFTR bình thường phụ thuộc vào số lần lặp TG phía trước đó. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến thể T5 chỉ xuất hiện với TG12/13. Ở CBAVD, tỷ lệ số lần lặp TG có khác biệt giữa các quốc gia, tuy nhiên biến thể T5 hầu như chỉ xuất hiện cùng với TG12/13, rất hiếm gặp tổ hợp T5-TG11. Hơn nữa, tổ hợp TG12/13-T5 ở CBAVD cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có khả năng sinh sản.^{7,9,11} Trong khi tỷ số chênh của biến thể T5 ở CBAVD so với nhóm có khả năng sinh sản là 9,25 thì tỷ số này của tổ hợp TG12/13-T5 là 19,43 và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p=0.000$).¹⁶

Đa hình M470V cũng được quan tâm do ảnh hưởng chức năng protein CFTR và có sự liên kết di truyền mạnh với biến thể T5 ở CBVD. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ alen M:V xấp xỉ 1:1. Kết quả này tương đồng với các kết quả từ các nghiên cứu

khác^{7,9,11} cũng như tỷ lệ alen M:V trong quần thể chung (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/snp/rs231950>). Tuy nhiên, phân bố đa hình M470V ở từng tổ hợp TG[m]-T[n] lại không cân bằng. Một nghiên cứu ghi nhận TG12-T5 hầu hết đều liên kết với valin (15/16), trong khi tất cả TG13-T5 đều liên kết với methionin (9/9).⁷ Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tổ hợp TG13-T5 chỉ xuất hiện liên kết với methionin. Ngoài ra, tổ hợp TG12-T5-V470 cũng được ghi nhận có tỷ lệ cao hơn ở CBAVD so với nhóm có khả năng sinh sản.^{7,9,11}

Bên cạnh CBAVD, biến thể CFTR cũng là nguyên nhân của các bệnh lý khác như xơ nang, giãn phế quản, viêm tụy mãn tính.² Biến thể 5T cũng được ghi nhận xuất hiện với tỷ lệ cao ở nhóm người vô tinh không bế tắc.¹⁵ Bên cạnh đó, các biến thể CFTR có thể di truyền cho thế hệ sau. Hiệp hội Niệu khoa Hoa Kỳ (2024) cũng đã khuyến cáo nam giới có mang biến thể CFTR hoặc bất sản ống dẫn tinh thì xét nghiệm biến thể CFTR ở người vợ nên được thực hiện để làm cơ sở tư vấn di truyền cho đời con.¹ Do đó, việc xác định các biến thể trên gen CFTR, bao gồm đa hình poly-T, số lần lặp lại TG và M470V ở người bệnh CBAVD không chỉ cung cấp thông tin phân tử làm sáng tỏ chẩn đoán lâm sàng mà còn cung cấp thông tin về nguy cơ mắc các bệnh lý liên quan và khả năng di truyền cho thế hệ sau.

Nghiên cứu của chúng tôi là một trong những nghiên cứu đầu tiên mô tả về đặc điểm biến thể CFTR ở người bệnh CBAVD. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng còn tồn tại nhiều hạn chế. Một, cỡ mẫu thấp (N=10) làm giảm khả năng phát hiện các biến thể khác (nếu có) so với nghiên cứu trước đó. Hai, nghiên cứu thiếu nhóm chứng nên chưa thể đánh giá sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ các biến thể được ghi nhận. Ba, kiểu hình xơ nang và các bất thường về thận và các cấu trúc ống sinh

dục khác như mào tinh, túi tinh, ống xuất tinh chưa được xem xét một cách đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao của biến thể T5 ở người bệnh CBAVD và sự liên kết cụ thể của biến thể này với số lần lặp TG và đa hình M70V. Những kết quả này góp phần cung cấp thông tin về đặc điểm biến đổi CFTR ở người bệnh CBAVD tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Urological Association.** Diagnosis and Treatment of Infertility in Men: AUA/ASRM Guideline. 2024; Available from: <https://www.auanet.org/guidelines-and-quality/guidelines/male-infertility>.
2. **Bieth, E., S.M. Hamdi, and R. Miesusset,** Genetics of the congenital absence of the vas deferens. *Human Genetics*. 2021; 140(1): 59-76.
3. **Bombieri, C., et al.,** Recommendations for the classification of diseases as CFTR-related disorders. 2011; 10: S86-S102.
4. **Chu, C.-S., et al.,** Genetic basis of variable exon 9 skipping in cystic fibrosis transmembrane conductance regulator mRNA. *Nature Genetics*. 1993; 3(2): 151-156.
5. **Cuppens, H., et al.,** Polyvariant mutant cystic fibrosis transmembrane conductance regulator genes. The polymorphic (Tg)m locus explains the partial penetrance of the T5 polymorphism as a disease mutation. *J Clin Invest*. 1998; 101(2): 487-96.
6. **de Meeus, A., et al.,** Linkage disequilibrium between the M470V variant and the IVS8 polyT alleles of the CFTR gene in CBAVD. *J Med Genet*. 1998; 35(7): 594-6.
7. **Du, Q., et al.,** The CFTR M470V, intron 8 poly-T, and 8 TG-repeats detection in Chinese males with congenital bilateral absence of the vas deferens. *BioMed research international*. 2014; 2014(1): 689185.
8. **European Association of Urology.** EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. 2024; Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>.
9. **Gaikwad, A., et al.,** The CFTR gene mild variants poly-T, TG repeats and M470V detection in Indian men with congenital bilateral absence of vas deferens. *Andrologia*. 2018; 50(2).
10. **Mak, V., et al.,** Higher proportion of intact exon 9 CFTR mRNA in nasal epithelium compared with vas deferens. *Hum Mol Genet*. 1997; 6(12): 2099-107.
11. **Ni, W.H., et al.,** The CFTR polymorphisms poly-T, TG-repeats and M470V in Chinese males with congenital bilateral absence of the vas deferens. *Asian J Androl*. 2012; 14(5): 687-90.
12. **Qu, X., et al.,** Correlation between CFTR variants and outcomes of ART in patients with CAVD in Central China. *Sci Rep*. 2023; 13(1): 64.
13. **Teng, H., et al.,** Increased proportion of exon 9 alternatively spliced CFTR transcripts in vas deferens compared with nasal epithelial cells. *Hum Mol Genet*. 1997; 6(1): 85-90.
14. **Wang, H., et al.,** Genetic diagnosis and sperm retrieval outcomes for Chinese patients with congenital bilateral absence of vas deferens. *Andrology*. 2020; 8(5): 1064-1069.
15. **Yang, L., et al.,** The association between variants in the CFTR gene and nonobstructive male infertility: A meta-analysis. *Andrologia*. 2020; 52(2): e13475.
16. **Yu, J., et al.,** CFTR mutations in men with congenital bilateral absence of the vas deferens (CBAVD): a systemic review and meta-analysis. *Human Reproduction*. 2011; 27(1): 25-35.

KHẢO SÁT BIẾN ĐỔI GEN Ở NAM GIỚI VÔ TINH BẰNG KỸ THUẬT GIẢI TRÌNH TỰ GEN THẾ HỆ MỚI

Mai Bá Tiến Dũng¹, Đinh Nguyễn Tấn Hòa¹,
Võ Thị Kim Ngân¹, Hoàng Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nam giới vô tinh thường mang các bất thường di truyền và các bất thường này có thể di truyền cho thế hệ sau. Do đó, việc phát hiện các bất thường không chỉ giúp gợi ra nguyên nhân mà còn làm cơ sở để thực hiện tư vấn di truyền. Tuy nhiên, các bất thường di truyền hiện nay chỉ tập trung vào bất thường nhiễm sắc thể và vi mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y. Các bất thường này chỉ chiếm khoảng 30% trường hợp. Nhờ sự phát triển của kỹ thuật giải trình tự gen thế hệ tiếp theo (NGS), ngày càng có nhiều biến đổi đơn gen có liên kết với kiểu hình vô sinh được phát hiện.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm biến đổi đơn gen ở nam giới vô tinh.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 nam giới vô tinh được khảo sát 50 gen liên quan tới vô sinh nam bằng kỹ thuật NGS.

Kết quả: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến đổi gen cao ở nhóm vô tinh không bế tắc so với nhóm vô tinh bế tắc. Biến đổi gen CFTR chiếm tỷ lệ cao nhất với biến thể c.4056G>C xuất hiện đồng thời ở cả 2 nhóm.

Ngoài ra, phát hiện 5 biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh trên 4 gen ở 4 người vô tinh không bế tắc. Trong đó, biến thể NR5A1 c.634G>A và PMFBP1 c.2725C>T đã được báo cáo trước đó và hai biến thể mới là SYCE1 c.434_438del và SUN5 c.860dup.

Kết luận: Nghiên cứu chúng tôi đã phát hiện một số biến đổi đơn gen, cung cấp thông tin về đặc điểm biến đổi gen và là bằng chứng hỗ trợ để xác nhận vai trò của các biến đổi gen này với kiểu hình vô tinh ở nam giới tại Việt Nam.

Từ khóa: biến đổi gen, CFTR, giải trình tự thế hệ tiếp theo, vô tinh, vô tinh không bế tắc, vô tinh bế tắc

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF GENE ALTERATIONS IN 39 MALES WITH AZOOSPERMIA USING NEXT- GENERATION SEQUENCING

Background: Azoospermia, the absence of sperm in ejaculate, is often associated with genetic abnormalities, some of which may be transmitted to next generations. Identifying these genetic alterations not only provides insights into the etiology of male infertility but also serves as a basis for genetic counseling. However, current genetic investigations primarily focus on chromosomal abnormalities and Y chromosome microdeletions, which collectively account for 30% of azoospermia cases. With the advancement of next-generation sequencing (NGS), an increasing number of monogenic variants linked to male infertility are being

¹Khoa Nam học, Bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Nguyễn Tấn Hòa
SĐT: 0908405458

Email: tanhoa13396@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

discovered, offering a broader perspective on the genetic basis of azoospermia.

Objective: This study aims to investigate gene alterations in males with azoospermia.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 39 azoospermic males, analyzing 50 infertility-related genes using NGS technology.

Results: Our study observed a higher prevalence of genetic variants in men with non-obstructive azoospermia (NOA) compared to those with obstructive azoospermia (OA). Among the identified genetic variants, CFTR mutations were the most prevalent, with the c.4056G>C variant detected in both groups. Additionally, five pathogenic or likely pathogenic variants were identified across four different genes in four NOA individuals. The NR5A1 c.634G>A and PMFBP1 c.2725C>T variants had been previously reported. Two novel variants, SYCE1 c.434_438del and SUN5 c.860dup, were also identified.

Conclusion: This study identifies several monogenic alterations in Vietnamese azoospermic males. These findings contribute to the understanding of genetic variants and support evidence to confirm their involvement in azoospermic phenotype of Vietnamese males.

Keywords: genetic variants, CFTR, next-generation sequencing, azoospermia, non-obstructive azoospermia, obstructive azoospermia.

I. TỔNG QUAN

Theo Tổ chức y tế thế giới, vô sinh được định nghĩa là một cặp vợ chồng không có khả năng thụ thai sau một năm quan hệ mà không sử dụng biện pháp bảo vệ.²⁶ Khoảng 15% các cặp vợ chồng bị vô sinh và ước tính khoảng một nửa các trường hợp là do nam giới.²⁵ Vô tinh (azoospermia), được định

nghĩa là tình trạng không có tinh trùng trong mẫu tinh dịch sau ly tâm trong 2 lần thực hiện liên tiếp, là một trong những nguyên nhân vô sinh ở nam giới, chiếm khoảng 1% dân số chung và 10-15% nam giới vô sinh. Trong quá khứ, sử dụng tinh trùng hiến tặng là lựa chọn duy nhất ở nam giới vô tinh mong muốn có con. Nhờ sự phát triển của các phương pháp phẫu thuật thu hồi tinh trùng và các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, đặc biệt là kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương trứng (intracytoplasmic sperm injection, ICSI) đã mở ra thêm cơ hội làm cha cho nhóm nam giới vô sinh này.²⁴ Tuy nhiên, các bất thường di truyền từ người bố vô tinh có thể di truyền sang đời con. Một số nghiên cứu cho thấy con cái được sinh ra từ người bố vô tinh bằng phương pháp ICSI tăng nguy cơ mắc một số rối loạn phát triển thần kinh và bất thường sức khỏe sinh sản.¹⁴ Do đó việc xác định bất thường di truyền ở người bệnh không chỉ giúp gọi ra nguyên nhân mà còn làm cơ sở để thực hiện tư vấn di truyền.

Vô tinh có thể được phân làm hai loại là vô tinh bế tắc (obstructive azoospermia, OA) và vô tinh không bế tắc (non-obstructive azoospermia, NOA). Vô tinh bế tắc là tình trạng vô tinh do sự tắc nghẽn trong hệ thống ống dẫn tinh. Trong khi đó, vô tinh không bế tắc thường do rối loạn tinh hoàn nguyên phát hoặc liên quan tới rối loạn chức năng trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục.¹ OA thường ít phổ biến hơn NOA và chiếm 20-40% nam giới vô tinh.⁷ Phần lớn nguyên nhân OA đến từ các yếu tố mắc phải như: chấn thương, nhiễm trùng và phẫu thuật thất ống dẫn tinh. OA do bẩm sinh thường được biết tới với bất sản ống dẫn tinh. Các biến đổi trên gen CFTR được phát hiện khoảng 80% các trường hợp bất sản ống dẫn tinh hai bên và 40% trường hợp bất sản ống dẫn tinh một

bên.⁵ Do đó, vẫn còn một tỷ lệ tương đối các biến đổi gen chưa được ghi nhận ở nhóm OA. Khác với OA, phần lớn NOA đến từ yếu tố bẩm sinh. Một số xét nghiệm di truyền đã được khuyến cáo trong thực hành lâm sàng, tuy nhiên chỉ dừng lại ở các bất thường nhiễm sắc thể và vi mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y.¹⁵ Các bất thường này chỉ chiếm khoảng 30% các trường hợp NOA,¹⁴ do đó phần lớn người bệnh NOA vẫn chưa xác định được bất thường di truyền, đặc biệt là bất thường về gen. Các nghiên cứu về bất thường đơn gen ở nam giới vô sinh đã có từ những năm đầu 1990 và chiếm khoảng 40-50% tổng số các nghiên cứu về bất thường di truyền ở nam giới trong vòng 3 thập kỷ qua. Cùng với đó, đã có 120 gen đã được xác nhận có mối liên kết với 104 kiểu hình vô sinh ở nam giới.¹⁰ Tại Việt Nam, hiện đã có một số nghiên cứu khảo sát đặc điểm bất thường di truyền ở nam giới vô tinh, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào khảo sát bất thường đơn gen ở nhóm này. Do đó, nghiên

cứ này được thực hiện nhằm mục đích khảo sát biến đổi đơn gen ở nam giới vô tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu:

Nam giới vô sinh tới thăm khám tại khoa Nam học, bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2023 tới tháng 12/2023. Tiêu chí chọn mẫu: (i) vô tinh, (ii) có kết quả mô bệnh học mẫu sinh thiết tinh hoàn và (iii) được thực hiện khảo sát 50 gen liên quan tới vô sinh nam bằng kỹ thuật NGS (Bảng 1). Kết quả mô bệnh học được chia thành 6 nhóm: sinh tinh bình thường, giảm sinh tinh, ngừng sinh tinh ở mức tinh tử tròn, ngừng sinh tinh ở mức tinh nguyên bào, hội chứng chỉ có tế bào Sertoli (SCO) và thoái hóa hyalin. Người bệnh có kết quả mô bệnh học bình thường được xem là nhóm OA và các kết quả còn lại được xem là nhóm NOA.

Bảng 1. Danh sách 50 gen được khảo sát

ADGRG2	CFAP69	HSF2	PMFBP1	SUN5
AK7	CFTR	KLHL10	RXFP2	SYCE1
AKR1C4	DNAH1	LHCGR	SEPT12	SYCP3
AR	DNAH6	MAMLD1	SLC26A8	TAF4B
AURKC	DPY19L2	MEIOB	SOHLH1	TDRD6
BRDT	FANCM	NANOS1	SPAG17	TEX11
CATSPER1	FSHB	NPAS2	SPATA16	TEX14
CATSPER2	FSHR	NR0B1	SPGF2	TEX15
CFAP43	GALNTL5	NR5A1	SPINK2	TSGA10
CFAP44	GATA4	PLCZ1	SRY	ZMYND15

Thu thập dữ liệu, bao gồm: năm sinh, kết quả mô bệnh học, kết quả xét nghiệm gen và các kết quả cận lâm sàng khác (thể tích tinh hoàn, hóc-môn, nhiễm sắc thể đồ và vi mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y) từ hồ sơ bệnh án.

Kết quả xét nghiệm gen bao gồm báo cáo phân loại dựa trên mức độ gây bệnh theo cơ sở dữ liệu ClinVar (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/clinvar/>). Các biến thể không được báo cáo hoặc phân loại không xác định

(variant of uncertain significance, VUS) theo Clinvar sẽ được phân loại tiếp theo tiêu chuẩn ACMG.²¹ Có 3 phân loại biến thể được báo cáo, bao gồm: gây bệnh (pathogenic, P), có khả năng gây bệnh (likely pathogenic, LP) và VUS. Các biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh sau đó sẽ được xác định kiểu hình bệnh và kiểu di truyền dựa trên trình tự nucleotide và gen biến đổi theo cơ sở dữ liệu OMIM (<https://omim.org/about>).

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm biến đổi gen ở nam giới vô tinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm người bệnh tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu thu nhận 39 nam giới vô tinh, trong đó 15 người thuộc nhóm OA và 24 người thuộc NOA. Nhóm NOA có thể tích tinh hoàn thấp hơn và chỉ số hóc-môn FSH, LH cao hơn so với nhóm OA (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm người bệnh vô tinh trong nghiên cứu

	Nhóm NOA (N=24)	Nhóm OA (N=15)	Giá trị p
Tuổi	33,29 ± 4,99	34,47 ± 6,87	0,54
Thể tích tinh hoàn	7,75 ± 2,1	11 ± 1,35	0,00
Hóc-môn			
- Testosteron (nmol/l)	17,44 ± 8,23	16,07 ± 4,12	0,55
- FSH (mIU/ml)	21,94 ± 13,43	6,75 ± 5,27	0,00
- LH (mIU/ml)	9,61 ± 7,88	4,2 ± 2	0,02
Nhiễm sắc thể đồ			
- Bình thường	19 (48,72%)	11 (28,21%)	0,54
- Bất thường	3 (7,69%)	3 (7,69%)	
Vị mất đoạn trên nhiễm sắc thể Y			
- Không phát hiện	17 (43,59%)	13 (33,33%)	0,32
- Phát hiện	4 (10,25%)	1 (2,56%)	
Mô bệnh học			
- Hội chứng SCO	11 (28,21%)		
- Ngừng sinh tinh ở mức tinh nguyên bào	1 (2,56%)		
- Ngừng sinh tinh ở mức tinh tử tròn	7 (17,95%)		
- Giảm sinh tinh	1 (2,56%)		
- Thoái hóa hyalin	4 (10,26%)		
- Sinh tinh bình thường		15 (38,46%)	

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ người mang biến đổi gen là 43,59% (17/39). Tỷ lệ người mang biến đổi gen ở nhóm NOA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm OA (35,90% vs 7,69%; OR=5,35; p=0,02) Không có sự khác biệt nào khác được ghi nhận ở các biến số còn lại (Bảng 3).

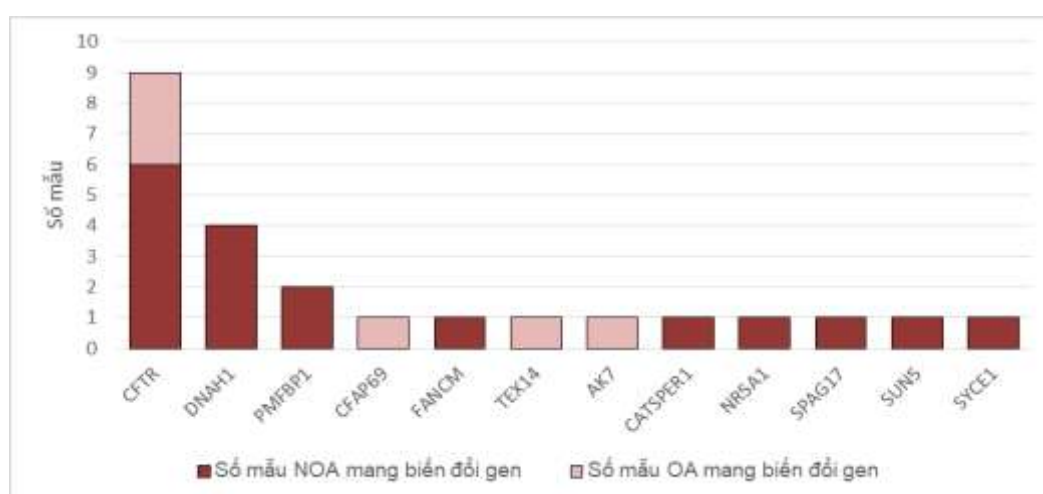
Bảng 3. Tỷ lệ người mang biến đổi đơn gen ở hai nhóm và các biến số

	Không có biến đổi gen (N=22)	Có biến đổi gen (N=17)	Giá trị p
Nhóm NOA	10 (25,64%)	14 (35,90%)	0,02
Nhóm OA	12 (30,77%)	3 (7,69%)	
Tuổi	34,32 ± 6,03	33 ± 5,4	0,48
Thể tích tinh hoàn	8,61 ± 2,97	9,43 ± 1,45	0,35
Hóc-môn			
- Testosteron (nmol/l)	16,73 ± 6,42	17,15 ± 7,7	0,85
- FSH (mIU/ml)	16,27 ± 15,13	16,09 ± 10,83	0,97
- LH (mIU/ml)	8,43 ± 8,37	6,49 ± 4,02	0,41
Nhiễm sắc thể đồ			
- Bình thường	18 (46,15%)	12 (30,77%)	0,76
- Bất thường	4 (10,26%)	2 (5,13%)	
Vi mất đoạn NST Y			
- Không phát hiện	19 (48,72%)	11 (28,21%)	0,32
- Phát hiện	2 (5,13%)	3 (7,69%)	

Đặc điểm biến đổi gen

12/50 gen được phát hiện có mang biến đổi. Số gen được phát hiện ở nhóm NOA và OA lần lượt là 9 và 4 gen. CFTR là gen có tỷ lệ người mang biến đổi cao nhất và xuất hiện ở cả hai nhóm NOA và OA, trong khi biến đổi trên các gen khác chỉ xuất hiện ở một trong hai nhóm (Hình 1). Tổng số biến thể được ghi nhận là 27 với số biến thể ở mỗi nhóm lần lượt là 18 và 9. Số biến thể gây

bệnh, có khả năng gây bệnh và không xác định lần lượt là 2, 5 và 20. Tất cả các biến thể ghi nhận đều ở trạng thái dị hợp. Các biến thể gây bệnh và có khả năng gây bệnh được phát hiện trên 5 gen bao gồm: CFTR, PMFBP1, NR5A1, SUN5 và SYCE1. Biến đổi trên gen CFTR liên quan tới bất sản ống dẫn tinh hai bên, trong khi 4 gen còn lại liên quan tới kiểu hình thất bại sinh tinh (Bảng 4).

**Hình 1. Số mẫu mang biến đổi gen**

Bảng 4. Đặc điểm các gen biến đổi

Gen	Nucleotide biến đổi	Amino acid biến đổi	Phân loại	Số lượng	NOA	OA	Kiểu hình (MIM)	Kiểu di truyền
NR5A1	c.634G>A	p.Gly212Ser	P	1	x		Thất bại sinh tinh 8 (613957)	AD
SYCE1	c.434_438del	p.Glu145fs	LP	1	x		Thất bại sinh tinh 15 (616950)	AR
PMFBP1	c.2725C>T	p.Arg909Ter	LP	2	x		Thất bại sinh tinh 31 (618112)	AR
SUN5	c.860dup	p.Ser288fs	LP	1	x		Thất bại sinh tinh 16 (617187)	AR
CFTR	c.1703T>A	p.Leu568Ter	P	1		x	Bất sản ống dẫn tinh hai bên (277180)	AR
	c.700_706dup	p.Phe236fs	LP	1		x		
	c.2540A>G	p.Asn847Ser	VUS	2	x			
	c.4056G>C	p.Gln1352His	VUS	7	x	x		
	c.4433C>G	p.Thr1478Arg	VUS	1		x		
AK7	c.447T>G	p.Phe149Leu	VUS	1		x		
CATSPER1	c.890G>A	p.Arg297Gln	VUS	1	x			
CFAP69	c.6G>C	p.Trp2Cys	VUS	1		x		
DNAH1	c.1138G>A	p.Ala380Thr	VUS	1	x			
	c.2849A>G	p.Gln950Arg	VUS	1	x			
	c.7090C>G	p.Leu2364Val	VUS	1	x			
	c.3028-6C>G		VUS	1	x			
FANCM	c.3303A>C	p.Gln1101His	VUS	1	x			
SPAG17	c.5873-1G>T		VUS	1	x			
TEX14	c.3475C>T	p.His1159Tyr	VUS	1		x		

Chú thích: AD: di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường, AR: di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường

Đặc điểm người bệnh mang biến đổi gen

Đối với nhóm OA, cả 3/3 trường hợp có mang biến đổi gen đều mang biến đổi trên gen CFTR (Bảng 5). Đặc biệt, biến thể CFTR c.4056G>C xuất hiện ở cả 3 trường hợp và cả trong nhóm NOA. Số lượng biến thể CFTR cũng có sự khác biệt ở từng người bệnh. Trong khi MI.10 được chẩn đoán bất sản ống dẫn tinh hai bên (CBAVD) mang 3

biến thể CFTR, MI.50 chỉ mang 1 biến thể CFTR và mang đặc điểm của bất sản ống dẫn tinh một bên (CUAVD). MI.17 nhập viện vì thoát vị bẹn và thiếu dữ liệu về ống sinh tinh. Kết quả tinh dịch đồ cũng gợi ra đặc điểm vô tinh bế tắc với thể tích thấp và độ nhớt cao. Người bệnh này mang 2 biến thể CFTR, trong đó có 1 biến thể gây bệnh. MI.10 và MI.17 đều mang biến thể CFTR gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh với chỉ số testosterone và LH thấp. Ngoài ra, một số biến thể không xác định trên các gen khác cũng được ghi nhận ở 2 người bệnh này.

Bảng 5. Đặc điểm người bệnh OA có mang biến đổi gen

Mã	Tuổi	(Phân loại) Biến đổi gen			V tình hoàn	Tình dịch đồ	Ổng sinh tinh	Testos- teron	FSH	LH
MI.10	30	(LP) (VUS) (VUS) (VUS) (VUS)	CFTR CFTR CFTR CFAP69 TEX14	c.700_706dup c.4056G>C c.4433C>G c.6G>C c.3475C>T	12	Thế tích: 1,7 pH: 6	MT căng, không có ODT 2 bên	10,04	2,53	0,97
MI.17	41	(P) (VUS) (VUS)	CFTR CFTR AK7	c.1703T>A c.4056G>C c.447T>G	12	Thế tích: 1,2 pH: 7 Độ nhớt cao	-	8,77	5,08	2,36
MI.50	28	(VUS)	CFTR	c.4056G>C	12	Thế tích: 1,0 pH: 6	MT căng, bất sản ODT phải, tắc ODT trái	17,4	6,46	6,7

Chú thích: V tình hoàn: Thế tích tinh hoàn, MT: mào tinh, ODT: ống dẫn tinh

Trong 14 trường hợp NOA có mang biến đổi gen, có 4 trường hợp có mang biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh (Bảng 6). Khác với OA, nhóm NOA có sự đa dạng về các gen biến đổi. Mặc dù các gen được ghi nhận đều liên quan tới thất bại sinh tinh, tuy nhiên ảnh hưởng của các biến đổi này là khác nhau. Trong khi PMFBP1 và SUN5 liên quan tới kiểu hình tinh trùng đầu kim, SYCE1 lại liên quan tới ngừng sinh tinh thì NR5A1 lại được biết tới với vai trò điều hòa

quá trình phát triển tuyến sinh dục và tổng hợp steroid. Biến thể NR5A1 c.634G>A và PMFBP1 c.2725C>T đã được báo cáo trên Clinvar, tuy nhiên biến thể SYCE1 c.434_438del và SUN5 c.860dup chưa được báo cáo trên Clinvar và được phân loại là có khả năng gây bệnh theo ACMG do sự xuất hiện sớm của codon kết thúc. Kiểu hình thất bại sinh tinh 8 của NR5A1 mang đặc điểm di truyền trội. Trong khi đó, các kiểu hình còn lại mang đặc điểm di truyền lặn khiến cho các biến thể dị hợp được ghi nhận chưa đủ để gây ra kiểu hình thất bại sinh tinh tương ứng.

Bảng 6. Đặc điểm người bệnh NOA có mang biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh

Mã	Tuổi	(Phân loại) Biến đổi gen			V tình hoàn	Testos- teron	FSH	LH	Nhiễm sắc thể đồ	Vi mất đoạn NST Y	Mô bệnh học
MI.4	28	(P)	NR5A1	c.634G>A	10	23,3	10,8	-	46,XY	Phát hiện mất sY1291	Giảm sinh tinh
MI.34	34	(LP) (LP)	PMFBP1 SYCE1	c.2725C>T c.434_438del	10	20,62	8,3	5	46,XY	Không phát hiện	Hội chứng SCO

MI.58	30	(LP) (VUS)	PMFBP1 DNAH1	c.2725C>T c.3028- 6C>G	-	1,33	27,94	6,6	-	Không phát hiện	Thoái hóa hyalin
MI.75	28	(LP) (VUS)	SUN5 CFTR	c.860dup c.4056G>C	8	18,26	21,12	7,72	46,XY,1qh+	Không phát hiện	Hội chứng SCO

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm NOA có tỷ lệ người mang biến đổi gen và số gen biến đổi cao hơn so với nhóm OA. OA chỉ chiếm 20-40% nam giới vô tinh và hầu hết là do mắc phải.⁷ OA bẩm sinh được biết tới với bất sản ống dẫn tinh hai bên (chiếm 1-2% nam giới vô sinh), trong đó biến đổi gen CFTR là chiếm tới 80% các trường hợp này.⁵ Ngược lại, phần lớn NOA đến từ yếu tố bẩm sinh và chỉ khoảng khoảng 30% các trường hợp NOA đã được xác định bất thường di truyền.¹⁴ Do đó phần lớn người bệnh NOA vẫn chưa xác định được bất thường di truyền, đặc biệt là bất thường về đơn gen. Ngoài ra, NOA có tính không đồng nhất cao, liên quan tới các rối loạn chức năng trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục và một loạt các rối loạn tinh hoàn dẫn tới giảm khả năng sinh tinh.¹ Nhiễm gen khác nhau đã được xác định có liên quan tới các kiểu hình thất bại sinh tinh khác nhau ở nam giới vô sinh.¹⁰

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận CFTR là gen có tỷ lệ biến đổi cao nhất và tất cả trường hợp OA có biến đổi gen đều có mang biến thể này. Biến thể CFTR đã được biết liên quan tới bất sản ống dẫn tinh – một hội chứng di truyền lặn trên nhiễm sắc thể thường. Trong khi khoảng 75% người bệnh CBAVD mang 2 biến thể CFTR thì hầu hết người bệnh CUAVD chỉ mang 1 biến thể hoặc không mang biến thể CFTR nào.⁵ Biến thể CFTR cũng được ghi nhận trong nhóm người vô tinh không bất sản ống dẫn tinh.^{8, 13}

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận cả 3 trường hợp OA có mang biến đổi gen đều có biến thể CFTR. Trong khi MI.10 mang 3 biến thể CFTR và biểu hiện kiểu hình bất sản ống dẫn tinh hai bên, MI.50 biểu hiện bất sản ống dẫn tinh phải và chỉ mang một biến thể CFTR. Mặc dù không có dữ liệu về tình trạng ống dẫn tinh ở MI.17 nhưng các kết quả cận lâm sàng cho thấy dấu hiệu của tắc nghẽn (thể tích tinh dịch thấp, độ nhớt cao, sinh tinh bình thường). Người bệnh MI.17 ghi nhận 2 biến thể CFTR. Trong đó, biến thể c.1703T>A được phân loại là biến thể nghiêm trọng và biến thể c.4056G>C chưa được phân loại theo cơ sở dữ liệu CFTR2 (<https://cftr2.org/>, báo cáo ngày 25/09/2024). Đặc điểm biến đổi CFTR cùng với kết quả tinh dịch đồ gợi ra kiểu hình bất sản ống dẫn tinh ở người bệnh MI.17. Khác với MI.50, MI.10 và MI.17 có mang biến thể CFTR gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh và cùng biểu hiện nồng độ testosterone và LH thấp. Đặc điểm hóc-môn này gợi ra tình trạng rối loạn hoạt động tiết LH hoặc rối loạn chức năng tế bào Leydig. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào ghi nhận biểu hiện CFTR ở tế bào Leydig. Một nghiên cứu ghi nhận có sự giảm chất chuyển hóa corticosterone và androgen toàn phần ở người bệnh xơ nang so với nhóm khỏe mạnh, tuy nhiên không có sự khác biệt đối với testosterone và dihydrotestosterone.²⁰

Đặc biệt, nghiên cứu ghi nhận biến thể CFTR c.4056G>C xuất hiện ở cả 3 người

bệnh OA và ở 2 người thuộc nhóm NOA. Biến thể CFTR c.4056G>C làm biến đổi glutamine thành histidine tại vị trí bộ ba 1352 làm giảm biểu hiện protein CFTR và hoạt động kênh clorua. Tuy nhiên, có sự không thống nhất về phân loại của biến thể này đối với các hội chứng liên quan CFTR theo Clinvar (RCV001009487.21). Biến thể này cũng được xác định là biến thể phổ biến trong nhóm người bất sản ống dẫn tinh ở Trung Quốc và Nhật Bản.^{2, 16} Một nghiên cứu toàn hệ gen đã xác định biến thể này có thể là một biến thể quan trọng đóng góp vào mối liên hệ giữa CFTR và NOA.¹⁸

Nghiên cứu ghi nhận 4 trường hợp NOA có mang biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh. Người bệnh MI.4 biểu hiện kiểu hình giảm sinh tinh có mang biến thể gây bệnh NR5A1 c.634G>A và mất đoạn gr/gr (mất sY1291 và hiện diện sY1191). Vùng gr/gr mang nhiều gen quan trọng liên quan tới quá trình sinh tinh như: DAZ, CDY1, BPY2 và RBMY1. Tuy nhiên, các gen này tồn tại nhiều bản sao và mất đoạn gr/gr làm giảm một nửa số lượng bản sao của các gen này. Mất đoạn gr/gr đã được chứng có mối liên hệ vô sinh nam và giảm số lượng tinh trùng. Tuy nhiên, mật độ tinh trùng người mang biến động từ vô tinh tới bình thường.^{3, 23}

NR5A1 là gen mã hóa protein steroidogenic factor-1 (SF-1), thuộc họ thụ thể nhân tế bào. Biến thể c.634G>A được ghi nhận với tần suất rất thấp theo cơ sở dữ liệu dbSNP (rs201095702). Các biến đổi trên gen NR5A1, bao gồm biến thể c.634G>A này cũng được ghi nhận ở nam giới vô tinh và thiếu tinh nặng từ các nghiên cứu khác.^{4, 22} Biến đổi này cũng được chứng minh làm suy giảm hoạt động phiên mã của NR5A1.⁴ Chuột bị loại bỏ gen NR5A1 ở tế bào Leydig làm giảm biểu hiện của Cyp11a và StAR (2

gen quan trọng trong sinh tổng hợp testosterone).¹² Bên cạnh đó, chuột bị loại bỏ NR5A1 ở tuyến yên cho thấy có sự giảm biểu hiện của FSH và LH. Những con chuột này cũng biểu hiện kiểu hình suy sinh dục với giảm thể tích tinh hoàn, giảm số lượng tế bào Leydig và không có tinh trùng trưởng thành.²⁷ Ảnh hưởng bất lợi đến từ mất đoạn gr/gr và biến thể NR5A1 c.634G>A có thể giải thích kiểu hình giảm sinh tinh ở người bệnh MI.4.

Các biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh trên các gen còn lại bao gồm SYCE1, PMFBP1 và SUN5. SYCE1 là một thành phần của SC (synaptonemal complex) có vai trò quan trọng trong tiếp hợp và trao đổi đoạn trong giảm phân. Ở chuột *Syce1*^{-/-}, tinh hoàn giảm thể tích và quá trình sinh tinh bị bất giữ ở kỳ đầu I.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 1 biến thể có khả năng gây bệnh SYCE1 c.434_438del theo ACMG do biến đổi dịch khung, tuy nhiên biến thể này chưa được báo cáo trên Clinvar. Nhiều biến đổi khác trên SYCE1 đã được ghi nhận ở nam giới NOA với kiểu hình ngừng sinh tinh.^{9,11,17,19} Tuy nhiên, những người bệnh này đều được ghi nhận biến thể trên cả hai bản sao. Do đó, biến thể dị hợp được ghi nhận ở MI.34 chưa đủ là nguyên nhân gây ra kiểu hình NOA ở người bệnh. PMFBP1 và SUN5 có vai trò trong kết nối đầu – đuôi để duy trì tính toàn vẹn của tinh trùng. Do đó, các biến đổi trên 2 gen này có thể gây ra kiểu hình tinh trùng đầu kim. Nghiên cứu này phát hiện biến thể PMFBP1 c.2725C>T và biến thể SUN5 c.860dup. Biến thể PMFBP1 c.2725C>T đã được báo cáo ở nam giới thiếu tinh với hội chứng tinh trùng đầu kim.²⁸ Biến thể SUN5 c.860dup chưa được báo cáo trên Clinvar. Nghiên cứu của tác giả Fuxi Zhu và cộng sự (2016) đã phát hiện 10 biến thể

SUN5 ở 8/17 nam giới vô sinh với tinh trùng đầu kim.²⁹ Tương tự SYCE1, những người mắc hội chứng tinh trùng đầu kim được báo cáo đều mang biến thể trên cả 2 bản sao đối với PMFBP1 và SUN5. Tuy nhiên, các người bệnh MI.34, MI.58 và MI.75 trong nghiên cứu này lại biểu hiện vô tinh. Hơn nữa, kiểu hình tinh trùng đầu kim do biến đổi PMFBP1 và SUN5 cũng như ngừng sinh tinh do biến đổi SYCE1 di truyền lẫn trên nhiễm sắc thường. Do đó, các biến thể dị hợp được ghi nhận ở các gen này chưa thể giải thích được kiểu hình NOA của người bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tồn tại một số hạn chế nhất định. Số lượng mẫu ở mỗi nhóm tương đối thấp cùng với bảng khảo sát chỉ gồm 50 gen có liên quan tới vô sinh nam, do đó một số biến đổi hiếm gặp hoặc biến đổi trên các gen khác không được ghi nhận. Ngoài ra, nghiên cứu chưa thực hiện các phân tích chức năng để đánh giá các ảnh hưởng của các biến thể được phát hiện.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến đổi gen cao ở nhóm vô tinh không bế tắc so với nhóm vô tinh bế tắc. Biến đổi gen CFTR chiếm tỷ lệ cao nhất với biến thể c.4056G>C xuất hiện đồng thời ở cả 2 nhóm. Ngoài ra, phát hiện 5 biến thể gây bệnh hoặc có khả năng gây bệnh trên 4 gen ở 4 người vô tinh không bế tắc. Trong đó, biến thể NR5A1 c.634G>A, PMFBP1 c.2725C>T đã được báo cáo trước đó và hai biến thể mới là SYCE1 c.434_438del, SUN5 c.860dup. Tuy nhiên, chỉ có biến thể NR5A1 c.634G>A là có thể giải thích kiểu hình vô sinh của người bệnh. Mặc dù còn tồn tại một vài hạn chế, nghiên cứu chúng tôi đã phát hiện một số biến đổi đơn gen có khả năng gây bệnh, cung cấp bằng chứng hỗ trợ để xác nhận vai trò của các biến đổi gen này với kiểu hình vô tinh ở nam giới Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrade, D.L., M.C. Viana, and S.C. Esteves,** Differential Diagnosis of Azoospermia in Men with Infertility. *J Clin Med.* 2021; 10(14).
2. **Anzai, C., et al.,** CFTR gene mutations in Japanese individuals with congenital bilateral absence of the vas deferens. *J Cyst Fibros.* 2003; 2(1): 14-8.
3. **Bansal, S.K., et al.,** Gr/gr deletions on Y-chromosome correlate with male infertility: an original study, meta-analyses, and trial sequential analyses. *Sci Rep.* 2016; 6: 19798.
4. **Bashamboo, A., et al.,** Human male infertility associated with mutations in NR5A1 encoding steroidogenic factor 1. *Am J Hum Genet.* 2010; 87(4): 505-12.
5. **Bieth, E., S.M. Hamdi, and R.J.H.G. Mieu,** Genetics of the congenital absence of the vas deferens. 2021; 140(1): 59-76.
6. **Bolcun-Filas, E., et al.,** Mutation of the mouse Syce1 gene disrupts synapsis and suggests a link between synaptonemal complex structural components and DNA repair. *PLoS Genet.* 2009; 5(2): e1000393.
7. **European Association of Urology.** EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health. 2024; Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>.
8. **Fedder, J., M.W. Jørgensen, and B. Engvad,** Prevalence of CBAVD in azoospermic men carrying pathogenic CFTR mutations - Evaluated in a cohort of 639 non-vasectomized azoospermic men. *Andrology.* 2021; 9(2): 588-598.
9. **Feng, K., et al.,** Novel exon mutation in SYCE1 gene is associated with non-obstructive azoospermia. *J Cell Mol Med.* 2022; 26(4): 1245-1252.
10. **Houston, B.J., et al.,** A systematic review of the validated monogenic causes of human male infertility: 2020 update and a discussion

- of emerging gene-disease relationships. *Hum Reprod Update*. 2021; 28(1): 15-29.
11. **Huang, Y., et al.,** Novel copy number variations within SYCE1 caused meiotic arrest and non-obstructive azoospermia. *BMC Med Genomics*. 2022; 15(1): 137.
 12. **Jeyasuria, P., et al.,** Cell-Specific Knockout of Steroidogenic Factor 1 Reveals Its Essential Roles in Gonadal Function. *Molecular Endocrinology*. 2004; 18(7): 1610-1619.
 13. **Kanavakis, E., et al.,** Cystic fibrosis mutation screening in CBAVD patients and men with obstructive azoospermia or severe oligozoospermia. *Molecular Human Reproduction*. 1998; 4(4): 333-337.
 14. **Krausz, C. and F. Cioppi,** Genetic Factors of Non-Obstructive Azoospermia: Consequences on Patients' and Offspring Health. *J Clin Med*. 2021; 10(17).
 15. **Lee, S.R., et al.,** Update on genetic screening and treatment for infertile men with genetic disorders in the era of assisted reproductive technology. *Clin Exp Reprod Med*. 2021; 48(4): 283-294.
 16. **Luo, S., et al.,** Mutation analysis of the cystic fibrosis transmembrane conductance regulator gene in Chinese congenital absence of vas deferens patients. *Gene*. 2021; 765: 145045.
 17. **Maor-Sagie, E., et al.,** Deleterious mutation in SYCE1 is associated with non-obstructive azoospermia. *J Assist Reprod Genet*. 2015; 32(6): 887-91.
 18. **Ni, B., et al.,** Low-frequency germline variants across 6p22.2-6p21.33 are associated with non-obstructive azoospermia in Han Chinese men. *Hum Mol Genet*. 2015; 24(19): 5628-36.
 19. **Pashaei, M., et al.,** The second mutation of SYCE1 gene associated with autosomal recessive nonobstructive azoospermia. *J Assist Reprod Genet*. 2020; 37(2): 451-458.
 20. **Podgórski, R., et al.,** Changes of androgen and corticosterone metabolites excretion and conversion in cystic fibrosis. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023; 14: 1244127.
 21. **Richards, S., et al.,** Standards and guidelines for the interpretation of sequence variants: a joint consensus recommendation of the American College of Medical Genetics and Genomics and the Association for Molecular Pathology. *Genet Med*. 2015; 17(5): 405-24.
 22. **Röpke, A., et al.,** Comprehensive sequence analysis of the NR5A1 gene encoding steroidogenic factor 1 in a large group of infertile males. *Eur J Hum Genet*. 2013; 21(9): 1012-5.
 23. **Stouffs, K., et al.,** What about gr/gr deletions and male infertility? Systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2010; 17(2): 197-209.
 24. **Talreja, D., et al.,** Comparative Analysis of Surgically Retrieved Sperms in Cases of Obstructive and Nonobstructive Azoospermia Treated for Infertility. *J Hum Reprod Sci*. 2020; 13(3): 201-208.
 25. **Thoma, M.E., et al.,** Prevalence of infertility in the United States as estimated by the current duration approach and a traditional constructed approach. *Fertil Steril*. 2013; 99(5): 1324-1331.e1.
 26. **Zegers-Hochschild, F., et al.,** The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology, 2009. *Hum Reprod*. 2009; 24(11): 2683-7.
 27. **Zhao, L., et al.,** Steroidogenic factor 1 (SF1) is essential for pituitary gonadotrope function. *Development*. 2001; 128(2): 147-54.
 28. **Zhu, F., et al.,** Mutations in PMFBP1 Cause Acephalic Spermatozoa Syndrome. *Am J Hum Genet*. 2018; 103(2): 188-199.
 29. **Zhu, F., et al.,** Biallelic SUN5 Mutations Cause Autosomal-Recessive Acephalic Spermatozoa Syndrome. *The American Journal of Human Genetics*. 2016; 99(4): 942-949.

CHẾ ĐỘ NUÔI DƯỠNG BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT UNG THƯ DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Đinh Ngọc Diệp¹, Phạm Trần Thiên Nhân²,
Nguyễn Lê Quỳnh Như², Đỗ Minh Long¹, Cao Thị Cộng Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng nuôi dưỡng trong vòng 5 ngày đầu sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả tiến hành trên 109 bệnh nhân ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân năm 2022. Thực trạng nuôi dưỡng được mô tả thông qua đường nuôi dưỡng và thời điểm khởi động ruột sau phẫu thuật, giá trị năng lượng và đạm tiêu thụ mỗi ngày sau phẫu thuật, tỷ lệ năng lượng tiêu thụ so với nhu cầu khuyến nghị.

Kết quả: Tỷ lệ khởi động ruột sau phẫu thuật 48 giờ là 74,3%. Tổng năng lượng tiêu thụ trong ngày trung bình là 787 ± 213 kcal; năng lượng cung cấp từ đường tiêu hóa trong ngày đạt cao nhất vào ngày hậu phẫu 5 là 408 ± 291 kcal; năng lượng cung cấp từ đường tĩnh mạch trong ngày trung bình là 614 ± 223 kcal. Năng lượng tiêu thụ trung bình là $14,1 \pm 3,9$ kcal/kg/ngày. Đạm tiêu thụ trung bình là $0,79 \pm 0,22$ g/kg/ngày. Tổng năng lượng tiêu thụ đạt 45-65% nhu cầu khuyến nghị từ ngày 1 đến ngày 5.

Kết luận: Đa số người bệnh được khởi động ruột sau 48 giờ, mức năng lượng và đạm tiêu thụ

trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật không đáp ứng được NCKN, Năng lượng cung cấp cho người bệnh trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật chủ yếu đến từ nuôi dưỡng tĩnh mạch.

Từ khóa: Chế độ nuôi dưỡng, ung thư dạ dày, nhu cầu khuyến nghị, năng lượng tiêu thụ, đạm tiêu thụ, dinh dưỡng tiêu hóa, dinh dưỡng tĩnh mạch

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF GASTRIC CANCER PATIENTS BEFORE SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL

Aims: This study aims to describe the nutritional regimen and feeding practices during the first 5 postoperative days in patients with gastric cancer at Binh Dan Hospital.

Methods: This descriptive cross-sectional study was conducted on 109 gastric cancer patients scheduled for surgery at Binh Dan Hospital in 2022. Nutritional status was assessed based on feeding routes, the timing of gastrointestinal feeding initiation after surgery, daily caloric and protein intake, as well as the percentage of energy and protein intake compared to recommended nutritional guidelines.

Results: The rate of gastrointestinal feeding initiation within 48 hours after surgery was 74.3%. The average total energy intake per day was 787 ± 213 kcal; energy provided via enteral nutrition peaked on postoperative day 5 at 408 ± 291 kcal. The average energy provided via parenteral nutrition per day was 614 ± 223 kcal. The mean total energy intake was 14.1 ± 3.9 kcal/kg/day. The average protein intake was 0.79

¹Khoa Dinh dưỡng, Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Diệp

SĐT: 0916423489

Email: ngocdiepdinh1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

± 0.22 g/kg/day. Total energy intake reached 45–65% of the recommended requirements from day 1 to day 5.

Conclusion: The majority of patients initiated gastrointestinal feeding within 48 hours, but energy and protein intake during the first 5 postoperative days did not meet the recommended nutritional requirements. Energy provided to patients during the first 5 days post-surgery primarily came from parenteral nutrition.

Keywords: Nutritional regimen, gastric cancer, recommended nutritional requirements, energy intake, protein intake, enteral nutrition, parenteral nutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hỗ trợ dinh dưỡng là một phần không thể thiếu trong chăm sóc toàn diện bệnh nhân ung thư, đặc biệt ở giai đoạn hậu phẫu. Đối với bệnh nhân ung thư dạ dày, phẫu thuật cắt dạ dày là phương pháp điều trị chính, nhưng đồng thời cũng gây ra những thay đổi đáng kể về chuyển hóa và chức năng tiêu hóa, làm tăng nguy cơ suy dinh dưỡng (SDD) và các biến chứng hậu phẫu [1]. Những thay đổi này bao gồm sự gia tăng quá trình dị hóa, mất cân bằng nitơ, và suy giảm chức năng tiêu hóa do các tác động cơ học và sinh lý của phẫu thuật.

Tỷ lệ SDD ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa là rất cao, đến 39% bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa do ung thư bị suy dinh dưỡng và ung thư dạ dày là một yếu tố dự báo độc lập của nguy cơ suy dinh dưỡng. SDD không chỉ làm suy giảm khả năng phục hồi sau phẫu thuật mà còn làm tăng nguy cơ biến chứng, kéo dài thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong [2].

Việc khởi động dinh dưỡng qua đường tiêu hóa sớm sau phẫu thuật được chứng minh có vai trò quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị [3]. Tuy nhiên, tỷ lệ áp

dụng dinh dưỡng qua đường tiêu hóa sớm ở bệnh nhân phẫu thuật ung thư dạ dày còn thấp, đa phần bệnh nhân phải dựa vào dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch [4,5]. Điều này dẫn đến mức năng lượng và đạm cung cấp trong giai đoạn đầu hậu phẫu không đáp ứng đủ nhu cầu, ảnh hưởng đến quá trình phục hồi và giảm chất lượng cuộc sống.

Với những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả thực trạng nuôi dưỡng trong vòng 5 ngày đầu sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bình Dân, từ đó đề xuất các biện pháp can thiệp phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chọn đối tượng: Thiết kế nghiên cứu được sử dụng là phương pháp mô tả cắt ngang. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2023 tại bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh.

Tính cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một số trung bình áp dụng cho mức năng lượng tiêu thụ trung bình (kcal/kg/ngày)

$$n = \frac{Z^2 \times \sigma^2}{d^2}$$

Trong đó:

- n: cỡ mẫu tối thiểu.
- Z là giá trị tương ứng hệ số tin cậy 95% thì Z = 1,96
- d = sai số mong muốn = 1.2 (kcalo/kg/ngày)
- $\sigma = 6$ (kcalo/kg/ngày) (độ lệch chuẩn của mức năng lượng tiêu thụ trung bình từ nghiên cứu tại bệnh viện Bạch Mai của Lorraine S Young và cs [4].

Thay vào công thức ta được cỡ mẫu cần thiết cho nghiên cứu là n = 97, cộng thêm 10% bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu hoặc bỏ cuộc, cỡ mẫu cuối cùng là 107.

2.2. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu có chủ đích, lấy toàn bộ bệnh nhân ung thư dạ dày có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân từ 04/2022 đến 11/2022 (đủ tiêu chuẩn lựa chọn là 109 bệnh nhân) đưa vào nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian tiến hành nghiên cứu, được chẩn đoán ung thư dạ dày và có chỉ định phẫu thuật. Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên. Bệnh nhân được giải thích đầy đủ và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Bệnh nhân không bị rối loạn nhận thức.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân đang trong tình trạng cấp cứu, tiên lượng tử vong cao.

2.5. Thu thập thông tin:

Tất cả đối tượng thỏa tiêu chuẩn, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập các thông tin sau:

Số đo nhân trắc bao gồm chiều cao, cân nặng bằng các công cụ được chuẩn hóa (thước đo chiều cao Microtoise có độ chính xác 0,1 cm, Dùng cân đo điện tử Tanita SC – 331 S với độ chính xác 0,1 kg).

Thời gian hậu phẫu: Thời gian từ ngày phẫu thuật đến ngày xuất viện, tính bằng ngày.

Khởi động ruột: bắt đầu cung cấp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa sau phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật: Cắt bán phần dạ dày, cắt toàn bộ dạ dày, nối vị tràng, mở hồng tràng ra da được thu thập thông tin qua hồ sơ bệnh án.

Chế độ nuôi dưỡng sau phẫu thuật: Dinh dưỡng đường tiêu hóa: Sử dụng phiếu điều tra khẩu phần 24 giờ phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân/người nhà về thời gian, loại và lượng thực phẩm tiêu thụ trong vòng 24 giờ; Dinh dưỡng đường tĩnh mạch: Ghi chép từ

hồ sơ bệnh án.; Nuôi dưỡng tĩnh mạch: cung cấp dinh dưỡng trực tiếp qua đường truyền tĩnh mạch, Nuôi dưỡng tiêu hóa: cung cấp dinh dưỡng qua đường tiêu hóa bằng đường miệng hoặc ống thông.

Theo Hiệp hội Dinh dưỡng Lâm sàng và Chuyển hóa Châu Âu (ESPEN) [6] Người bệnh ung thư có phẫu thuật được đánh giá là nuôi dưỡng đủ nhu cầu về năng lượng và đạm khi đạt tối thiểu:

- Năng lượng: 25 kcal/kg/ngày

- Đạm: 1.2 g/kg/ngày

2.6. Xử lý số liệu: Kết quả thu thập được trên đối tượng được nhập bằng phần mềm Excel 2019, và xử lý bằng phần mềm Spss phiên bản 20.0. Kiểm định sự khác biệt bằng các test thống kê Z-test, χ^2 hoặc Fisher's exact test đối với biến định tính. Xác định phân bố số liệu bằng Skewness-Kurtosis test, kiểm định sự khác biệt bằng T-test hoặc Mann-Whitney test đối với biến định lượng; nhận định có sự khác biệt khi $p < 0,05$.

2.7. Phần đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng khoa học và Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Bình Dân thông qua: Giấy chứng nhận chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Bình Dân số 232a/HĐĐĐ-BVBD.

Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân được giải thích rõ về nội dung và mục tiêu của nghiên cứu, đồng ý tham gia một cách tự nguyện, có quyền từ chối tham gia, từ chối trả lời cũng như yêu cầu dừng và hủy kết quả nghiên cứu nếu muốn.

Tất cả các thông tin của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Quá trình thu thập, nhập liệu và xử lý số liệu được điều phối và quản lý bởi nghiên cứu viên chính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

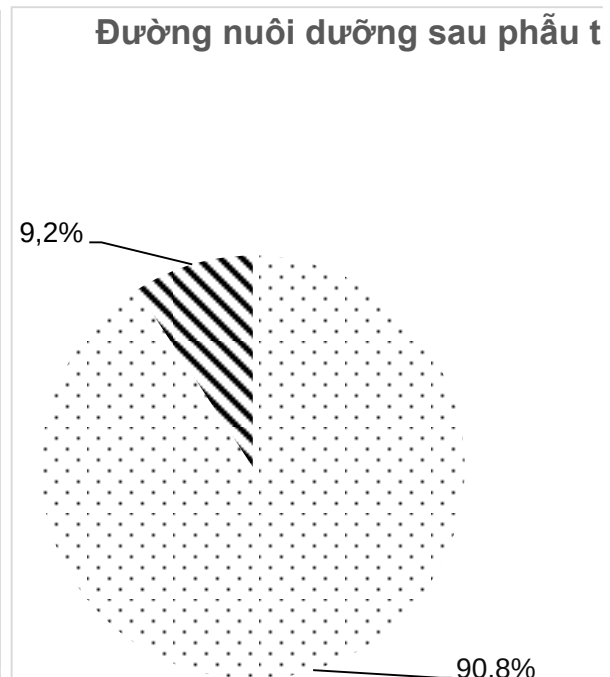
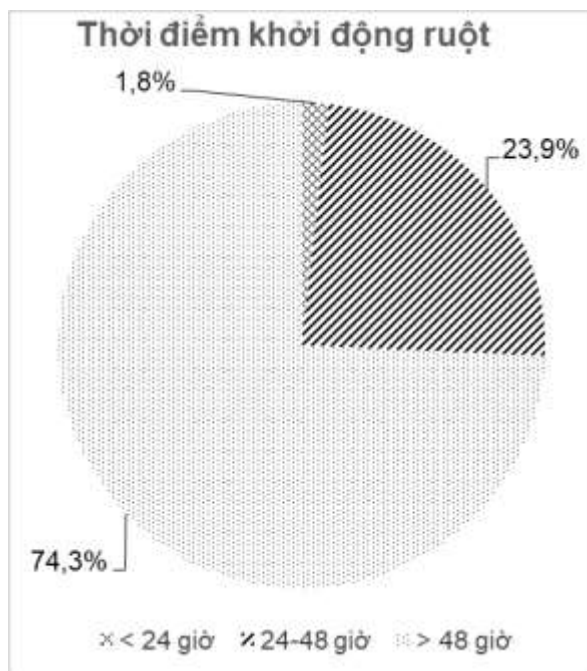
Bảng 1: Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm ($\bar{X} \pm SD$)	Chung (n = 109)	Nam (n = 65)	Nữ (n = 44)	p
Tuổi	63,6 $\pm$ 12,6	61,5 $\pm$ 12,7	66,8 $\pm$ 11,8	0,02
Thời gian nằm viện (ngày)	13,1 $\pm$ 3,6	12,8 $\pm$ 3,1	13,5 $\pm$ 4,3	0,69
Thời gian hậu phẫu (ngày)	7,1 $\pm$ 1,4	7,0 $\pm$ 1,3	7,3 $\pm$ 1,5	0,45
Thay đổi cân nặng (kg)	-2,2 $\pm$ 2,4	-2,5 $\pm$ 2,5	-1,8 $\pm$ 2,2	0,10

Nhận xét: Tổng số người bệnh tham gia vào nghiên cứu là 109, tuổi trung bình là 63,6 $\pm$ 12,6, trong đó tuổi trung bình ở nữ giới (66,8 $\pm$ 11,8) cao hơn đáng kể so với nam giới (61,5 $\pm$ 12,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,02, Thời gian nằm viện trung bình là 13,1 $\pm$ 3,6 ngày, trong đó thời gian hậu phẫu là 7,1 $\pm$ 1,4 ngày. Thay đổi cân nặng trung

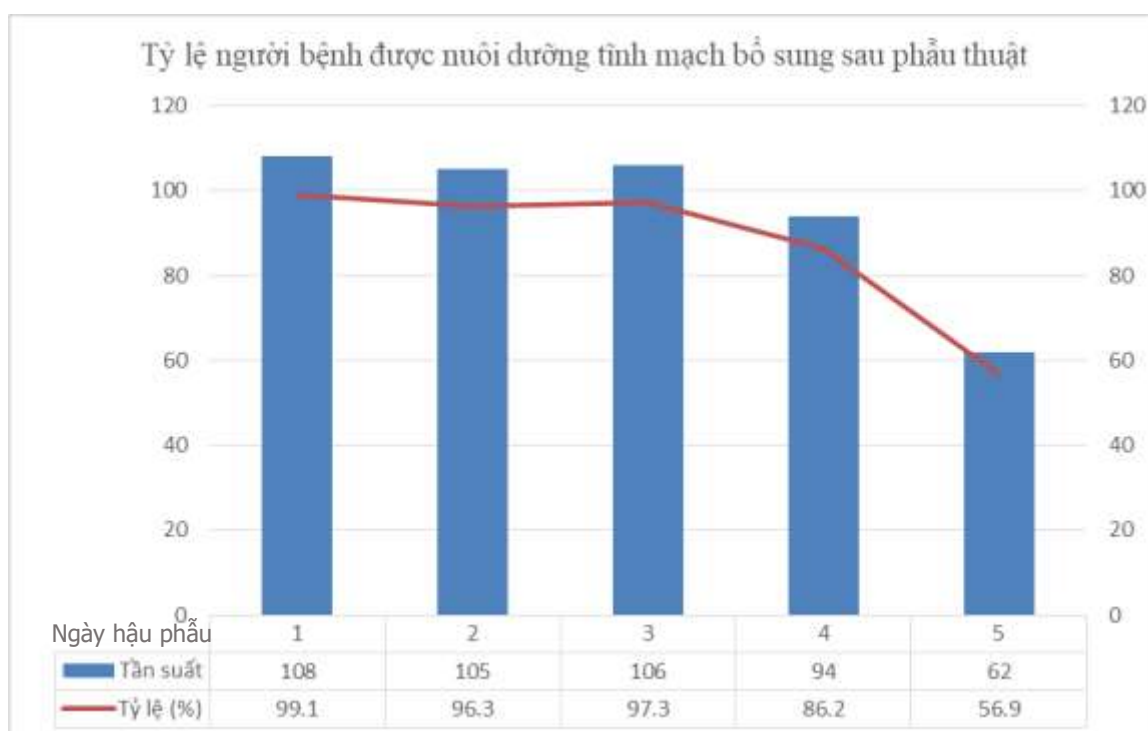
bình trong thời gian nằm viện là -2,2 $\pm$ 2,4 kg, trong đó bệnh nhân nam cho thấy sụt cân nhiều hơn bệnh nhân nữ (-2,5 $\pm$ 2,5 kg so với -1,8 $\pm$ 2,2 kg), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Thực trạng nuôi dưỡng sau phẫu thuật của bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Bình Dân



Biểu đồ 1. Thời điểm khởi động ruột và đường nuôi dưỡng sau phẫu thuật

Nhận xét: Đa số người bệnh được ăn đường miệng sau phẫu thuật (90,8%), còn lại 9,2% là các trường hợp phẫu thuật mở hồng tràng ra da. Thời điểm khởi động ruột > 48 giờ sau phẫu thuật chiếm đa số với 74,3%, chỉ có 1,8% người bệnh được ăn sớm trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung sau phẫu thuật

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung đạt cao nhất vào ngày hậu phẫu 1 với 99.1%, tỷ lệ này có xu hướng giảm dần đến ngày 5, còn 56.9%.

Bảng 3. Giá trị năng lượng và đạm tiêu thụ sau phẫu thuật

$\bar{X} \pm SD$	1	2	3	4	5	Tổng
Năng lượng (kcalo)						
Tiêu hóa (kcalo)	1 $\pm$ 7	39 $\pm$ 108	136 $\pm$ 220	281 $\pm$ 258	408 $\pm$ 291	173 $\pm$ 147
Tĩnh mạch (kcalo)	633 $\pm$ 267	760 $\pm$ 290	762 $\pm$ 310	572 $\pm$ 376	344 $\pm$ 394	614 $\pm$ 223
Tổng (kcal)	634 $\pm$ 266	798 $\pm$ 285	899 $\pm$ 340	853 $\pm$ 363	752 $\pm$ 364	787 $\pm$ 213
Năng lượng trung bình (kcal/kg)	11,4 $\pm$ 4,9	14,3 $\pm$ 5,4	16,0 $\pm$ 6,2	15,3 $\pm$ 6,5	13,4 $\pm$ 6,4	14,1 $\pm$ 3,9
Đạm (g)	41,2 $\pm$ 15,1	43,1 $\pm$ 15,6	48,7 $\pm$ 18,8	47,0 $\pm$ 20,8	39,8 $\pm$ 22,3	44,0 $\pm$ 11,3
Đạm trung bình (g/kg)	0,74 $\pm$ 0,28	0,77 $\pm$ 0,30	0,87 $\pm$ 0,35	0,84 $\pm$ 0,37	0,71 $\pm$ 0,40	0,79 $\pm$ 0,22

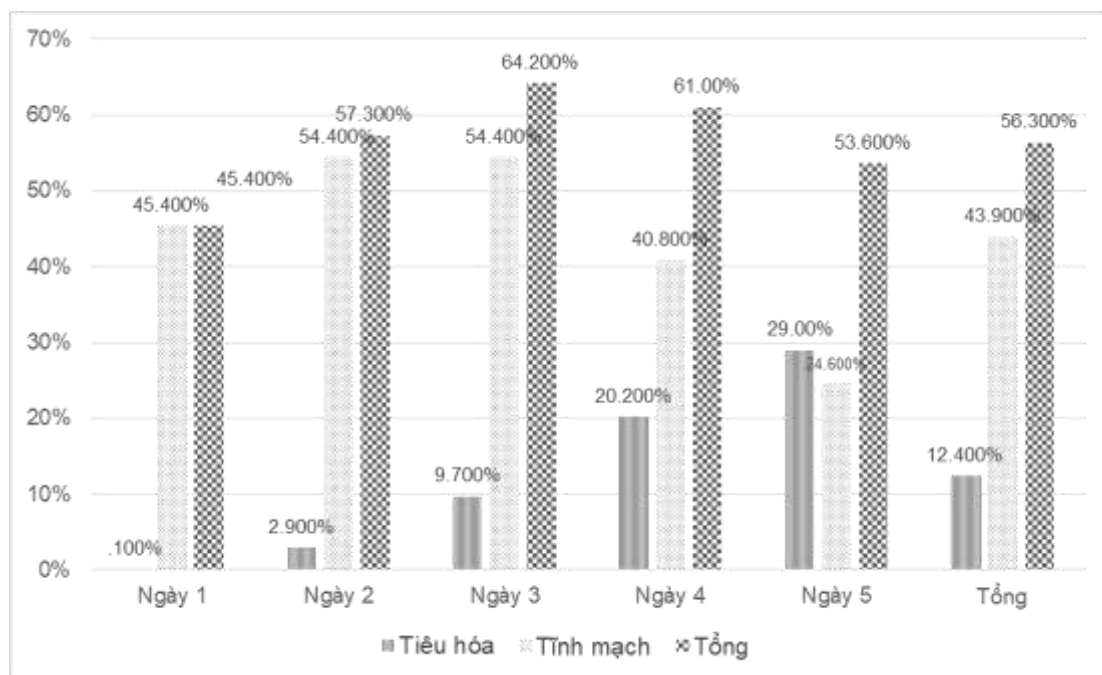
Nhận xét:

Năng lượng tiêu thụ trung bình có xu hướng tăng dần từ ngày 1 đến ngày 3, sau đó giảm dần đến ngày 5 sau phẫu thuật. Giá trị năng lượng thấp nhất là vào ngày 1 (634 $\pm$ 266 kcal, tương đương 11,4 $\pm$ 4,9 kcal/kg), cao nhất vào ngày 3 (899 $\pm$ 340 kcal, tương đương 16,0 $\pm$ 6,2 kcal/kg).

Tương tự, lượng đạm tiêu thụ đạt cao nhất vào ngày 3 (48,7 $\pm$ 18,8 g, tương ứng 0,87 $\pm$ 0,35 g/kg). Trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật, năng lượng trung bình đạt 787 $\pm$ 213 kcal/ngày (tương đương 14,1 $\pm$ 3,9 kcal/kg/ngày), lượng đạm trung bình đạt 44,0 $\pm$ 11,3 g/ngày (tương đương 0,79 $\pm$ 0,22 g/kg/ngày).

Năng lượng tiêu thụ qua đường tiêu hóa tăng dần từ ngày hậu phẫu 1 đến ngày hậu phẫu 5, đạt 408 ± 291 kcal/ngày vào ngày 5. Năng lượng cung cấp qua đường tĩnh mạch

tăng dần từ ngày 1 đến ngày 3, cao nhất là 762 ± 310 kcal/ngày, sau đó giảm dần đến ngày 5, chỉ còn 344 ± 394 kcal/ngày.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ năng lượng tiêu thụ so với nhu cầu khuyến nghị

Nhận xét: Năng lượng tiêu thụ qua đường tiêu hóa tăng dần từ ngày 1 đến ngày 5 sau phẫu thuật, đạt 29% NCKN vào ngày 5. Trong 5 ngày sau phẫu thuật, năng lượng tiêu thụ trung bình đạt 56.3% NCKN, bao gồm dinh dưỡng đường tĩnh mạch cung cấp 43.9% (chiếm 78%), còn lại 12.4% là dinh dưỡng đường tiêu hóa (chiếm 22%).

IV. BÀN LUẬN

Về thời điểm khởi động ruột, Bảng 5.4 cho thấy tỷ lệ người bệnh được khởi động ruột tại thời điểm >48 giờ sau phẫu thuật chiếm 74.3%, chỉ có 1.8% người bệnh được khởi động ruột sớm hơn 24 giờ. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa Ngoại Bệnh viện E năm

(2020) với thời điểm khởi động ruột trung bình là 6 ngày sau phẫu thuật, trong đó sớm nhất là ngày thứ 3 và muộn nhất là ngày thứ 9 hay nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy thời điểm khởi động ruột trung bình là 4.1 ± 1.7 ngày [4,5]. Về cách thức khởi động ruột, đa số người bệnh ăn lại qua đường miệng (90.8%), còn lại 9.2% được nuôi ăn qua sonde hồng tràng ra da. Số liệu từ bảng 5.5 còn cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung đạt cao nhất vào ngày 1 sau phẫu thuật (99.1%) với toàn bộ là đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, tỷ lệ này tương tự nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai (2016) với 98% người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung ngay sau phẫu thuật hay nghiên cứu trên bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Bệnh viện E (2021) với

91.1% người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch từ ngày đầu tiên [4,5]. Tuy nhiên, từ ngày 2 đến ngày 5 sau phẫu thuật, tỷ lệ nuôi

dưỡng tĩnh mạch bổ sung có xu hướng giảm dần, còn 86.2% vào ngày 4 và 56.9% vào ngày hậu phẫu 5.

Bảng 4. So sánh năng lượng và đạm tiêu thụ sau phẫu thuật với một số nghiên cứu

Ngày hậu phẫu		1	2	3	4	5
Nghiên cứu của chúng tôi	Năng lượng (kcal)	634	798	899	853	752
	Đạm (g)	41,2	43,1	48,7	47,0	39,8
Young L.S và cs (2016)	Năng lượng (kcal)	604		757		727
	Đạm (g)	19		25,3		32,1
Trịnh Bảo Ngọc và cs (2021)	Năng lượng (kcal)	1105,0	1113,1	1145,2	1136,2	1070,2
	Đạm (g)	30,2	31,5	32,5	33,0	31,2

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức năng lượng và đạm trung bình đạt được trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật là khá thấp so với NCKN, lần lượt là 14.1 ± 3.9 kcal/kg/ngày (Nhu cầu năng lượng khuyến nghị: 25 kcal/kg/ngày) và 0.79 ± 0.22 g/kg/ngày (Nhu cầu đạm khuyến nghị: 1.2 g/kg/ngày). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai trên bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa trong vòng 7 ngày sau phẫu thuật cho thấy mức năng lượng tiêu thụ trung bình thấp hơn (14.1 ± 3.9 so với 15 ± 6 kcal/kg/ngày), tuy nhiên mức đạm tiêu thụ lại cao hơn đáng kể (0.79 ± 0.22 so với 0.61 ± 0.26 g/kg/ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) [4]. Kết quả tương tự cũng nhận thấy khi so với nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc sau phẫu thuật đường tiêu hóa nói chung tại Bệnh viện E, với mức năng lượng tiêu thụ trong 5 ngày sau phẫu thuật thấp hơn hẳn tuy nhiên lượng đạm tiêu thụ cao hơn đáng kể [5]. Điều này có thể được lý giải bởi sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu cũng như phương pháp nuôi dưỡng người bệnh sau phẫu thuật, ở nghiên cứu của Trịnh Bảo Ngọc 22.8% được nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch, 8.9% ăn đường miệng hoàn toàn, và 68.4% phối hợp tiêu hóa và tĩnh mạch bổ sung, tỷ lệ này ở nghiên cứu

của chúng tôi là trên 95% từ ngày 1 đến ngày 3 sau phẫu thuật, 86.2% vào ngày 4 và 56.9% vào ngày 5 [5].

Ngoài ra, có thể thấy ở biểu đồ 3, năng lượng cung cấp cho người bệnh trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật chủ yếu đến từ nuôi dưỡng tĩnh mạch, trung bình chiếm 78%, chỉ có 22% năng lượng được tiêu thụ qua đường tiêu hóa. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai với tỷ lệ năng lượng từ đường tĩnh mạch bổ sung chiếm tới 85%. Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung ở nghiên cứu của chúng tôi có sự giảm dần đến ngày 5 chỉ còn 56.9%, trong khi đó ở nghiên cứu tại Bệnh viện Bạch Mai vẫn duy trì ở mức gần 90% tới ngày hậu phẫu 5 [4].

Như vậy, có thể thấy rằng việc nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung đóng vai trò vô cùng quan trọng giúp đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng về cả năng lượng và đạm cho người bệnh ở giai đoạn đầu sau phẫu thuật, khi mức tiêu thụ qua đường tiêu hóa còn rất thấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy mặc dù có sự cải thiện về năng lượng tiêu thụ qua đường tiêu hóa sau phẫu thuật, tuy nhiên vào ngày 5 cũng chỉ đáp ứng được 29% NCKN. Điều này cũng đặt ra vấn đề về tầm quan trọng của việc hỗ trợ dinh dưỡng sớm cho những bệnh

nhân sau phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa nói chung và ung thư dạ dày nói riêng nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng và qua đó là kết cục lâm sàng của người bệnh.

Mặc dù nghiên cứu đã cung cấp cái nhìn toàn diện về thực trạng nuôi dưỡng trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật ung thư dạ dày, vẫn còn những vấn đề cần được tiếp tục nghiên cứu để tối ưu hóa hiệu quả hỗ trợ dinh dưỡng. Các nghiên cứu trong tương lai nên tập trung xây dựng các phác đồ dinh dưỡng kết hợp giữa đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch nhằm cải thiện mức năng lượng và đạm tiêu thụ, đặc biệt trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật. Bên cạnh đó, việc cá nhân hóa chiến lược dinh dưỡng dựa trên đặc điểm lâm sàng và tình trạng dinh dưỡng trước phẫu thuật là rất cần thiết để đáp ứng tốt hơn nhu cầu của từng bệnh nhân. Ngoài ra, cần có các nghiên cứu dài hạn nhằm đánh giá tác động của các chiến lược dinh dưỡng này lên quá trình hồi phục, chất lượng cuộc sống, và kết quả lâm sàng của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đa số người bệnh được khởi động ruột sau 48 giờ, chiếm tỷ lệ 74.3%, chỉ có 1.8% được nuôi dưỡng qua đường tiêu hóa trước 24 giờ sau phẫu thuật. Mức năng lượng và đạm tiêu thụ trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật không đáp ứng được NCKN. Tổng năng lượng tiêu thụ đạt 45-65% nhu cầu khuyến nghị từ ngày 1 đến ngày 5. Năng lượng tiêu thụ qua đường tiêu hóa tăng dần từ ngày 1 đến ngày 5 sau phẫu thuật, đạt 29% NCKN vào ngày 5. Ở ngày 1, tới 99.1% người bệnh được nuôi dưỡng tĩnh mạch, tỷ lệ này giảm dần đến ngày 5 chỉ còn 56.9%. Năng lượng cung cấp cho người bệnh trong vòng 5 ngày sau phẫu thuật chủ yếu đến từ

nuôi dưỡng tĩnh mạch, trung bình chiếm 78%, chỉ có 22% năng lượng được tiêu thụ qua đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakada K, Kimura A, Yoshida K, et al. Effect of Four Main Gastrectomy Procedures for Proximal Gastric Cancer on Patient Quality of Life: A Nationwide Multi-Institutional Study. *J Gastric Cancer*. 2023;23(2):275. doi:10.5230/jgc.2023.23.e14
2. Poveda MD, Suárez-de-la-Rica A, Minchot EC, Bretón JO, Pernaute AS, Caravaca GR. The Prevalence and Impact of Nutritional Risk and Malnutrition in Gastrointestinal Surgical Oncology Patients: A Prospective, Observational, Multicenter, and Exploratory Study. *Nutrients*. 2023;15(14):3283. doi:10.3390/nu15143283
3. Tian Y, Li Q, Pan Y. Prospective study of the effect of ERAS on postoperative recovery and complications in patients with gastric cancer. *Cancer Biol Med*. 2021;19(8):1274. doi:10.20892/j.issn.2095-3941.2021.0108
4. Young LS, Huong PTT, Lam NT, et al. Nutritional status and feeding practices in gastrointestinal surgery patients at Bach Mai Hospital, Hanoi, Vietnam. Published online 2016.
5. Ngọc TB, Liễu NTT, Trang LTQ. Thực trạng nuôi dưỡng bệnh nhân sau phẫu thuật đường tiêu hóa tại Khoa ngoại Bệnh viện E năm 2020. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học*. 2021;144(8): 293-299. doi:10.52852/tcncyh.v144i8.406
6. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2017;36(1): 11-48. doi:10.1016/j.clnu.2016.07.015

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA NGẢ NÁCH – QUẲNG VÚ ĐIỀU TRỊ MICROCARCINOMA TUYẾN GIÁP DẠNG NHÚ

Lê Anh Duy^{1,2}, Nguyễn Văn Việt Thành^{1,2}, Lý Bảo Duy¹,
Vũ Hoàng Minh Tín¹, Trần Minh Thiện¹, Sử Trần Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi (PTNS) đang ngày càng được phát triển, dần khẳng định được vị trí quan trọng trong điều trị ung thư tuyến giáp. Hiện nay, tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú để điều trị bệnh lý microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú còn khá khiêm tốn.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm của PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú trong điều trị bệnh lý microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú (PTMC).

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp. Chúng tôi phân tích 54 trường hợp microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú được PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách – quầng vú từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: 54 trường hợp được PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách – quầng vú, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tuổi trung bình

là 41,2. Kích thước u trung bình $0,65 \pm 0,24$ cm. 100% trường hợp làm FNA trước mổ. Có 22 trường hợp (40,7%) u ở thùy phải, 19 trường hợp (35,2%) u ở thùy trái và 13 trường hợp (24,1%) u ở cả 2 thùy. Chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp cho 13 trường hợp (24,1%), cắt thùy giáp + eo giáp 31 trường hợp (57,4%) và cắt 1 thùy tuyến giáp 10 trường hợp (18,5%). Có 1 trường hợp nạo hạch cổ nhóm VI sau khi phát hiện có hạch trong mổ. Thời gian mổ trung bình 104 ± 11 phút. Máu mất trung bình 16 ± 4 ml. Nằm viện sau mổ trung bình $3,2 \pm 1,3$ ngày. Có 5 BN (9,26%) khàn tiếng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-6 tuần. 3 trường hợp BN (5,56%) hạ calci máu tạm thời sau mổ. Các biến chứng khác như chảy máu sau mổ, dò đường trấp, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ chưa ghi nhận có trường hợp nào. Sau mổ BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn trong thời gian theo dõi sau 3 tháng.

Kết luận: Điều trị microcarcinoma tuyến giáp dạng nhú (PTMC) bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách – quầng vú có thể thực hiện an toàn và thuận lợi, mang lại kết quả sớm tốt. Cần nghiên cứu tiếp tục về hiệu quả điều trị lâu dài về mặt ung thư học.

Từ khóa: PTNS cắt tuyến giáp, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại khoa – Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

SUMMARY**EARLY OUTCOMES OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA AXILLO – BILATERAL – BREAST – APPROACH IN PAPILLARY THYROID MICROCARCINOMA TREATMENT**

Background: Endoscopic techniques have recently been applied to thyroid surgery and affirming its important role in surgical treatment of thyroid cancer. Currently in Vietnam, research projects on endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast - approach in treating thyroid cancer are still quite modest.

Purpose: To evaluate the operative feasibility and safety of endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast – approach (ABBA) for the treatment of the patients with papillary thyroid microcarcinoma (PTMC).

Method: Retrospective description of case series. We analyzed 54 patients who underwent endoscopic thyroidectomy via axillo – bilateral – breast – approach for PTMC between January 2022 and October 2024 at Binh Dan Hospital.

Results: All patients were successfully performed with endoscopic procedure. There was no case converted to open surgery. The mean age was 41,2. The mean diameter of tumors was 0,65 ± 0,24 cm. 100% cases underwent FNA before surgery. There were 22 cases (40,7%) from right lobe, 19 cases (35,2%) from left lobe and 13 cases (24,1%) from both lobes. Endoscopic procedures were 13 total thyroidectomies (24,1%), 10 lobectomies (18,5%) and 31 lobectomies plus isthmusectomies (57,4%). One patient was performed central lymph node dissection. The mean operating time was 105 ± 11 minutes. the mean bleeding volume was 16 ± 4 ml. The mean length of the hospital stay was 3,2 ± 1,3 days. There were 5 cases (9,26%) of hoarseness due to recurrent laryngeal nerve

injury but recovered after 4-6 weeks. 3 cases (5,56%) had temporary hypoparathyroidism. No further complications such as chylous fistula, seroma or surgical site infection. All patients felt less pain and satisfied with the cosmetic outcomes. All patients are not recurrence or metastasis during follow-up.

Conclusion: Endoscopic thyroid surgery via axillo – bilateral – breast – approach is a feasible and safe method for the treatment of papillary thyroid microcarcinoma. This technique had better cosmetic results and the long-term effect of this technique needs further evaluation.

Keywords: endoscopic thyroidectomy, papillary thyroid microcarcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý ung thư tuyến giáp (UTTG) đang có xu hướng tăng lên những năm gần đây, trong đó tỷ lệ người bệnh nữ gấp khoảng 4 lần BN nam, tỷ lệ người bệnh lớn tuổi cao hơn người bệnh trẻ tuổi¹. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỷ lệ mắc UTTG cao, đứng hàng thứ 9 với 5418 ca mới mắc, 528 ca tử vong mỗi năm, tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,52/100.000 dân, đứng thứ 6 ở nữ giới với tỷ lệ 7,8/100.000 dân. Tuy tỷ lệ ung thư tuyến giáp tăng dần nhưng tỷ lệ tử vong tương đối hằng định¹. Ung thư tuyến giáp thể nhú (Papillary Thyroid Carcinoma - PTC) là loại ung thư tuyến giáp phổ biến nhất, chiếm khoảng 80-90% trong số các ca ung thư tuyến giáp. Đặc biệt, vì ung thư tuyến giáp thể nhú (Papillary Thyroid Microcarcinoma - PTMC), với kích thước khối u không vượt quá 1 cm, ngày càng được phát hiện nhiều hơn nhờ sự phát triển của các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA). Mặc dù PTMC thường có tiên lượng tốt, việc lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu vẫn là

vấn đề được quan tâm, đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi và những người có nhu cầu cao về thẩm mỹ^{2,3}. Đối với bệnh lý UTTG, có nhiều phương pháp điều trị khác nhau, tuy nhiên cho đến nay chủ yếu vẫn là phẫu thuật. Bên cạnh phẫu thuật mở truyền thống thì phẫu thuật nội soi (PTNS) đang ngày càng được phát triển, dần khẳng định được vị trí quan trọng trong phẫu thuật tuyến giáp. Một trong các kỹ thuật tiêu biểu đó là PTNS qua ngả nách - quầng vú tạo thuận lợi lớn khi chỉ định điều trị cho các BN có bướu ở cả 2 thùy giáp hoặc phải can thiệp trên toàn bộ tuyến giáp. Hiện nay, tại Việt Nam, các công trình nghiên cứu về PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú để điều trị bệnh lý ung thư tuyến giáp hiện còn khá khiêm tốn, trong khi đó mỗi quan tâm hàng đầu hiện nay là lựa chọn phương pháp điều trị tối ưu, cá thể hóa người bệnh nhằm đem đến hiệu quả tốt nhất, hạn chế đến mức thấp nhất tỷ lệ biến chứng cho BN. Xuất phát từ tình hình trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị vi ung thư tuyến giáp dạng nhú bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán vi ung thư tuyến giáp dạng nhú được PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Bướu cổ Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2024.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

BN có kết quả FNA trước mổ là ung thư tuyến giáp dạng nhú, u có kích thước từ 1cm trở xuống.

BN có kết quả GPB sau mổ là ung thư tuyến giáp dạng nhú.

BN được PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú.

Tiêu chuẩn loại trừ

BN có hồ sơ bệnh án không rõ ràng, không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Ghi nhận các thông tin về cuộc mổ, theo dõi và ghi nhận tình trạng BN hậu phẫu, xuất viện, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2022 đến tháng 10/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ Bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thực hiện PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách – quầng vú cho 54 trường hợp vi ung thư tuyến giáp dạng nhú, có 12 nam (22,22%) và 42 nữ (77,78%). Tuổi trung bình là $41,2 \pm 2,8$. Kích thước u trung bình là $0,65 \pm 0,24$ cm (0,3 – 1cm). Có 22 trường hợp (40,7%) u ở thùy phải, 19 trường hợp (35,2%) u ở thùy trái và 13 trường hợp (24,1%) u ở cả 2 thùy. 100% trường hợp thực hiện FNA trước mổ, trong đó tất cả kết quả là UTTG dạng nhú. Tất cả trường hợp đều thực hiện thành công hoàn toàn qua nội soi và tiếp cận từ 1 bên. Chúng tôi tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp cho 13 trường hợp (24,1%), cắt thùy giáp + eo giáp 31 trường hợp (57,4%) và cắt 1 thùy tuyến giáp 10 trường hợp (18,5%). Có 1 trường hợp nạo hạch cổ nhóm VI, kết quả hạch di căn. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả tất cả trường hợp xác định là UTTG dạng nhú. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 104 ± 11 phút (60 – 220 phút). Lượng máu mất trung bình là 16 ± 4 ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,2 \pm 1,3$ ngày. Có 5 BN (9,26%) khàn tiếng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-6 tuần. 3 trường hợp BN (5,56%) hạ calci máu tạm thời sau

mô. Chưa ghi nhận có trường hợp nào có các biến chứng khác như dò đường trấp, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ. Sau mổ BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh. Chưa ghi nhận trường hợp nào tái phát hay di căn.

IV. BÀN LUẬN

Đối với PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách – quàng vú, trước hết cần phải tạo khoang thao tác, khoang này rất hẹp và chỉ giới hạn ở trong vùng cổ: phía dưới là hõm ức, phía trên tới sụn giáp, hai bên là bờ ngoài cơ ức đòn chũm. U giáp có kích thước càng lớn thì sẽ làm cho khoang chật hẹp hơn, khó quan sát và khó tiến hành các thao tác phẫu thuật. Dựa trên đánh giá giai đoạn UTTG thể biệt hóa theo AJCC 8 (2017), kích thước u giáp mới là yếu tố chính để xếp giai đoạn bệnh hơn là yếu tố di căn hạch cổ. Theo đó, các u có kích thước từ 4cm trở xuống (tương ứng T1, T2) đều xếp vào giai đoạn I (nếu không có di căn hạch vùng) hoặc giai đoạn II (nếu có di căn hạch vùng). Thông qua việc lựa chọn BN ở giai đoạn I và kích thước u giáp từ 1 cm trở xuống, chúng tôi rút ra được PTNS có thể cắt toàn bộ thùy tuyến giáp mà không gây rách vỏ bao, giúp cho hiệu quả phẫu thuật điều trị ung thư vẫn an toàn và đảm bảo đúng nguyên tắc điều trị bệnh lý ung thư. Các tác giả phẫu thuật nội soi trên thế giới lựa chọn chủ yếu ở giai đoạn I, ít ở giai đoạn II, không có ở giai đoạn III và IV. Ngược lại mổ mở có thể mạnh là thực hiện được ở tất cả các giai đoạn của bệnh. Đây cũng là hạn chế lớn nhất của phương pháp mổ nội soi so với mổ mở.

Theo hướng dẫn của ATA, đối với ung thư tuyến giáp, chỉ định PTNS chỉ thực hiện trên các trường hợp kết quả FNA carcinoma

dạng nhú có kích thước $u \leq 1\text{cm}$ chưa xâm lấn². Chỉ định cắt trọn thùy và eo giáp được áp dụng cho tổn thương đơn hạt. Đối với các tổn thương đa hạt, bệnh nhân được cắt trọn tuyến giáp. Với UTTG dạng nhú, hầu hết có nguy cơ thấp, tiên lượng tốt bất kể phạm vi của phẫu thuật, đồng thời cũng chưa có những nghiên cứu so sánh hiệu quả của cắt toàn bộ tuyến giáp so với cắt thùy đối với BN UTTG nguy cơ thấp. Ngoài ra các nghiên cứu khác cũng chưa chứng minh hiệu quả trên tỷ lệ sống còn giữa 2 nhóm kỹ thuật này. Chính từ những lẽ trên, cắt thùy tuyến giáp là phù hợp đối với các UTTG nguy cơ thấp, khối u nhỏ, chưa di căn hạch.

Hiện nay, với các thiết bị để mổ nội soi hiện đại, màn hình độ phân giải cao, phẫu thuật viên có thể quan sát rõ ràng các cấu trúc giải phẫu, ngoài ra còn có sự trợ giúp của phương tiện cầm máu ưu thế như dao siêu âm giúp việc kiểm soát chảy máu trong PTNS ngày càng dễ dàng hơn³. Tác giả Zhang D nhận xét rằng lượng máu mất sẽ giảm dần theo kinh nghiệm tăng lên của phẫu thuật viên, theo số lượng các ca mổ⁴. Tác giả Zhao QZ thì cho rằng việc cắt đốt cầm máu ở cực trên tuyến giáp tương đối khó khăn do việc quan sát hạn chế và thường gây chảy máu nhiều tại đây⁵. Zhao QZ và Zhang D cũng cho thấy lượng máu mất giữa PTNS và mổ mở là tương đương nhau, do vậy nếu đánh giá về độ an toàn dựa vào lượng máu mất trong phẫu thuật thì phẫu thuật nội soi cũng đảm bảo an toàn cho bệnh nhân^{4,5}. Với kinh nghiệm của chúng tôi thông qua tìm hiểu y văn, các kỹ thuật trước đó của những tác giả trong nước lẫn ngoài nước, cũng như đúc kết từ thực tế trong mổ, chúng tôi nhận thấy quá trình cắt đốt động mạch giáp trên nên dùng dao siêu âm đi sát tổ chức tuyến giáp có thể đảm bảo an toàn.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thực hiện nạo hạch cổ chọn lọc cho 1 BN (tỷ lệ 1,85%), đối với BN này chúng tôi tiến hành nạo vét hạch khoang trung tâm (nhóm hạch VI) khi thấy có hạch trong lúc mổ. Sau khi lấy hạch chúng tôi gửi làm giải phẫu bệnh sau mổ, kết quả xác định là hạch di căn. Tỷ lệ nạo vét hạch trong nghiên cứu chúng tôi còn thấp có thể lý giải do phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, chưa có di căn hạch. Liên quan đến phạm vi nạo hạch trong PTNS cắt tuyến giáp điều trị UTTG dạng nhú, một trong những điều tranh luận gần đây là vai trò của nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa. Những hướng dẫn điều trị gần đây đều đưa ra khuyến cáo: “Nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa có thể được thực hiện đặc biệt đối với những khối u đã tiến triển” và “cắt tuyến giáp toàn phần không nạo hạch phòng ngừa có thể áp dụng thích hợp cho bệnh nhân T1 và T2, không xâm lấn, bệnh nhân không có hạch trên lâm sàng”². Tác giả Đỗ Hữu Liệt đã lựa chọn giải pháp nạo hạch trung tâm dự phòng, bất kể trên lâm sàng có dấu hiệu của di căn hạch hay không, kết quả 13/44 trường hợp (29,5%) có di căn hạch cổ mặc dù trên siêu âm trước mổ chỉ phát hiện 9 trường hợp (20,5%) có hạch cổ⁶. Điều này cho thấy nạo hạch trung tâm phòng ngừa trong UTTG dạng nhú có giá trị nhất định trong việc nạo vét được các hạch không thấy trên thăm khám hay siêu âm. Một số nghiên cứu khác thì ủng hộ quan điểm những hạch cổ được phát hiện trên vi thể hiếm dẫn đến tái phát, đặc biệt là sau quá trình điều trị nội tiết và hóa xạ sau mổ⁷. Như vậy, việc nạo hạch cổ trung tâm phòng ngừa cần được nghiên cứu

thêm để đánh giá chính xác hơn vai trò và ý nghĩa của nó.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ khản tiếng sau mổ là 9,26%. So sánh với các tác giả khác có thể thấy tỷ lệ gặp biến chứng liệt thần kinh thanh quản quặt ngược của chúng tôi tương đối thấp^{8,9}. Nghiên cứu của Zhang D cũng đưa ra kết quả tỷ lệ liệt dây thần kinh tạm thời trong PTNS thấp hơn so với phẫu thuật mổ mở⁸. Lý giải điều này do đối tượng lựa chọn cho phẫu thuật nội soi ở giai đoạn sớm, kích thước nhân từ 1 cm trở xuống, u chưa xâm lấn cấu trúc hay tổ chức xung quanh⁸. Bên cạnh đó, tỷ lệ tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược ở các nghiên cứu khác nhau còn phụ thuộc vào có hay không nạo vét hạch cổ, kể cả đối với PTNS hay mổ mở. Có thể kết luận rằng để hạn chế thấp nhất tổn thương thần kinh quặt ngược, cần phẫu tích dây thần kinh rõ ràng một cách có hệ thống và tỉ mỉ, nắm vững mốc giải phẫu và xác định rõ đường đi của thần kinh.

Đối với biến chứng suy cận giáp tạm thời sau mổ, có 3 BN gặp biến chứng này, tỷ lệ chung là 5,56%. Chúng tôi cũng ghi nhận suy tuyến cận giáp tạm thời sau mổ có liên quan đến cắt toàn bộ tuyến giáp, sự tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,047 < 0,05$), nhóm cắt toàn bộ tuyến giáp có nguy cơ gây suy cận giáp sau mổ gấp 2,8 lần so với nhóm chỉ cắt thùy giáp. Nhằm hạn chế nguy cơ suy cận giáp sau mổ, chúng tôi nhận thấy khi mổ cần xác định chính xác tuyến cận giáp dựa theo liên quan giải phẫu, đồng thời phẫu tích và bóc tách cẩn thận để bảo tồn tuyến cận giáp là phương pháp hữu hiệu nhất.

V. KẾT LUẬN

Điều trị vi UTTG dạng nhú bằng PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách – quầng vú có thể thực hiện an toàn và thuận lợi, mang lại kết quả sớm tốt. Bên cạnh đó, cần nghiên cứu tiếp tục về hiệu quả điều trị lâu dài đối với mặt ung thư học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Davies L, Welch HG.** Current Thyroid Cancer Trends in the United States. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*. 2014;140(4): 317-322. doi:10.1001/jamaoto.2014.1 %J *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*
2. **BR H, EK A.** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid. 2016;10:1089.
3. **Maeda H, Kutomi G, Satomi F, Shima H, Mori M, Takemasa I.** Comparison of surgical outcomes and complications between the Harmonic FOCUS and conventional surgery for open thyroidectomy. *Molecular and Clinical Oncology*. 02/07 2018;8doi: 10.3892/mco.2018.1569
4. **Zhang D, Wang T, Dionigi G, Zhang J, Xue G, Sun H.** Central Lymph Node Dissection by Endoscopic Bilateral Areola Versus Open Thyroidectomy. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2019;29(1): e1-e6. doi:10.1097/sle.0000000000000579
5. **Zhao Q, Wang Y, Wang P.** A comparative study of endoscopic and traditional open surgery in the treatment of papillary thyroid carcinoma. *Zhonghua wai ke za zhi [Chinese journal of surgery]*. 02/01 2018;56:135-138. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-5815.2018.02.011
6. **Liệt ĐH, Mỹ ĐT, Tuấn NT, Linh DT, Hạnh LTN.** Kết quả PTNS cắt tuyến giáp trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. *Y học TP HCM*. 2017;21(2):57-63.
7. **Gemsenjäger E, Perren A, Seifert B, Schüller G, Schweizer I, Heitz PU.** Lymph node surgery in papillary thyroid carcinoma. *J Am Coll Surg*. Aug 2003;197(2):182-90. doi:10.1016/s1072-7515(03)00421-6
8. **Zhang D, Zhang J, Dionigi G, et al.** Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique. *World J Surg*. Nov 2019;43(11):2829-2841. doi:10.1007/s00268-019-05092-x
9. **Cho J, Park Y, Baek J, Sung K.** Single-incision endoscopic thyroidectomy for papillary thyroid cancer: A pilot study. *International Journal of Surgery*. 2017/07/01/ 2017;43:1-6. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.05.030

MÔ HÌNH TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG TRONG SINH THIẾT U PHỔI XUYÊN THÀNH NGỰC DƯỚI HƯỚNG DẪN CHỤP ĐIỆN TOÁN CẮT LỚP

Lý Bảo Duy¹, Nguyễn Văn Việt Thành¹
Vũ Hoàng Minh Tín¹, Lê Anh Duy¹, Trần Minh Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ biến chứng của phương pháp; mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng: độ sâu, kích thước u và số lần đâm kim với biến chứng sau sinh thiết, đưa ra mô hình tiên lượng biến chứng sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của điện toán cắt lớp (ĐTCL).

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang, 141 hồ sơ các bệnh nhân được sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2023.

Kết quả: Độ tuổi trung bình 63,87 tuổi. Nam giới: 70,9%. Hút thuốc 65,2%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính, âm tính: 92,86%, 100%, 100%, 84,21%. Kích thước tổn thương 33,13 mm. Độ sâu: 9,95 mm. Số lần đâm kim 3,33 lần/1 trường hợp sinh thiết. Tỉ lệ TKMP sau sinh thiết: 29,7%. Can thiệp đặt DLMP: 2,1%. Tỉ lệ TMNM sau sinh thiết: 46,1%. Ho ra máu: 7,8%. Biến chứng sớm: 18,4%. Kích thước u < 21,28 mm, độ sâu u > 10,45 mm, số lần đâm kim > 3 lần: yếu tố nguy cơ tai biến, biến chứng sau sinh thiết. Khả năng xảy ra TKMP: độ sâu u

= +9,4% / 1mm; kích thước u = -6,7% / 1mm; số lần đâm kim = +184,7%. Khả năng TMNM sau sinh thiết: độ sâu u = +5,4% / 1mm; kích thước u = -14,4% / 1mm; số lần đâm kim = +712,2%. Xây dựng được mô hình tiên lượng khả năng TKMP, TMNM sau sinh thiết dựa trên các yếu tố nguy cơ với khả năng dự đoán đúng 79,4% và 85,1%.

Kết luận: Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn ĐTCL: an toàn, biến chứng thấp, không ghi nhận tỉ lệ vong, không biến chứng nặng. Đề xuất ứng dụng mô hình dự đoán nguy cơ tai biến và biến chứng sau sinh thiết dựa trên các yếu tố nguy cơ vào lâm sàng.

Từ khóa: sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của điện toán cắt lớp, biến chứng sau sinh thiết, mô hình tiên lượng biến chứng sau sinh thiết.

SUMMARY

PREDICTION MODEL FOR COMPLICATIONS IN COMPUTER TOMOGRAPHY-GUIDED LUNG BIOPSY

Objective: To determine the complication rate of the method; the relationship between prognostic factors (depth, tumor size, and number of needle passes) and complications after biopsy; and to propose a prediction model for complications following CT-guided lung tumor biopsy.

Research Method: A retrospective cross-sectional study of 141 patient records who underwent CT-guided lung biopsy at the

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Thoracic Surgery Department – Bình Dân Hospital from June 2019 to June 2023.

Results: The average age was 63.87 years. Males: 70.9%. Smokers: 65.2%. Sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value were 92.86%, 100%, 100%, and 84.21%, respectively. The average lesion size was 33.13 mm. The average depth was 9.95 mm. The average number of needle passes was 3.33 per biopsy case. The pneumothorax rate after biopsy was 29.7%. Intervention with chest tube placement: 2.1%. The rate of parenchymal haemorrhage after biopsy: 46.1%. Hemoptysis: 7.8%. Early complications: 18.4%. Tumor size < 21.28 mm, tumor depth > 10.45 mm, and more than 3 needle passes were identified as risk factors for complications after biopsy. The likelihood of pneumothorax: tumor depth = +9.4% per mm; tumor size = -6.7% per mm; number of needle passes = +184.7%. The likelihood of parenchymal haemorrhage after biopsy: tumor depth = +5.4% per mm; tumor size = -14.4% per mm; number of needle passes = +712.2%. A prediction model for the likelihood of pneumothorax and parenchymal haemorrhage after biopsy was developed based on risk factors, with prediction accuracies of 79.4% and 85.1%, respectively.

Conclusion: CT-guided transthoracic lung tumor biopsy is safe, with a low complication rate, no recorded mortality, and no severe complications. It is recommended to apply the risk prediction model for complications after biopsy based on risk factors in clinical practice.

Keywords: CT-guided transthoracic lung tumor biopsy, post-biopsy complications, prediction model.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tại phổi thường biểu hiện bởi tổn thương nhu mô khi khảo sát bằng hình ảnh học, với nguy cơ ác tính cao có thể lên đến 77%. Xác định bản chất của những tổn thương ở phổi này đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị. Tiêu chuẩn vàng để xác định và phân loại bệnh lý lành hay ác tính là kết quả giải phẫu lấy trực tiếp từ tổn thương. Hiện nay có nhiều phương pháp lấy mẫu khác nhau từ ít xâm lấn cho đến phẫu thuật với ưu và nhược điểm riêng. Điều kiện hàng đầu đối với phương pháp chẩn đoán là: hiệu quả cao và nguy cơ xảy ra biến chứng thấp. Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp (ĐTCL) là một công cụ thỏa đủ các yếu tố đó: hiệu quả, độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán và tính ít xâm hại của phương pháp. Đây là kỹ thuật chẩn đoán mô bệnh học được sử dụng rộng rãi tại Việt Nam trong những năm gần đây. Đã có nhiều nghiên cứu được triển khai về phương pháp này nhưng phần lớn là các nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định tỉ lệ tai biến, biến chứng sau sinh thiết, độ nhạy, độ tin cậy, độ an toàn của kỹ thuật. Chưa tập trung nghiên cứu biến chứng, đặc điểm tổn thương được sinh thiết hay kỹ thuật sinh thiết sẽ ảnh hưởng như thế nào đến khả năng xảy ra tai biến, biến chứng sau sinh thiết, từ đó tổng hợp xây dựng hướng dẫn sinh thiết an toàn, giảm nguy cơ tai biến, biến chứng sau sinh thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 141 bệnh nhân được sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp ĐTCL tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân trong thời gian từ tháng 06/2019 đến tháng 06/2023 thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu: công thức tính cỡ mẫu dựa trên mô hình đa biến.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Tổn thương tại phổi kích thước 10mm trở lên phát hiện trên phim X Quang phổi, CLVT ngực hoặc cộng hưởng từ ngực;
- BN thỏa chỉ định sinh thiết tổn thương u phổi xuyên thành ngực bằng chụp CLVT
- Được tiến hành sinh thiết u phổi bởi cùng một ê kíp Bác sĩ phẫu thuật tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ
- Bệnh nhân được sinh thiết bởi kim sinh thiết mô bán tự động đường kính 20G có kim hướng dẫn đồng trục.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được sinh thiết u ở 2 bên phổi hay nhiều hơn 2 u cùng một bên phổi trong cùng một thủ thuật
- Bệnh nhân đã có phẫu thuật bệnh lý về lồng ngực trước đó.
- Bệnh nhân có các tổn thương khác đi kèm như tràn dịch màng phổi..
- Bệnh nhân xảy ra tai biến, biến chứng do bệnh nhân không hợp tác hay các nguyên nhân khác có liên quan đến chống chỉ định tương đối của sinh thiết u phổi.

Định nghĩa các vấn đề nghiên cứu:

Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp thành công: lấy được mẫu bệnh phẩm, tai biến, biến chứng trong và sau thủ thuật có thể xảy ra nhưng ở mức độ nhẹ và đủ 2 mảnh mô để kết quả giải phẫu bệnh từ mô bệnh phẩm sinh thiết.

Tai biến, biến chứng: có nhiều tai biến, biến chứng sau sinh thiết u phổi, nhưng trong nghiên cứu chúng tôi chỉ tập trung khảo sát về 2 biến chứng chính, tỉ lệ mắc phải cao là tràn khí màng phổi (TKMP) và tụ máu nhu mô (TMNM).

Yếu tố liên lượng biến chứng sau sinh thiết: xác định khoảng 11 yếu tố nguy cơ liên quan. Trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung khảo sát đến các yếu tố liên lượng tai biến, biến chứng sau: tuổi, kích thước u, vị trí u, độ sâu của u và số lần đâm kim lấy mẫu.

Xử lý và phân tích số liệu:

Nghiên cứu dựa vào hồi cứu hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và loại trừ, thông tin được thu thập dựa vào bệnh án nghiên cứu. Các số liệu được mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

Sử dụng đường cong ROC trong việc khảo sát các biến liên tục: tuổi, kích thước của u, vị trí u, độ sâu của u hay số lần đâm kim lấy mẫu với biến cố xảy ra biến chứng. Đường cong ROC có ý nghĩa khi diện tích dưới đường cong $> 70\%$. Đưa ra ngưỡng cắt, sử dụng ngưỡng cắt, các biến số liên tục sẽ được chuyển thành biến số phân loại. Xác định sự khác biệt ở nhóm có và không có yếu tố tiên lượng với việc xuất hiện tai biến, biến chứng sau thủ thuật: sử dụng phép kiểm Chi bình phương đôi hoặc phép kiểm T sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Mô hình hồi quy đa biến từng phần được sử dụng để xác định rõ hơn mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng: tuổi, kích thước của u, vị trí u, độ sâu của u hay số lần đâm kim lấy mẫu đối với tai biến và biến chứng thủ thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các tổn thương phổi được sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp ĐTCL

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 63,87 $\pm$ 12,87 tuổi. Nhóm trên 50 tuổi chiếm đa số

với, tỉ lệ là 87,2% và 80/123 BN này sinh thiết là ung thư. Nam giới chiếm đa số 70,9%, gấp 2,44 lần số nữ giới.

Tổn thương ở thùy trên phổi phải chiếm tỉ lệ nhiều nhất 28,4%; ít nhất là thùy giữa phổi phải chiếm tỉ lệ 13,5%. Tổn thương ở thùy trên 2 phổi chiếm tỉ lệ 58,9%. Biến chứng sớm gặp nhiều ở thùy trên phổi trái: 8/24 BN (33,33%) và ít nhất là ở thùy trên phổi phải: 4/40 BN (10%). 49,6% tổn thương được sinh thiết là u phổi, có kích thước lớn hơn 3 cm, 50,4% là dạng nốt. Trong số này, 40,4% là nốt phổi đơn độc. 43,3% các tổn thương nốt phổi trong nghiên cứu biểu hiện dưới dạng nốt bán đặc. Chúng tôi tiến hành so sánh về mức độ ác tính dựa trên kết quả giải phẫu bệnh sau sinh thiết theo loại tổn thương, chúng tôi không thấy có sự khác biệt đáng kể có ý nghĩa thống kê giữa các loại tổn thương này (kiểm tra theo phương pháp Chi-Square với $p = 0,175 > 0,05$).

Kết quả sinh thiết là ung thư chiếm đa số (60,99%). Tương đồng với các nghiên cứu: Đồng Đức Hưng¹: tổn thương ác tính vẫn chiếm ưu thế 72% (ung thư tuyến phế quản: 44,8%). 58 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật (41,1%) và so sánh với giải phẫu bệnh sau mổ. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương tính và giá trị dự đoán âm tính của kỹ thuật lần lượt là 92,86%, 100%, 100%, và 84,21%, tương đồng với các tác giả khác.

3.2. Tai biến, biến chứng sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp

Tỉ lệ TKMP sau sinh thiết là 29,3%, với 3 bệnh nhân (2,1%) phải đặt dẫn lưu màng phổi (DLMP). Sau can thiệp DLMP, hô hấp được kiểm soát, không có biến chứng nặng hơn. Tương tự, nghiên cứu của S. Yoon trên 10.568 ca sinh thiết cho thấy tỉ lệ TKMP là 21,7%, với 3% cần DLMP². Chúng tôi ghi

nhận TKMP ở mức độ nhẹ 26%, trung bình 16%, và không có ca nặng. Nghiên cứu của E. Yildirim cho kết quả tương tự, trong khi M. Anzidei ghi nhận tỉ lệ nặng cao hơn (13,2%) với 11,4% cần DLMP^{3,4}. Các nghiên cứu chỉ ra rằng tổn thương càng sâu, nhỏ, và số lần đâm kim tăng, nguy cơ TKMP càng cao. Trong hoàn cảnh này, việc sử dụng kim hướng dẫn đồng trục giúp giảm nguy cơ này^{3,5,6}.

Biến chứng chảy máu (TMNM) sau sinh thiết chiếm tỉ lệ 46,1%, cao hơn so với các nghiên cứu khác, điều này có thể giải thích do 50,4% tổn thương được sinh thiết trong nghiên cứu chúng tôi là nốt phổi nhỏ hơn 3 cm. Phân độ theo E. Yildirim ghi nhận: tụ máu dọc đường kim (type I) 6,4%, TMNM nhẹ (type II) 25,5%, và TMNM nặng (type II) 14,2%. Ho ra máu xảy ra ở 7,8% bệnh nhân, nhưng đều tự giới hạn, không có trường hợp tràn máu màng phổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của S. Yoon (ho ra máu 5,2%), W. J. Heerink (chảy máu 18%, ho ra máu 4,1%), và M. Anzidei (tụ máu type I 13,5%, TMNM nặng 18,1%, tràn máu màng phổi 3,5%)^{2,4,7}. Các yếu tố liên quan đến TMNM bao gồm số lần đâm kim, kích thước tổn thương và tình trạng đông máu, đặc biệt ở bệnh nhân tăng áp động mạch phổi, nguy cơ TMNM tăng 1,75 lần ($P < 0.01$).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng sớm là 18,4%, bao gồm TMNM type II (nặng), TKMP nặng, chảy máu trung bình với ho ra máu hoặc tràn máu màng phổi, và TKMP phải đặt dẫn lưu màng phổi (DLMP). Có 26/141 bệnh nhân gặp biến chứng sớm sau sinh thiết. So với nghiên cứu của W. J. Heerink và E. Yildirim, tỉ lệ này thấp hơn đáng kể (38,8% và 39,1%). Heerink cũng chỉ ra rằng biến chứng sớm tăng khi

kích thước tổn thương giảm (OR: 0,97 mỗi 1 mm) và khi độ sâu u tăng (OR: 1,05 mỗi 1 mm)^{3,7}.

3.3. Yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng của sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp

Kích thước trung bình của tổn thương phổi được sinh thiết là $33,13 \pm 14,66$ mm, nhỏ nhất 12,35 mm và lớn nhất 70,93 mm, tương tự nghiên cứu của E. Yildirim ($41,3 \pm 20,1$ mm) và W. Heerink ($27,9 \pm 7,9$ mm)^{3,7}. Nghiên cứu của Đồng Đức Hưng ghi nhận kích thước trung bình là $48,2 \pm 24$ mm, với tổn thương từ 14 mm trở lên có khả năng chẩn đoán ác tính đạt 93,6%, và trên 40 mm đạt 100%⁸. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy kích thước tổn thương liên quan mạnh đến nguy cơ TKMP và TMNM, với điểm cắt là 21,28 mm. Ở mức này, nguy cơ biến chứng sớm, TKMP, và chảy máu tăng gấp nhiều lần so với nhóm có tổn thương nhỏ hơn ($p = 0,001$).

Độ sâu tổn thương sinh thiết trung bình là $9,95 \pm 10,83$ mm, nhỏ nhất 0 mm và lớn nhất 46,77 mm. Nghiên cứu của E. Yildirim³ ghi nhận trung bình $17,3 \pm 19,2$ mm, còn Đồng Đức Hưng¹ là 35 ± 29 mm. Phân tích của chúng tôi cho thấy độ sâu tổn thương liên quan đến nguy cơ TKMP và TMNM với AUC lần lượt là 74,6% và 64,6%. Điểm cắt được xác định tại 12,45 mm cho TKMP và 10,45 mm cho TMNM. Tổn thương sâu hơn 12,45 mm có nguy cơ biến chứng sớm và TKMP cao gấp 4,65 và 5,27 lần, còn tổn thương sâu hơn 10,45 mm tăng nguy cơ TMNM gấp 5,33 lần.

Trong nghiên cứu, 8 bệnh nhân (5,7%) chỉ cần 2 lần lấy mẫu, và 9 bệnh nhân (6,4%) cần 5 lần, chủ yếu do tổn thương sâu, nhỏ hoặc có hoại tử. Đa số bệnh nhân chỉ cần 3

lần lấy mẫu, với số lần trung bình là $3,33 \pm 0,68$ lần, tương tự các nghiên cứu khác như tác giả Đồng Đức Hưng và tác giả M. Anzedei^{1,4}. Dùng đường cong ROC, chúng tôi phát hiện số lần đâm kim trên 3 lần làm tăng nguy cơ biến chứng, với điểm cắt tại 3,5 lần. Điều này tương tự như kết luận của các tác giả tác giả Đồng Đức Hưng và tác giả M. Anzedei, tác giả Yeow và tác giả Yoon.

Kết luận: Để tiến trình sinh thiết an toàn và đạt kết quả tốt, số lần đâm kim lấy mẫu không nên quá 3 lần, kích thước tổn thương nên lớn hơn 21,28 mm và không nên sâu hơn 10,45 mm.

3.4. Phân tích mối liên hệ giữa các yếu tố liên quan đến sinh thiết và tai biến, biến chứng sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp ĐTCL

❖ Phân tích mối liên hệ giữa TKMP và yếu tố liên quan đến sinh thiết (kích thước u, độ sâu u, số lần đâm kim)

Phân tích hồi quy đơn biến: Khảo sát các yếu tố độ sâu tổn thương, kích thước của tổn thương và số lần đâm kim sinh thiết với khả năng xảy ra TKMP cho kết quả sau: Độ sâu của tổn thương, kích thước tổn thương và số lần đâm kim đều là các yếu tố nguy cơ độc lập gây ra TKMP ($p = 0,000$). Tác giả M. Anzidei, kích thước của u và số lần đâm kim lấy mẫu đã được xác định là các yếu tố nguy cơ đáng kể với biến cố TKMP.

Tác giả cũng đã phát triển một mô hình dự đoán TKMP dựa trên các yếu tố nguy cơ xác định trong mẫu nghiên cứu: yếu tố nguy cơ TKMP tối thiểu là 60%, độ tuổi BN tăng 1 tuổi khả năng TKMP tăng 0,15%, mỗi lần đâm kim sẽ tăng khả năng TKMP thêm 20%, và rãnh liên tùy không rõ tăng khả năng TKMP lên 9%⁴.

Chúng tôi cũng đã xác định được mô hình tiên lượng khả năng TKMP dựa vào độ sâu tổn thương, kích thước tổn thương, số lần đâm kim (độ chính xác của mô hình là 79,4%).

$$e^{-3,472 + 0,845 \times \text{Số lần đâm kim} + 0,085 \times \text{Độ sâu} - 0,044 \times \text{Kích thước}}$$

$$\text{Khả năng TKMP (\%)} = p = 1 + e^{-3,472 + 0,845 \times \text{Số lần đâm kim} + 0,085 \times \text{Độ sâu} - 0,044 \times \text{Kích thước}}$$

Bảng tiên lượng nguy cơ xảy ra Tràn khí màng phổi sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp																						
Số lần đâm kim lấy mẫu: 2 lần																						
Kích thước (mm)	10	12,5	15	17,5	20	22,5	25	27,5	30	32,5	35	37,5	40	42,5	45	47,5	50	52,5	55	57,5	60	
Độ sâu																						
0 - 4 mm	9,7 - 13,2%	8,8 - 12%	8 - 10,8%	7,2 - 9,8%	6,5 - 8,9%	5,8 - 8%	5,3 - 7,2%	4,7 - 6,5%	4,3 - 5,9%	3,8 - 5,3%	3,4 - 4,8%	3,1 - 4,3%	2,8 - 3,9%	2,5 - 3,5%	2,2 - 3,1%	2 - 2,8%	1,8 - 2,5%	1,6 - 2,2%	1,4 - 2%	1,3 - 1,8%	1,1 - 1,6%	
5 - 9 mm	14,2 - 18,8%	12,9 - 17,2%	11,7 - 15,7%	10,6 - 14,3%	9,6 - 13%	8,7 - 11,8%	7,8 - 10,7%	7,1 - 9,7%	6,4 - 8,8%	5,8 - 7,9%	5,2 - 7,1%	4,7 - 6,4%	4,2 - 5,8%	3,8 - 5,2%	3,4 - 4,7%	3 - 4,2%	2,7 - 3,8%	2,4 - 3,4%	2,2 - 3,1%	2 - 2,8%	1,8 - 2,5%	
10 - 14mm	20,2 - 26,2%	18,5 - 24,1%	16,9 - 22,2%	15,4 - 20,3%	14 - 18,6%	12,7 - 17%	11,5 - 15,5%	10,5 - 14,1%	9,5 - 12,8%	8,6 - 11,6%	7,7 - 10,6%	7 - 9,6%	6,3 - 8,6%	5,7 - 7,8%	5,1 - 7%	4,6 - 6,4%	4,1 - 5,7%	3,7 - 5,2%	3,3 - 4,6%	3 - 4,2%	2,7 - 3,7%	
15 - 19mm	27,9 - 35,2%	25,7 - 32,8%	23,7 - 30,4%	21,8 - 28,1%	19,9 - 25,9%	18,2 - 23,9%	16,7 - 21,9%	15,2 - 20,1%	13,8 - 18,4%	12,5 - 16,8%	11,4 - 15,3%	10,3 - 13,9%	9,3 - 12,7%	8,4 - 11,5%	7,6 - 10,4%	6,9 - 9,4%	6,2 - 8,5%	5,6 - 7,7%	5 - 6,9%	4,5 - 6,3%	4,1 - 5,6%	
20 - 24mm	37,2 - 45,4%	34,7 - 42,7%	32,2 - 40%	29,9 - 37,4%	27,6 - 34,9%	25,5 - 32,4%	23,4 - 30,1%	21,5 - 27,8%	19,7 - 25,6%	18 - 23,6%	16,4 - 21,7%	15 - 19,9%	13,6 - 18,2%	12,4 - 16,6%	11,2 - 15,1%	10,2 - 13,8%	9,2 - 12,5%	8,3 - 11,3%	7,5 - 10,3%	6,8 - 9,3%	6,1 - 8,4%	
25 - 29mm	47,5 - 56%	44,8 - 53,3%	42,1 - 50,5%	39,4 - 47,8%	36,8 - 45%	34,3 - 42,3%	31,9 - 39,7%	29,5 - 37,1%	27,3 - 34,5%	25,2 - 32,1%	23,2 - 29,7%	21,2 - 27,5%	19,5 - 25,4%	17,8 - 23,3%	16,2 - 21,4%	14,8 - 19,6%	13,5 - 17,9%	12,2 - 16,4%	11,1 - 14,9%	10 - 13,6%	9,1 - 12,3%	
30 - 34mm	58,1 - 66,1%	55,4 - 63,5%	52,6 - 61%	49,9 - 58,3%	47,2 - 55,6%	44,4 - 52,9%	41,7 - 50,1%	39,1 - 47,4%	36,5 - 44,7%	34 - 42%	31,6 - 39,3%	29,2 - 36,7%	27 - 34,2%	24,9 - 31,8%	22,9 - 29,4%	21 - 27,2%	19,2 - 25,1%	17,6 - 23,1%	16 - 21,2%	14,6 - 19,4%	13,3 - 17,7%	
35 - 39mm	67,9 - 76,8%	65,3 - 72,7%	63 - 70,3%	60,4 - 68,2%	57,7 - 65,7%	55 - 63,2%	52,3 - 60,6%	49,5 - 58%	46,8 - 55,3%	44,1 - 52,5%	41,4 - 49,8%	38,7 - 47%	36,1 - 44,3%	33,6 - 41,6%	31,2 - 39%	28,9 - 36,4%	26,7 - 33,9%	24,6 - 31,4%	22,6 - 29,1%	20,8 - 26,9%	19 - 24,8%	
40 - 44mm	78,4 - 82%	74,4 - 80,3%	72,2 - 78,5%	70 - 76,6%	67,8 - 74,6%	65,2 - 72,4%	62,8 - 70,3%	60 - 67,8%	57,3 - 65,4%	54,6 - 62,9%	51,9 - 60,3%	49,2 - 57,6%	46,4 - 54,9%	43,7 - 52,1%	41 - 49,4%	38,4 - 46,7%	35,8 - 43,9%	33,3 - 41,2%	30,9 - 38,6%	28,6 - 36%	26,4 - 33,5%	
45 - 49mm	83,2 - 87,4%	81,6 - 86,2%	79,9 - 84,8%	78,1 - 83,3%	76,1 - 81,8%	74,1 - 80,1%	71,9 - 78,3%	69,8 - 76,3%	67,3 - 74,3%	64,8 - 72,1%	62,3 - 69,9%	59,7 - 67,5%	57 - 65%	54,3 - 62,5%	51,5 - 59,9%	48,8 - 57,2%	46 - 54,5%	43,3 - 51,8%	40,6 - 49%	38 - 46,3%	35,5 - 43,6%	
50mm	85,4%	82,2%	80,9%	78,5%	76,0%	73,5%	71,0%	68,5%	65,9%	63,3%	60,7%	58,1%	55,5%	52,9%	50,3%	47,7%	45,1%	42,5%	40,0%	37,5%	35,0%	

❖ Phân tích mối liên hệ giữa TMNM và yếu tố liên quan đến sinh thiết (kích thước u, độ sâu u, số lần đâm kim):

Phân tích hồi quy đơn biến: Khảo sát các yếu tố độ sâu tổn thương, kích thước của tổn thương và số lần đâm kim sinh thiết với khả năng xảy ra TKMP cho kết quả sau: Độ sâu của tổn thương, kích thước tổn thương và số lần đâm kim đều là các yếu tố nguy cơ độc lập gây ra TMNM khi thực hiện sinh thiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả M. Anzidei. Tác giả cũng đã phát triển một mô hình dự đoán TMNM dựa trên các yếu tố nguy cơ được

xác định trong mẫu nghiên cứu, trong đó yếu tố nguy cơ tối thiểu của TMNM mỗi khi tiến hành sinh thiết là 20%, độ sâu của tổn thương tăng thêm 1 mm, khả năng TMNM tăng thêm 0,8%. Tuổi bệnh nhân tăng lên 1 năm thì khả năng TMNM tăng 0,25%, và ranh liên thùy không rõ thì TMNM là 15%⁴.

Sử dụng mô hình hồi quy đa biến gồm các yếu tố: Độ sâu tổn thương – Kích thước tổn thương – Số lần đâm kim, chúng tôi xây dựng được mô hình tương lượng TMNM với các yếu tố này (độ chính xác của mô hình là 85,1%)

$$e^{-1,859 + 1,668 \times \text{Số lần đâm kim} + 0,102 \times \text{Độ sâu} - 0,141 \times \text{Kích thước}}$$

$$\text{Khả năng TMNM (\%)} = p = 1 + e^{-1,859 + 1,668 \times \text{Số lần đâm kim} + 0,102 \times \text{Độ sâu} - 0,141 \times \text{Kích thước}}$$

Bảng tiên lượng nguy cơ xảy ra Tụ máu nhu mô sau sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp																					
Số lần đâm kim lấy mẫu: 2 lần																					
Kích thước (mm)	10	12,5	15	17,5	20	22,5	25	27,5	30	32,5	35	37,5	40	42,5	45	47,5	50	52,5	55	57,5	60
Độ sâu																					
0 - 4 mm	51,6 - 61,6%	41,9 - 53%	34 - 44,2%	26,8 - 35,8%	20,5 - 28,1%	15,4 - 21,6%	11,4 - 16,2%	8,3 - 11,9%	5,9 - 8,7%	4,2 - 6,3%	3 - 4,3%	2,1 - 3,2%	1,5 - 2,2%	1 - 1,6%	0,7 - 1,1%	0,5 - 0,8%	0,3 - 0,5%	0,2 - 0,3%	0,1 - 0,2%	0,1 - 0,1%	0 - 0,1%
5 - 9 mm	44 - 72,3%	55,5 - 65,3%	46,8 - 56,9%	38,2 - 48,1%	30,3 - 39,5%	23,4 - 31,4%	17,6 - 24,4%	13,1 - 18,5%	9,5 - 13,7%	6,9 - 10%	4,9 - 7,3%	3,5 - 5,2%	2,5 - 3,7%	1,7 - 2,6%	1,2 - 1,8%	0,8 - 1,3%	0,6 - 0,9%	0,4 - 0,6%	0,3 - 0,4%	0,2 - 0,3%	0,1 - 0,2%
10 - 14mm	34,7 - 73,8%	61,3 - 73,8%	59,4 - 68,7%	50,7 - 60,7%	41,9 - 52,1%	33,7 - 43,3%	26,3 - 34,9%	20 - 27,4%	15 - 20,9%	11 - 15,7%	8 - 11,6%	5,7 - 8,4%	4,1 - 6%	2,9 - 4,3%	2 - 3,1%	1,4 - 2,2%	1 - 1,5%	0,7 - 1,1%	0,5 - 0,7%	0,3 - 0,5%	0,2 - 0,3%
15 - 19mm	31,1 - 83,1%	77,6 - 83,9%	70,9 - 78,3%	63,1 - 72%	54,6 - 64,4%	45,8 - 56%	37,3 - 47,2%	29,5 - 38,6%	22,7 - 30,6%	17,1 - 23,7%	12,6 - 17,9%	9,2 - 13,3%	6,7 - 9,7%	4,8 - 7%	3,4 - 5%	2,4 - 3,6%	1,7 - 2,5%	1,2 - 1,8%	0,8 - 1,2%	0,6 - 0,9%	0,4 - 0,6%
20 - 24mm	39,1 - 82,5%	85,2 - 89,6%	80,2 - 83,9%	74 - 81,1%	66,7 - 81,1%	58,3 - 67,9%	49,8 - 59,8%	41 - 51,1%	32,8 - 42,4%	25,6 - 34,1%	19,4 - 26,6%	14,5 - 20,3%	10,6 - 15,2%	7,7 - 11,2%	5,5 - 8,1%	3,9 - 5,8%	2,8 - 4,2%	2 - 2,9%	1,4 - 2,1%	1 - 1,5%	0,7 - 1%
25 - 29mm	33,1 - 83,3%	90,3 - 93,5%	87,1 - 91%	82,6 - 87,7%	76,9 - 83,4%	70,1 - 77,9%	62,2 - 71,3%	53,7 - 63,5%	44,9 - 55,1%	36,4 - 46,3%	28,7 - 37,7%	22 - 29,8%	16,6 - 23%	12,2 - 17,4%	8,9 - 12,8%	6,4 - 9,4%	4,6 - 6,8%	3,3 - 4,8%	2,3 - 3,4%	1,6 - 2,4%	1,1 - 1,7%
30 - 34mm	35,7 - 97,1%	94,1 - 98%	91,8 - 94,4%	88,7 - 92,2%	84,7 - 89,3%	79,6 - 85,3%	73,3 - 80,3%	65,9 - 74,4%	57,6 - 67,1%	48,8 - 58,9%	40,1 - 50,2%	32 - 41,5%	24,9 - 33,2%	18,9 - 25,9%	14 - 19,7%	10,3 - 14,7%	7,4 - 10,8%	5,3 - 7,8%	3,8 - 5,6%	2,7 - 4%	1,9 - 2,8%
35 - 39mm	37,4 - 98,2%	96,3 - 97,5%	94,9 - 96,5%	92,9 - 95,2%	90,2 - 93,3%	86,6 - 90,7%	82 - 87,3%	76,3 - 82,8%	69,3 - 77,2%	61,8 - 70,3%	52,7 - 62,7%	44 - 54,1%	35,5 - 45,3%	27,9 - 36,8%	21,4 - 29,1%	16,1 - 22,4%	11,8 - 16,8%	8,6 - 12,4%	6,2 - 9,1%	4,4 - 6,5%	3,1 - 4,7%
40 - 44mm	38,4 - 98,9%	97,8 - 98,5%	96,8 - 97,5%	95,6 - 97%	93,9 - 95,8%	91,3 - 94,2%	88,4 - 91,9%	84,2 - 88,9%	79 - 83%	72,8 - 79,9%	65 - 73,6%	56,6 - 66,3%	47,9 - 58%	39,2 - 49,3%	31,2 - 40,6%	24,2 - 32,4%	18,3 - 25,2%	13,6 - 19,1%	9,9 - 14,3%	7,2 - 10,5%	5,2 - 7,6%
45 - 49mm	39 - 99,3%	98,6 - 99,1%	98,1 - 98,7%	97,3 - 98,2%	96,2 - 97,4%	94,7 - 96,4%	92,7 - 93%	89,9 - 90,4%	86,2 - 90,4%	81,3 - 86,9%	75,6 - 82,3%	68,1 - 76,6%	60,3 - 69,7%	51,8 - 61,8%	43 - 53,2%	34,7 - 44,4%	27,2 - 36%	20,8 - 28,3%	15,6 - 21,7%	11,5 - 16,3%	8,3 - 12%
50mm	39,4% - 99,4%	99,2% - 99,3%	98,9% - 98,4%	98,4% - 97,7%	97,7% - 96,8%	96,8% - 95,3%	95,3% - 93,7%	93,7% - 91,3%	91,3% - 88,0%	88,0% - 83,8%	83,8% - 78,4%	78,4% - 71,8%	71,8% - 64,2%	64,2% - 55,8%	55,8% - 47,0%	47,0% - 38,4%	38,4% - 30,3%	30,3% - 23,5%	23,5% - 17,8%	17,8% - 13,2%	13,2% - 10,6%

❖ Bàn luận về mô hình dự đoán tiên lượng khả năng tai biến, biến chứng của sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn chụp điện toán cắt lớp

Mô hình tiên lượng khả năng xảy ra TKMP và TMNM sau sinh thiết có nhiều ứng dụng quan trọng trong lĩnh vực y học và nghiên cứu sinh thiết.

Lợi ích cho bệnh nhân: Mô hình tiên lượng giúp bác sĩ tư vấn chính xác về nguy cơ biến chứng sau sinh thiết, giảm rủi ro và chi phí điều trị, đồng thời nâng cao hiệu quả chăm sóc. Dự đoán và phòng ngừa: Mô hình cung cấp công cụ để bác sĩ đánh giá nguy cơ biến chứng như tràn khí màng phổi (TKMP), tụ máu nhu mô (TMNM), giúp đưa ra quyết định can thiệp an toàn và kịp thời. Tối ưu hóa quy trình: Điều chỉnh yếu tố nguy cơ như chiều dài kim và số lần đâm kim giúp giảm tai biến trong quá trình sinh thiết. Hỗ

trợ đào tạo: Mô hình cung cấp dữ liệu khoa học giúp đào tạo kỹ thuật sinh thiết an toàn, giảm biến chứng và nâng cao chất lượng thực hành y tế. Nghiên cứu phát triển: Mô hình cung cấp dữ liệu đo lường được, hỗ trợ cho các nghiên cứu tiếp theo và cải thiện dịch vụ y tế.

IV. KẾT LUẬN

Sinh thiết u phổi xuyên thành ngực dưới hướng dẫn ĐTCL: an toàn, biến chứng thấp, không ghi nhận tỉ lệ vong, không biến chứng nặng. Tỉ lệ TKMP sau sinh thiết: 29,7%. Can thiệp đặt DLMP: 2,1%. Tỉ lệ TMNM sau sinh thiết: 46,1%. Ho ra máu: 7,8%. Biến chứng sớm: 18,4%. Đề xuất ứng dụng mô hình dự đoán nguy cơ tai biến và biến chứng sau sinh thiết dựa trên các yếu tố nguy cơ vào lâm sàng với khả năng dự đoán đúng 79,4% và 85,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đồng Đức Hưng.** Nghiên cứu phương pháp sinh thiết xuyên thành ngực trong chẩn đoán tổn thương phổi. Luận án Tiến sĩ Y học. 2014;
2. **Yoon SH, Park CM, Lee KH, et al.** Analysis of Complications of Percutaneous Transthoracic Needle Biopsy Using CT-Guidance Modalities In a Multicenter Cohort of 10568 Biopsies. Korean journal of radiology. Feb 2019;20(2):323-331. doi:10.3348/kjr.2018.0064
3. **Yildirim E, Kirbas I, Harman A, et al.** CT-guided cutting needle lung biopsy using modified coaxial technique: factors effecting risk of complications. European journal of radiology. Apr 2009;70(1):57-60. doi:10.1016/j.ejrad.2008.01.006
4. **Anzidei M, Sacconi B, Fraioli F, et al.** Development of a prediction model and risk score for procedure-related complications in patients undergoing percutaneous computed tomography-guided lung biopsy. European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery. Jul 2015;48(1):e1-6. doi:10.1093/ejcts/ezv172
5. **Khan MF, Straub R, Moghaddam SR, et al.** Variables affecting the risk of pneumothorax and intrapulmonary hemorrhage in CT-guided transthoracic biopsy. European radiology. Jul 2008;18(7):1356-63. doi:10.1007/s00330-008-0893-1
6. **Wu CC, Maher MM, Shepard JA.** CT-guided percutaneous needle biopsy of the chest: preprocedural evaluation and technique. AJR American journal of roentgenology. May 2011;196(5):W511-4. doi:10.2214/ajr.10.4657
7. **Heerink WJ, de Bock GH, de Jonge GJ, Groen HJ, Vliegenthart R, Oudkerk M.** Complication rates of CT-guided transthoracic lung biopsy: meta-analysis. European radiology. Jan 2017;27(1):138-148. doi:10.1007/s00330-016-4357-8
8. **Đồng Đức Hưng, Nguyễn Hoài Nam, Nguyễn Văn Khôi.** Hiệu quả của việc lấy mẫu bằng sinh thiết xuyên thành ngực với hướng dẫn của chụp cắt lớp điện toán trong xác định bản chất nốt đơn độc của phổi. Y học TP HCM. 2012;16(2):108 – 113.

SO SÁNH KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT TRĨ BẰNG DAO SIÊU ÂM VÀ DAO ĐỐT ĐIỆN ĐƠN CỰC THEO PHƯƠNG PHÁP MILLIGAN MORGAN

Võ Minh Đạt², Vũ Ngọc Anh Tuấn¹, Phạm Thị Tuyết Minh²,
Nguyễn Duy Tuấn Kiệt², Dương Văn Hải^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mục tiêu của nghiên cứu nhằm so sánh kết quả sớm phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Milligan Morgan bằng dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu. Từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2023 chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan Morgan bằng dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực tại bệnh viện Bình Dân

Kết quả: Trong thời gian 14 tháng, có 120 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp Milligan Morgan bằng dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực trong mỗi nhóm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, nghề nghiệp, các đặc điểm lâm sàng trước mổ như hct, thời gian mắc bệnh, tiền sử điều trị, yếu tố thuận lợi và chẩn đoán giữa 2 nhóm. Thời gian phẫu thuật cắt trĩ bằng dao siêu âm ngắn hơn dao đốt điện đơn cực là $17,62 \pm 5,38$ phút và $26,25 \pm 6,29$ phút ($p < 0,05$), lượng máu mất ít hơn ở nhóm dùng dao siêu âm $10,95 \pm 6,93$ ml và $19,92 \pm 9,00$ ml, mức độ đau sau mổ nhiều hơn ở nhóm dao đốt điện đơn cực ($p < 0,05$). Không có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện giữa 2 nhóm sau mổ.

Kết luận: So sánh kết quả ban đầu giữa dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực trong cắt trĩ theo phương pháp Milligan-Morgan cho thấy dao siêu âm hiệu quả hơn, ít biến chứng và phù hợp trong điều trị bệnh trĩ tại Việt Nam.

Từ khóa: Dao siêu âm, harmonic, bệnh trĩ, phương pháp Milligan Morgan

SUMMARY

COMPARISON EARLY RESULTS OF MILLIGAN MORGAN HEMORRHOIDECTOMY USING ULTRASONIC SCALPEL AND MONOPOLAR ELECTROCAUTERY

Objective: The objective of the study is to compare the early results of Milligan Morgan hemorrhoidectomy surgery using ultrasound scalpel and monopolar electrocautery.

Subjects and Methods: Prospective cohort study. From August 2022 to October 2023, we performed hemorrhoidectomy surgery according to the Milligan Morgan method using an ultrasound scalpel and monopolar electrocautery at Binh Dan hospital.

Results: Over a period of 14 months, 120 patients underwent hemorrhoidectomy using the Milligan-Morgan method with ultrasonic scalpel and monopolar electrocautery in each group. There were no statistically significant differences between the two groups in terms of age, gender, occupation, preoperative clinical characteristics such as hematocrit (Hct), disease duration,

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Võ Minh Đạt

SĐT: 0981057698

Email: minhdat782002@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

treatment history, predisposing factors, and diagnosis. The operative time for hemorrhoidectomy was shorter with the ultrasonic scalpel ($17,62 \pm 5,38$ minutes) compared to monopolar electrocautery ($26,25 \pm 6,29$ minutes, $p < 0,05$). Blood loss was also significantly lower in the ultrasonic scalpel group ($10,95 \pm 6,93$ mL vs. $19,92 \pm 9,00$ mL, $p < 0,05$). Postoperative pain was greater in the monopolar electrocautery group ($p < 0,05$). There were no statistically significant differences between the two groups in terms of postoperative complications and hospital stay duration.

Conclusion: A comparison of the initial outcomes between ultrasonic scalpel and monopolar electrocautery in Milligan-Morgan hemorrhoidectomy shows that the ultrasonic scalpel is more effective, has fewer complications, and is suitable for the treatment of hemorrhoids in Vietnam.

Keywords: Ultrasonic scalpel, harmonic, hemorrhoids, Milligan Morgan method

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mạch máu trĩ là những cấu trúc bình thường ở ống hậu môn. Bệnh trĩ tuy không đe dọa tính mạng, nhưng gây khó chịu, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Trên thế giới, theo J.E Goligher (1984) hơn 50% số người ở độ tuổi trên 50 mắc bệnh trĩ, nghiên cứu của J.Denis (1991) công bố tỷ lệ mắc bệnh trĩ từ 25- 42%¹. Hằng năm, tỉ lệ bệnh nhân đến khám về bệnh trĩ tại Hoa Kỳ là 1.117/100.000 dân và Anh Quốc là 1.123/100.000 dân².

Tại Việt Nam, theo nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Nhâm (1999) ghi nhận bệnh trĩ chiếm tới 45 % dân số. Đinh Văn Lực (1987) ghi nhận bệnh trĩ chiếm tỷ lệ 85 % các bệnh lý ngoại khoa vùng hậu môn trực tràng. Hiện nay ở nước ta chưa thấy một

thống kê dịch tễ học nào trong cộng đồng với qui mô lớn cho tỉ lệ mắc bệnh trong dân số, mà chỉ có một số nhận xét trong lâm sàng tại các phòng khám đa khoa hay một số điều tra dịch tễ trong phạm vi một vùng nào đó thấy tỉ lệ mắc bệnh trĩ rất cao. Tại viện y học dân tộc TP.HCM tổng kết trong 20 năm (1978-1998) điều trị được 14.584 bệnh nhân trĩ, tại Bệnh viện y học dân tộc Đồng Tháp trong 14 năm con số này là 10.000 bệnh nhân.

Cắt trĩ theo phương pháp của Milligan và Morgan là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất. Cắt trĩ theo phương pháp của Milligan và Morgan hiệu quả để điều trị ở những bệnh nhân có búi trĩ lớn sa ra bên ngoài nhiều. Những bệnh nhân với trĩ thuyên tắc hoặc huyết khối cũng có thể điều trị bằng phương pháp này³.

Phẫu thuật điều trị trĩ theo Milligan Morgan thường có nhược điểm do mất một phần da niêm ống hậu môn nên sẽ gây đau, chậm hồi phục, thậm chí hẹp hậu môn sau mổ. Khi thực hiện phẫu thuật này bằng dao đốt điện đơn cực có thể làm tăng tổn thương mô nhiều hơn do nhiệt độ cao, tính lan tỏa của dao đốt điện đơn cực, vì thế việc sử dụng dao siêu âm với ưu điểm cầm máu tốt, nhiệt độ thấp, ít tổn thương mô, ít lan đến mô lân cận có khả năng khắc phục được các bất lợi của dao điện.

Vì những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: so sánh kết quả sớm phẫu thuật cắt trĩ phương pháp Milligan Morgan bằng dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 120 bệnh nhân bệnh trĩ độ III, IV, hỗn hợp (phân loại Goligher) được điều trị bằng phẫu thuật Milligan Morgan bằng dao siêu âm và dao

đốt điện đơn cực tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 08/2022 đến tháng 10 năm 2023.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, quan sát, so sánh 2 nhóm

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức kiểm định tỷ lệ trong 2 quần thể:

$$n_1 = n_2 \geq \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_2 - p_1)^2}$$

P1 là tỷ lệ biến chứng chung sau mổ cắt trĩ bằng dao siêu âm (8.06%), P2 là tỷ lệ biến chứng chung sau mổ cắt trĩ bằng dao đốt điện đơn cực (37.03%) theo nghiên cứu của Wagid và cộng sự năm 2017. Như vậy, số ca tối thiểu trong nhóm dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực là 30.

Chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu tuần tự, liên tục (consecutive sampling) được áp dụng trong nghiên cứu này. Trong đó, tất cả các bệnh nhân nhập viện thỏa mãn tiêu chí nhận vào và không có tiêu chí loại ra trong thời gian nghiên cứu đều được tuần tự tuyển vào nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu.

- Khi được nhận vào, bệnh nhân ngay lập tức được các phẫu thuật viên tư vấn phương pháp mổ ngẫu nhiên tùy vào điều kiện tài chính và sự lựa chọn của bệnh nhân.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
- Thể trạng tốt (ASA I hoặc II)
- Trĩ độ III hoặc độ IV, trĩ hỗn hợp (phân loại Goligher)

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trĩ tái phát sau mổ trĩ, trĩ có biến chứng
- Trĩ triệu chứng do mang thai, xơ gan, suy tim...
- Bệnh kèm theo như u vùng chậu, tiểu khung hay u trực tràng.
- Các bệnh lý và tổn thương vùng hậu môn: chít hẹp, rò hay áp xe hậu môn, tổn thương cơ thắt gây són hơi và phân...
- Những bệnh nhân có suy gan, suy thận cấp tính và mạn tính.
- Những bệnh nhân nhiễm HIV hay có rối loạn đông cầm máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2022 đến tháng 10/2023 có 120 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu

Nghiên cứu này là nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm bao gồm 120 bệnh nhân trĩ độ III, IV, trĩ hỗn hợp. Các bệnh nhân được chia thành hai nhóm: Nhóm I gồm 60 bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ bằng dao siêu âm và nhóm II gồm 60 bệnh nhân được sử dụng dao đốt điện đơn cực.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

	Dao siêu âm (N=60)	Dao đốt điện đơn cực (N=60)	P
Giới			
Nam	60%	48,3%	P = 0,2
Nữ	40%	51,7%	
Tuổi	45,7 $\pm$ 14,8 tuổi	45,2 $\pm$ 14,0 tuổi	P = 0,84
Nghề Nghiệp			P = 0,822
- Công nhân viên chức	31,67%	23,33%	
	26,67%	33,33%	
- Công nhân	13,33%	10,00%	

- Nông dân	10,00%	6,67%	
- Buôn bán	6,67%	8,33%	
- Nội trợ	3,33%	6,67%	
- Sinh viên	8,33%	11,67%	
- Tài xế			

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng trước mổ

	Dao siêu âm (N = 60)	Dao đốt điện đơn cực (N = 60)	P
Hct	41,30 ± 4,14 %	41,08 ± 5,34 %	P= 0,861
Thời gian mắc bệnh	9,20 ± 7,18 năm	9,27 ± 6,37 năm	P= 0,957
Yếu tố thuận lợi			P = 0,795
- Bón	56,66%	53,33%	
- Hen	3,33%	0%	
- Không	40,01%	46,67%	
Tiền sử			P = 0,642
- Uống thuốc	40,00%	50,00%	
- Chích xơ	3,33%	6,67%	
- Thắt thun	0%	0%	
- Phẫu thuật	6,67%	10%	
- Không	50,00%	33,33%	
Triệu chứng lúc nhập viện			P > 0,05
- Đau	41,67%	53,33%	
- Ngứa	21,66%	16,67%	
- Chảy máu	61,67%	55,00%	
- Sa búi trĩ	100%	100%	
- Chảy dịch	18,33%	23,33%	
Mức độ sa trĩ			P = 0,319
- Trĩ độ III	40%	30%	
- Trĩ độ IV	16,7%	23,33%	
- Trĩ hỗn hợp	43,3%	36,67%	
Số lượng búi trĩ			P = 0,85
- 1-2 búi	23,33%	26,67%	
- 3-4 búi	70,00%	63,33%	
- > 4 búi	6,67%	10%	

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật và sau phẫu thuật

	Dao siêu âm (N = 60)	Dao đốt điện đơn cực (N = 60)	P
Thời gian mổ	17,62 ± 5,38 phút	26,25 ± 6,29 phút	P < 0,05
Lượng máu mất	10,95 ± 6,93 ml	19,92 ± 9,00 ml	P < 0,05
Mức độ đau sau mổ ngày 1 (VAS1)	4,77 ± 1,31	5,63 ± 1,24	P < 0,05

Mức độ đau sau mổ ngày 7 (VAS7)	3,08 ± 0,98	4,40 ± 0,81	P < 0,05
Thời gian nằm viện	1,97 ± 1,80 ngày	1,55 ± 1,05 ngày	P = 0,125
Thời gian quay trở lại công việc	6,78 ± 1,55 ngày	10,82 ± 2,24 ngày	P < 0,05
Biến chứng sau mổ			
Chảy máu	1,67%	5,00%	P = 0,619
Bí tiểu	3,33%	8,33%	P = 0,439
Sa trĩ	0,00%	1,67%	P = 0,313
Hẹp hậu môn	3,33%	6,67%	P = 0,554

IV. BÀN LUẬN

Dao siêu âm được sử dụng để cầm máu và cắt đồng thời và lan truyền nhiệt tối thiểu ra xung quanh (<2 mm) và hạn chế đốt cháy mô góp phần làm giảm đau sau phẫu thuật, giảm nguy cơ nhiễm trùng và làm lành vết thương nhanh hơn. Hơn nữa, dao siêu âm làm mất máu trong phẫu thuật ít hơn và do đó làm giảm thời gian phẫu thuật⁴.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mối liên quan giữa loại phẫu thuật và thời gian phẫu thuật. Bệnh nhân ở nhóm I có thời gian phẫu thuật là 17,62 ± 5,38 phút ngắn hơn nhóm II là 26,25 ± 6,29 phút. Bên cạnh đó, lượng máu mất ở nhóm I cũng ít hơn so với nhóm II là 10,95 ± 6,93 ml và 19,92 ± 9,00 ml. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ravi và cộng sự⁵ (2017) đã chỉ ra rằng lượng máu mất trong quá trình thực hiện ở nhóm dùng dao siêu âm thấp hơn nhóm dùng dao đốt điện đơn cực (6,1ml so với 19,4 ml). Điều này có thể được giải thích bởi đặc tính cắt và cầm máu đồng thời của dao siêu âm ở nhiệt độ thấp, giúp giảm tổn thương mạch máu và hạn chế chảy máu trong quá trình phẫu thuật. Kết quả trên khẳng định ưu điểm vượt trội của dao siêu âm trong việc giảm thời gian phẫu thuật và lượng máu mất, góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và an toàn cho bệnh nhân.

Về mối liên quan giữa loại phẫu thuật và mức độ đau, nghiên cứu này ghi nhận có sự

khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Những bệnh nhân được phẫu thuật cắt trĩ bằng dao siêu âm có điểm đau thấp hơn nhóm còn lại ở ngày đầu tiên và ngày hậu phẫu thứ 7. Trong nghiên cứu của Ravi (2017) cũng đã cho thấy rằng điểm đau VAS vào ngày 1, 7 và 14 sau phẫu thuật ở nhóm dao siêu âm thấp hơn so với nhóm còn lại⁵. Dao siêu âm cắt và cầm máu đồng thời ở nhiệt độ thấp hơn dao đốt điện đơn cực, từ đó giảm tổn thương nhiệt đến các mô lân cận. Điều này giúp giảm viêm và đau sau phẫu thuật. Hơn nữa, dao siêu âm ít gây hiện tượng co rút và tổn thương thần kinh vùng quanh vết mổ, làm giảm cảm giác đau cho bệnh nhân trong giai đoạn hồi phục.

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh giữa 2 phương tiện thì thời gian quay trở lại công việc ở nhóm dao siêu âm ngắn hơn so với dao đốt điện đơn cực (p < 0,05), kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Armtrong (2001)⁶. Ngược lại, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện giữa 2 nhóm (p = 0,74). Về vấn đề chảy máu sau mổ trĩ, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm I có 1 bệnh nhân (3,33%) và nhóm II có 3 bệnh nhân (10%) bị chảy máu sau mổ trĩ, đã được điều trị bảo tồn bằng cách băng vết thương trong 24 giờ và tiêm một liều duy nhất 1g axit tranexamic, không có bệnh nhân nào phải phẫu thuật để cầm máu lại. Kết quả này cho thấy, tỷ lệ chảy máu sau mổ ở nhóm sử dụng dao siêu

âm thấp hơn nhóm dao đốt điện, cả hai phương pháp đều đảm bảo tính an toàn, khi các trường hợp chảy máu đều được kiểm soát bằng các biện pháp không xâm lấn. Sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu giữa hai nhóm có thể liên quan đến đặc điểm kỹ thuật của dao siêu âm, với khả năng cầm máu hiệu quả hơn nhờ nhiệt độ thấp và ít gây tổn thương mạch máu xung quanh.

Năm 2013, Bulus và cộng sự⁷ trong nghiên cứu của mình đã kết luận rằng cắt trĩ bằng dao siêu âm là an toàn và hiệu quả hơn, ít biến chứng hơn, gây mất máu ít hơn và ít đau sau phẫu thuật hơn so với kỹ thuật thông thường. Kết quả của họ rất có ý nghĩa đối với thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện trung bình và đau sau phẫu thuật ngày 1, 7, và 28. Các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, tiểu không tự chủ và hẹp hậu môn ít hơn ở nhóm dùng dao siêu âm nhưng không có ý nghĩa thống kê. Năm 2017, Talha và cộng sự⁸ cho thấy rằng cả hai dao siêu âm và ligasure tốt hơn so với dao đốt điện đơn cực trong cắt trĩ trong việc giảm bớt thời gian phẫu thuật, ít đau sau phẫu thuật và dùng thuốc giảm đau ít hơn trong ngày đầu tiên sau phẫu thuật ngoài ra còn giúp vết thương mau lành hơn. Các nghiên cứu này củng cố tính ưu việt của dao siêu âm trong phẫu thuật cắt trĩ, nhấn mạnh lợi ích trong việc cải thiện chất lượng điều trị và giảm thiểu rủi ro cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

So sánh kết quả ban đầu giữa dao siêu âm và dao đốt điện đơn cực dùng để cắt trĩ độ III, IV, hỗn hợp và trĩ vòng theo phương pháp Milligan- Morgan, chúng tôi nhận thấy kỹ thuật và phương tiện này thực hiện rất dễ dàng, hiệu quả cao và ít biến chứng hơn so với sử dụng dao đốt điện đơn cực. Với các ưu điểm nổi bật nêu trên của dao siêu âm, chúng tôi nhận thấy khi sử dụng dao siêu âm trong phẫu thuật cắt trĩ là rất khả thi và đóng

góp hữu hiệu trong điều trị bệnh trĩ tại Việt Nam

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hối ND.** Hậu môn trực tràng. NXB Y học. 2002;tr. 1- 106.
2. **Johanson JF, Sonnenberg A.** Temporal changes in the occurrence of hemorrhoids in the United States and England. *Diseases of the colon and rectum*. Jul 1991;34(7):585-91; discussion 591-3. doi:10.1007/bf02049899
3. **(eds.) Kea.** Surgical Treatment of Hemorrhoids. 2009.
4. **Devassy R, Hanif S, Krentel H, Verhoeven HC, la Roche LAT, De Wilde RL.** Laparoscopic ultrasonic dissectors: technology update by a review of literature. *Medical devices (Auckland, NZ)*. 2019;12:1-7. doi:10.2147/mder.S113262
5. **Ravi Kumar G.V. MBS, Vishal T., Navin, P.M KRMaP.** Harmonic scalpel compared with conventional open (Milligan-Morgan) method in surgical management of symptomatic haemorrhoids. *Int Surg J*. 2017;4: 2010-3
6. **Armstrong DN, Ambroze WL, Schertzer ME, Orangio GR.** Harmonic Scalpel vs. electrocautery hemorrhoidectomy: a prospective evaluation. *Diseases of the colon and rectum*. Apr 2001;44(4):558-64. doi:10.1007/bf02234329
7. **Bulus H, Tas A, Coskun A, Kucukazman M.** Evaluation of two hemorrhoidectomy techniques: harmonic scalpel and Ferguson's with electrocautery. *Asian J Surg*. Jan 2014;37(1): 20-3. doi:10.1016/j.asjsur.2013.04.002
8. **Talha A, Bessa S, Abdel Wahab M.** Ligasure, Harmonic Scalpel versus conventional diathermy in excisional haemorrhoidectomy: a randomized controlled trial. *ANZ journal of surgery*. Apr 2017;87(4):252-256. doi:10.1111/ans.12838

NHIỄM NẤM ĐƯỜNG TIẾT NIỆU: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Tiến Đạt¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh^{1,2}, Mai Việt Nhật Tân¹,
Diêm Đăng Khoa¹, Nguyễn Thế Tùng¹, Nguyễn Vương Bảo Anh¹,
Bùi Quan Thiên Phú¹, Nguyễn Tú Tài¹, Trần Thanh Nhân¹, Nguyễn Tế Kha¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Nhiễm nấm đường tiết niệu là vấn đề không thường gặp nhưng có nguy cơ diễn tiến nhiễm nấm huyết, thậm chí là tử vong. Việc chẩn đoán cũng tương đối phức tạp do bệnh cảnh lâm sàng đa dạng và nhầm lẫn với nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Chúng tôi báo cáo 2 ca lâm sàng nhiễm nấm đường tiết niệu và trình bày tổng quan y văn hiện tại về vấn đề này nhằm cung cấp thông tin cho bác sĩ tiết niệu trong việc đưa ra quyết định điều trị nấm đường tiết niệu trong thực hành lâm sàng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi báo cáo hồi cứu 2 trường hợp lâm sàng về nhiễm nấm đường tiết niệu. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhân nữ, 71 tuổi, đã được chẩn đoán bướu bàng quang xâm lấn cơ qua cắt đốt nội soi ngã niệu đạo, diễn tiến nhiễm nấm đường tiết niệu ở ngày hậu phẫu 3 sau cắt bàng quang tận gốc. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam, 24 tuổi, đã được chẩn đoán bí tiểu cấp – tổn thương thận cấp – bàng quang thần kinh giảm trương lực – chậm phát triển tâm thần – hội chứng cushing

do thuốc, bệnh nhân khởi phát nấm đường tiết niệu sau hậu phẫu can thiệp đường tiết niệu nhiều lần. Bên cạnh đó chúng tôi cũng tóm tắt những tổng quan y văn hiện tại về vấn đề nhiễm nấm đường tiết niệu.

Kết quả: Cả 2 trường hợp đều có bằng chứng nhiễm nấm đường tiết niệu qua soi cấy lắng nước tiểu và mẫu cấy nước tiểu. Đáp ứng lâm sàng và xét nghiệm đều tốt sau khởi trị với thuốc kháng nấm Fluconazole. Khởi trị với thuốc kháng nấm được đưa ra vào ngày hậu phẫu thứ 7 ở trường hợp 1 và ngày hậu phẫu thứ 5 ở trường hợp lâm sàng thứ 2.

Kết luận: Việc nhận diện sớm yếu tố nguy cơ nhiễm nấm đường tiết niệu, loại trừ khả năng ngoại nhiễm hoặc trú đóng của nấm trên đường tiết niệu cùng diễn tiến lâm sàng của bệnh nhân là những yếu tố then chốt trong chẩn đoán và đưa ra quyết định nấm đường tiết niệu.

Từ khóa: Nhiễm nấm đường tiết niệu, nhiễm Candida đường tiết niệu

SUMMARY

FUNGAL URINARY TRACT INFECTION: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Introduction and Objectives: Fungal urinary tract infection is uncommon but carry a risk of progression to fungemia, which can be life-threatening. Diagnosis is challenging due to diverse clinical presentations and frequent misdiagnosis as urinary tract infections. We report two clinical cases of fungal urinary tract

¹Khoa Phẫu thuật Ung Bướu Tiết niệu – Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt
SĐT: 0333178538

Email: nguyentientatdyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

infection and provide a current literature review to assist urologists in clinical decision-making.

Subjects and Methods: We retrospectively reviewed two clinical cases of fungal urinary tract infection. The first case involved a 71-year-old female diagnosed with muscle-invasive bladder cancer via transurethral resection, who developed a fungal urinary tract infection on postoperative day 3 following radical cystectomy. The second case involved a 24-year-old male with a history of acute urinary retention – acute kidney injury – neurogenic hypotonic bladder – Intellectual disability – Cushing syndrome, who developed a fungal urinary tract infection after many urinary tract interventions. Additionally, we summarize current literature on fungal urinary tract infection.

Results: Both cases demonstrated evidence of fungal urinary tract infection confirmed by urine sediment examination and urine cultures. Clinical and laboratory responses were favorable following the initiation of antifungal treatment with fluconazole, starting on postoperative day 7 in the first case and postoperative day 5 in the second case.

Conclusions: Early identification of risk factors for fungal urinary tract infection, exclusion of external contamination or colonization, and careful consideration of the clinical progression are critical for accurate diagnosis and management of fungal urinary tract infection.

Keywords: Fungal urinary tract infection, Candiduria

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn đường tiết niệu là một trong những bệnh lý tiết niệu thường gặp nhất và được xem là gánh nặng toàn cầu, không chỉ bởi gia tăng chi phí chăm sóc y tế mà còn bởi tỷ lệ tử vong cao do diễn tiến

nhiễm khuẩn huyết và choáng nhiễm khuẩn. Trong phần lớn các trường hợp, tác nhân gây bệnh là vi khuẩn. Tuy nhiên, việc hiện diện tác nhân nấm trong mẫu cấy nước tiểu cũng không phải quá hiếm gặp, đặc biệt ở những đối tượng có nguy cơ nhiễm nấm đường tiết niệu gây khó khăn trong đánh giá bệnh nhân.

Nhiễm nấm đường tiết niệu có biểu hiện lâm sàng cũng rất thay đổi từ không triệu chứng đến tình trạng nhiễm nấm huyết, thậm chí là tử vong¹. Chính vì vậy, việc hiểu rõ yếu tố nguy cơ để nghĩ đến khả năng nhiễm nấm đường tiết niệu và chỉ định kháng nấm ở thời điểm phù hợp cũng đóng vai trò quan trọng quyết định hiệu quả điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu nói chung và nhiễm nấm đường tiết niệu nói riêng².

Vấn đề chẩn đoán sớm nhiễm nấm đường tiết niệu cũng còn nhiều thách thức. Sự hiện diện của tác nhân nấm trong mẫu cấy nước tiểu không đồng nghĩa với nhiễm nấm đường tiết niệu, đây cũng có thể là kết quả ngoại nhiễm (contamination) hoặc chỉ là sự trú đóng (colonization) của vi nấm trên đường tiết niệu. Bên cạnh đó bệnh cảnh đa dạng cùng với biểu hiện lâm sàng không có sự khác biệt với tác nhân vi khuẩn thông thường cũng làm vấn đề chẩn đoán nấm đường tiết niệu trở nên phức tạp. Mục tiêu của bài viết là báo cáo 2 ca lâm sàng về nhiễm nấm đường tiết niệu, đồng thời trình bày tổng quan y văn quan trọng về nhiễm nấm đường tiết niệu.

II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP VÀ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện báo cáo hồi cứu 2 ca lâm sàng tại khoa Phẫu thuật Ung bướu tiết niệu – Bệnh viện Bình Dân. Đồng thời cũng tra cứu lại y văn nhằm trình bày lại những

tổng quan quan trọng về mặt chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm đường tiết niệu

2.1. Ca lâm sàng số 1

Bệnh nhân nữ, 71 tuổi, nhập viện vì tiểu máu tái phát nhiều đợt. Bệnh nhân đã được cắt đốt nội soi bướu bàng quang ghi nhận rất nhiều bướu 1-3 cm, rải rác khắp lòng bàng quang, xâm lấn cổ bàng quang, kết quả giải phẫu bệnh lý ghi nhận u nhú niệu mạc tiềm năng ác tính thấp. Kết quả chụp CT hệ niệu có cản quang ghi nhận nhiều bướu thành sau bàng quang 1-3 cm, thâm nhiễm mỡ xung quanh. Sau thảo luận, bệnh nhân và người nhà quyết định chọn lựa phương pháp điều trị: cắt bàng quang tận gốc và chuyển lưu nước tiểu ống hồi tràng kiểu Bricker. Về tiền căn bệnh lý nội khoa, bệnh nhân đang điều trị tăng huyết áp khoảng 20 năm nay, kiểm soát huyết áp ổn định, cường giáp – đa nhân 2 thùy tuyến giáp đang điều trị. Lần nhập viện này bệnh nhân còn tiểu máu hồng nhạt, có lẫn ít máu cục, đau tức nhẹ hạ vị khi đi tiểu, không sốt.

Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước phẫu thuật ghi nhận bạch cầu niệu (+), hồng cầu niệu (+++), nitrite niệu (-). Tổng phân tích tế bào máu với bạch cầu máu (WBC) 13,41 k/uL, các xét nghiệm chức năng gan, thận, X-quang tim phổi, siêu âm tim, chức năng tuyến giáp và đông máu đều trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được khởi động kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu với ceftriaxone 1g 1 lọ x 2/ngày 3 ngày trước phẫu thuật, cấy nước tiểu và làm kháng sinh đồ trước sử dụng kháng sinh.

Bệnh nhân được mổ mở cắt bàng quang tận gốc và chuyển lưu nước tiểu ống hồi tràng kiểu Bricker với diễn tiến cuộc mổ thuận lợi. Kết quả giải phẫu bệnh lý Carcinoma tế bào chuyển tiếp, độ ác thấp, biệt hóa vừa xâm lấn lớp cơ, hạch (-), diện

cắt cổ bàng quang và 2 môm niệu quản (-). Diễn tiến 2 ngày hậu phẫu đầu thuận lợi.

Ngày hậu phẫu 3 bệnh nhân sốt nhẹ 38-38,5 độ C 2-3 cơn/ngày. Kết quả cấy nước tiểu trước phẫu thuật trả về ghi nhận *Escherichia coli* ESBL (+) nhạy Piperacillin/tazobactam, Ertapenem, Imipenem, Meronem, Amikacin, WBC 21,87 k/uL, Neutrophil 83.9%. Bệnh nhân được nâng bậc kháng sinh theo kháng sinh đồ phối hợp Piperacillin/tazobactam và Amikacin, tiếp cận và xử lý như tình trạng nhiễm khuẩn huyết. Ống dẫn lưu ra ít dịch, Bricker hoạt động tốt, siêu âm bụng tổng quát không ghi nhận tình trạng tụ dịch, các ống thông niệu quản đều đúng vị trí, vết mổ lành tốt và bệnh nhân xì hơi được. Bệnh nhân được cấy mẫu máu 2 vị trí, cấy lại nước tiểu. Xét nghiệm lactate máu và procalcitonin máu lần lượt là 1,2 mmol/L và 0,35 ng/ml.

Ngày hậu 4-5, bệnh nhân có giảm sốt, còn sốt 1-2 cử 38 độ/ngày về chiều tuy nhiên xét nghiệm WBC máu còn cao dao động 20-22 k/uL. Ống dẫn lưu được rút ở ngày hậu phẫu 6. Bệnh nhân được nâng bậc kháng sinh Meropenem phối hợp Amikacin và Metronidazole. Tuy nhiên đáp ứng cải thiện không đáng kể. Ngày hậu phẫu 7, kết quả cấy máu và cấy nước tiểu đều ra nấm men, soi cặn lắng nước tiểu cũng ghi nhận nhiều tế bào nấm (19,5 TB nấm/uL), vi khuẩn 105,1 vi khuẩn/uL (ngưỡng bình thường < 1200/uL). Bệnh nhân được khởi động kháng nấm với Fluconazole 200mg/ngày. Bệnh nhân cắt sốt, kết quả WBC bình thường sau 3 ngày sử dụng Fluconazole. Bệnh nhân được xuất viện ở ngày hậu phẫu 14 và duy trì đủ 14 ngày sử dụng Fluconazole.

2. Ca lâm sàng số 2

Bệnh nhân nam, 24 tuổi, nhập viện vì bí tiểu cấp và phù toàn thân. Bệnh nhân tiểu khó tăng dần khoảng 3 năm nay. Cách nhập viện 1 tuần bệnh nhân xuất hiện phù mắt và 2 chi dưới tăng dần, phù mềm, ấn lõm, không đau kèm tiểu khó tăng dần, sau đó bí tiểu. Bệnh nhân nhập viện tuyến tỉnh được chẩn đoán suy thận cấp – hẹp niệu quản – thận ứ nước 2 bên, đặt thông niệu đạo ra nước tiểu khoảng 2500ml. Tại bệnh viện bình dân, tình trạng phù giảm dần, lượng nước tiểu qua thông niệu đạo mỗi ngày 2500 – 4000 ml, creatinine máu cải thiện từ 368 $\mu\text{mol/L}$ sang 170 $\mu\text{mol/L}$, tổng phân tích tế bào máu với WBC 14,5 k/uL, Neutrophil 78%, tổng phân tích nước tiểu ghi nhận bạch cầu niệu (+++), hồng cầu niệu (+++), nitrite niệu (-). Kết quả siêu âm bụng cho thấy 2 thận ứ nước độ III-IV, niệu quản dẫn tới đoạn gần nội thành bàng quang, thành bàng quang dày #13mm. Về tiền căn bệnh lý bệnh nhân béo phì độ II, BMI..., chậm phát triển tâm thần vận động, bệnh nhân thường xuyên đau các khớp cổ chân và khớp gối, sử dụng thuốc giảm đau, thuốc nam không rõ loại. Bệnh nhân được chẩn đoán Suy thận cấp – bí tiểu – theo dõi bàng quang thần kinh – nhiễm khuẩn đường tiết niệu – hội chứng Cushing do thuốc – viêm khớp cấp – Chậm phát triển – Béo phì độ II; được sử dụng kháng sinh điều trị Piperacillin/tazobactam chỉnh liều theo chức năng thận, cấy nước tiểu – làm kháng sinh đồ, theo dõi chức năng thận và điện giải. Sau một tuần điều trị, bệnh nhân giảm phù, nước tiểu qua thông niệu đạo 1500 – 2000ml/ngày, giảm đau các khớp, creatinine máu dao động 160-170 $\mu\text{mol/L}$, kết quả cấy nước tiểu âm tính, bilan lao đường tiết niệu (-). Bệnh nhân được tiến hành soi bàng quang đánh giá ghi nhận thành bàng quang nhiều cột hõm, chống

đổi độ III và kết quả áp lực đồ bàng quang ghi nhận bàng quang dung tích bình thường, độ dẫn nở kém, cơ detrusor co bóp kém ổn định, sức co bóp yếu. Sau tư vấn và thảo luận về các giải pháp mở rộng bàng quang bằng ruột, đặt thông tiểu sạch ngắt quãng và mở bàng quang ra da, người nhà bệnh nhân chọn lựa mở bàng quang ra da do tình trạng chậm phát triển và vấn đề về chăm sóc. Bệnh nhân được mở bàng quang ra da bằng trocar dưới hướng dẫn siêu âm, tuy nhiên có biến chứng chảy máu, được tiến hành can thiệp lại cầm máu kèm lấy máu cục. Sau can thiệp tình trạng vết mổ khó lành, nhiễm trùng và rò nước tiểu thành bụng, bệnh nhân tiếp tục được mở 2 thận ra da. Hậu phẫu sau 2 tuần, tình trạng vết mổ lành tốt, thông bàng quang ra da hoạt động tốt.

Tái khám sau 4 tuần, bệnh nhân được nhập viện để theo dõi rút thông thận và thay thông bàng quang ra da. Các xét nghiệm đánh giá chức năng thận cho thấy hồi phục tốt, creatinine máu 110 $\mu\text{mol/L}$. Siêu âm bụng ghi nhận 2 thận ứ nước độ II. Vết mổ thành bụng lành tốt, kẹp thông thận 2 bên cho thấy thông bàng quang ra da hoạt động tốt, không rò nước tiểu thành bụng, không sốt. Bệnh nhân được rút thông thận 2 bên. Sau đó bệnh nhân xuất hiện sốt 38-39 độ, bạch cầu máu 18 k/uL, Neutro 90%, TPTNT ghi nhận bạch cầu niệu (+++), nitrite niệu (-). Trong khi đó tình trạng thông bàng quang ra da hoạt động tốt, nước tiểu 1000-1500ml/ngày, siêu âm bụng ghi nhận thận 2 bên ứ nước độ II, không thay đổi đáng kể so với siêu âm trước đó. Bệnh nhân được khởi động kháng sinh điều trị Meronem 1g, cấy nước tiểu và cấy máu 2 vị trí. Sau 3 ngày sử dụng kháng sinh, tình trạng sốt có cải thiện còn 1 cử/ngày 38 độ C, WBC 14 k/uL, kết quả cấy nước tiểu ghi nhận Acinetobacter

baumannii đa kháng nhạy với meropenem. Ngày thứ 5 sau sử dụng kháng sinh, bệnh nhân vẫn còn sốt 1 cử ngày 38,5 độ C, xét nghiệm bạch cầu máu 14k/uL. Bệnh nhân được cấy nước tiểu lần 2 và soi cấy lắng nước tiểu. Kết quả cấy lắng cho thấy 182,9 tế bào nấm men/uL, tế bào vi khuẩn 308,5/uL. Bệnh nhân được tiếp tục sử dụng Meropenem 1g kết hợp kháng nấm Fluconazole 200mg/ngày. Tình trạng sốt sau đó cải thiện, bạch cầu máu về giới hạn bình thường, kết quả cấy nước tiểu lần 2 cho thấy nấm men. Bệnh nhân được xuất viện ngày thứ 10 sau sử dụng kháng sinh, tiếp tục chuyển kháng sinh đường uống và Fluconazole đủ 14 ngày.

III. TỔNG QUAN Y VẤN

3.1. Dịch tễ và yếu tố nguy cơ

Một số loại nấm Candida cư trú trong ống tiêu hóa, cơ quan sinh dục và da người bình thường. Nước tiểu hiếm khi nào có sự hiện diện của các loại nấm Candida spp, ngoại trừ một số đối tượng có yếu tố thuận lợi cho sự trú đóng hoặc xâm nhập của vi nấm vào biểu mô đường tiết niệu. Phân lập được tác nhân nấm trong mẫu nước tiểu thường gặp ở bệnh nhân nội trú hoặc nhiễm trùng bệnh viện hơn là những bệnh nhân ngoại trú. Những nghiên cứu chỉ ra rằng xuất độ phân lập được tác nhân nấm trong mẫu cấy nước tiểu sạch giữa dòng < 1% ở bệnh nhân ngoại trú và khoảng từ 5-10% ở bệnh nhân nội trú³. Trong một nghiên cứu lớn đa trung tâm từ châu Âu đánh giá nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến chăm sóc y tế, Candida species là tác nhân phân lập được phổ biến hàng thứ 3, chiếm tới 10% trong tất cả mẫu cấy nước tiểu dương tính, chỉ đứng sau tác nhân Escherichia coli và

Enterococcus species⁴. Trong nghiên cứu này, khoảng 1/3 số bệnh nhân UTIs có mẫu cấy nước tiểu dương tính và 1/32 bệnh nhân có mẫu cấy nước tiểu dương tính với Candida species⁴. Những dữ liệu cũng tương đồng với nhóm bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực (ICU) trong một nghiên cứu bổ sung tại Pháp cho thấy xuất độ Candida niệu là 27,4/1000⁵. Trong các tác nhân Candida species phân lập được, Candida albicans là tác nhân phổ biến nhất, chiếm 50-70% số trường hợp². Candida glabrata và Candida tropicalis đứng lần lượt hàng thứ 2 và 3, chiếm 10-35% tùy thuộc từng nghiên cứu và vị trí địa lý². Ngoài ra cũng có một số tác nhân Candida khác phân lập được như Candida parapsilosis, Candida krusei, Candida auris...

Một số yếu tố được chỉ ra là có liên quan đến nhiễm nấm đường tiết niệu. Một nghiên cứu đa trung tâm của Kauffman và cộng sự trên 861 bệnh nhân nhập viện nội trú nhiễm Candida niệu cho thấy dẫn lưu đường tiết niệu, đái tháo đường và bất thường giải phẫu đường tiết niệu hiện diện trong lần lượt 83%, 39% và 37%⁶. Một nghiên cứu đa trung tâm khác của tác giả Alvarez-Lerma và cộng sự ở Tây Ban Nha tại khoa ICU chỉ ra một số yếu tố nguy cơ độc lập của nhiễm Candida niệu bao gồm: lớn hơn 65 tuổi, giới nữ, đái tháo đường, sử dụng kháng sinh phổ rộng trước đó, thông khí cơ học, dinh dưỡng tĩnh mạch và thời gian nằm viện kéo dài⁷. Mặc dù số lượng nghiên cứu ít, yếu tố nguy cơ nhiễm Candida niệu ở đối tượng bệnh nhân ngoài cộng đồng cũng tương tự bệnh nhân nội trú: đái tháo đường, mang ống thông đường tiết niệu và sử dụng kháng sinh phổ rộng trước đó⁸. Các yếu tố nguy cơ được tổng hợp trong bảng 1.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ nhiễm nấm đường tiết niệu

• Lớn tuổi (>65 tuổi) • Giới nữ • Đái tháo đường • Sử dụng kháng sinh phổ rộng trước đó • Tắc nghẽn đường tiết niệu • Can thiệp thủ thuật/phẫu thuật đường tiết niệu • Mang ống thông đường tiết niệu • Nằm viện kéo dài, thông khí cơ học, dinh dưỡng tĩnh mạch

Tình trạng nhiễm nấm đường tiết niệu sẽ trở nên nguy hiểm nếu diễn tiến thành nhiễm nấm huyết. Tuy nhiên tình trạng này khá hiếm nếu không có tình trạng tắc nghẽn đường tiết niệu. Trong một nghiên cứu khảo sát tiến cứu của nhóm tác giả Kauffman và cộng sự, chỉ có khoảng 7/530 (1,3%) bệnh nhân nhiễm Candida niệu tiến triển nhiễm nấm huyết sau 10 tuần theo dõi⁹. Tương tự kết quả này, nghiên cứu của Bougnoux và cộng sự từ khoa ICU tại Pháp cho kết quả là 5/233 (2,1%) số trường hợp nhiễm Candida niệu tiến triển thành nhiễm nấm huyết với cùng tác nhân sau 2-15 ngày⁵. Tắc nghẽn đường tiết được cho là yếu tố quan trọng dẫn đến nhiễm nấm huyết nếu không được giải quyết.

3.2. Sinh bệnh học

Nhiễm nấm đường tiết niệu có thể xảy ra theo 2 con đường:

- Đường ngược dòng từ đường tiết niệu dưới
- Đường máu từ cơ quan khác tới.

Phần lớn các loại nấm Candida không có yếu tố bám dính tốt với niệu mạc. Vì vậy muốn xâm nhập và tấn công vào đường tiết niệu, nhiễm nấm đường tiết niệu đòi hỏi những bất thường thứ phát tạo điều kiện thuận lợi bám dính, phát triển và lan tràn: tắc nghẽn đường tiết niệu hoặc suy giảm hệ miễn dịch³. Những ống thông đường tiết niệu cũng là nơi bám dính và phát triển của nấm, đóng

vai trò quan trọng trong nhiễm nấm đường tiết niệu. Ngược dòng bàng quang – niệu quản hoặc tắc nghẽn đường tiết niệu trên cho phép sự lan tràn của nấm đến thận gây viêm thận-bể thận cấp do nấm³. Bên cạnh đó, vì nấm cũng có thể xâm nhập đến thận và hệ thống ống thận thông qua sự lan tràn theo đường máu từ nhiễm nấm cơ quan khác³.

3.3. Biểu hiện lâm sàng và chẩn đoán

3.3.1. Biểu hiện lâm sàng

Nhiễm nấm đường tiết niệu có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng: từ không có triệu chứng đến nhiễm nấm huyết, thậm chí là tử vong, May mắn trong đa số các trường hợp, nhiễm nấm huyết không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Chỉ có khoảng 2-10% số bệnh nhân có triệu chứng điển hình, tương tự như nhiễm khuẩn đường tiết niệu: tiểu gấp, tiểu nhiều lần, đau khi đi tiểu, đau sau xương mu, đau hông lưng¹⁰... Vì phần lớn không có triệu chứng và việc phát hiện nấm đường tiết niệu chủ yếu qua mẫu cấy nước tiểu nên việc quyết định có hay không điều trị kháng nấm thường gây bối rối cho bác sĩ lâm sàng.

3.3.2. Cận lâm sàng

Tổng phân tích nước tiểu

Sự có mặt của tiểu mủ (pyuria) trong tổng phân tích nước tiểu là dấu hiệu cho đáp ứng viêm của biểu mô đường tiết niệu. Tuy nhiên giá trị của nó thì không nhiều trong thực tế lâm sàng, do phần lớn bệnh nhân có mang ống thông đường tiết niệu, sau can

thiệt thủ thuật hoặc lớn tuổi... đều có thông số này dương tính. Do đó, giá trị thực sự của thông số bạch cầu trong tổng phân tích nước tiểu nằm ở giá trị tiên đoán âm, khi mẫu cấy nước tiểu dương tính với nấm nhưng thông số bạch cầu niệu âm tính, điều này cho thấy khả năng cao mẫu cấy nước tiểu bị ngoại nhiễm¹¹.

Nhiều nghiên cứu đánh giá nhằm tìm ra marker chẩn đoán hiệu quả cho nhiễm nấm đường tiết niệu. Trụ nấm trong mẫu cấy lắng nước tiểu có giá trị chẩn đoán cao cho viêm thận-bể thận cấp do nấm¹². Tuy nhiên xét nghiệm không phù hợp với chẩn đoán lâm sàng thực tế do thời gian và tiến trình làm xét nghiệm kéo dài¹².

Cấy nước tiểu

Tiêu chuẩn vàng của chẩn đoán nấm đường tiết niệu là cấy nước tiểu. Tuy nhiên, không có ngưỡng khúm nấm (fungal colony count) để phân biệt tình trạng nhiễm nấm đường tiết niệu thực sự hay ngoại nhiễm hoặc chỉ là sự trú đóng của nấm trên đường tiết niệu¹³. Trong điều kiện thực tế mẫu cấy nước tiểu có thể mất 48-72 giờ để phân lập được tác nhân. Để kết quả mẫu cấy được chính xác và tránh được tình trạng ngoại nhiễm hay trú đóng của nấm trên đường tiết niệu, nên thực hiện rút bỏ ống thông không cần thiết hoặc thay các ống thông đường tiết niệu nếu có thể trước khi thực hiện lấy nước tiểu.

Xét nghiệm hình ảnh học

Xét nghiệm hình ảnh học như siêu âm, CT hoặc MRI hệ niệu không phải là công cụ chẩn đoán xác định nhiễm nấm đường tiết niệu. Tuy nhiên các phương tiện hình ảnh học giúp cung cấp thông tin giải phẫu đường tiết niệu, những bất thường cấu trúc hoặc dị vật đường tiết niệu như sỏi, ống thông, ứ nước... hoặc biến chứng của tình trạng

nhiễm nấm đường tiết niệu. Trên siêu âm viêm thận bể thận cấp do nấm có thể biểu hiện bằng dày thành đài bể thận, mất ranh giới vỏ tủy và tăng sinh mạch máu trên phổ doppler. Đây là xét nghiệm đơn giản, dễ thực hiện và sẵn có ở nhiều trung tâm, không phơi nhiễm tia Xquang và có thể xem như đánh giá ban đầu.

3.4. Điều trị nấm đường tiết niệu

Hướng dẫn điều trị nhiễm nấm đường tiết niệu của hiệp hội bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA) được công bố và cập nhật mới nhất vào năm 2016. Hướng dẫn tập trung chủ yếu điều trị nhiễm Candida đường tiết niệu và phân nhóm điều trị dựa trên mức độ nặng và vị trí nhiễm nấm¹⁴.

3.4.1. Nhiễm Candida niệu không triệu chứng¹⁴:

Khuyến cáo chung của IDSA đối với nhiễm Candida niệu không triệu chứng là điều trị bảo tồn, tránh sử dụng kháng nấm ngoại trừ một số đối tượng đặc biệt bao gồm: bệnh nhân giảm bạch cầu hạt, trẻ nữ nhi với tiền căn sinh nhẹ cân dưới 1500 gram, bệnh nhân có kế hoạch can thiệp thủ thuật hoặc phẫu thuật trên đường tiết niệu¹⁴. Các đối tượng này có nguy cơ diễn tiến nhiễm nấm nặng, nhiễm nấm huyết. Do không khuyến cáo sử dụng thuốc kháng nấm, điều trị ở nhóm bệnh nhân này chủ yếu là loại bỏ hoặc ổn định yếu tố nguy cơ: thay hoặc rút bỏ ống thông đường tiết niệu nếu không cần thiết, kiểm soát tốt bệnh lý đái tháo đường ...

Trong một nghiên cứu trên bệnh nhân nhập viện có nhiễm Candida niệu, rút bỏ ống thông đường tiết niệu đơn thuần giải quyết được 35,3% số bệnh nhân nhiễm Candida niệu ngay sau đó, với thuốc kháng nấm con số này là 50,2% sau dùng thuốc. Tuy nhiên sau 1 vài tuần điều trị kháng nấm hoặc rút ống thông, tỷ lệ này là tương đồng⁹. Một thử

nghiệm lâm sàng khác giữa nhóm bệnh nhân sử dụng fluconazole 200 mg/ngày trong 2 tuần và nhóm không sử dụng kháng nấm, tỷ lệ thành công điều trị sau đó giữa 2 nhóm là không khác biệt¹⁵. Điều quan trọng là không có bệnh nhân nào ở cả 2 nhóm tiến triển thành viêm thận bể thận cấp hoặc nhiễm nấm huyết, tử vong¹⁵. Những bằng chứng này cho thấy không cần thiết phải sử dụng kháng nấm ở những bệnh nhân nhiễm nấm đường tiết niệu không triệu chứng

Đối với 3 nhóm bệnh nhân nguy cơ: giảm bạch cầu hạt, trẻ nhũ nhi sinh nhẹ cân (<1500 gram) và bệnh nhân có kế hoạch can thiệp thủ thuật/phẫu thuật trên đường tiết niệu, nguy cơ nhiễm nấm huyết tăng lên¹⁴. Cơ chế nhiễm Candida niệu ở những bệnh nhân giảm bạch cầu hạt hoặc nhũ nhi sinh nhẹ cân chủ yếu là lan tràn từ máu tới cơ quan tiết niệu, tuy nhiên do suy giảm miễn dịch, đáp ứng và biểu hiện triệu chứng không điển hình. Do đó 2 nhóm bệnh nhân này được khuyến cáo điều trị như tình trạng nhiễm Candida huyết dù không có triệu chứng (mức độ khuyến cáo mạnh, bằng chứng thấp)¹⁴. Đối với bệnh nhân nhiễm Candida niệu không triệu chứng, có kế hoạch can thiệp thủ thuật/phẫu thuật trên đường tiết niệu được khuyến cáo điều trị với Fluconazole 400 mg/ngày (khoảng 6 mg/kg/ngày) đường uống hoặc Amphotericin B deoxycholate 0,3-0,6 mg/kg/ngày 7 ngày trước và sau can thiệp thủ thuật/phẫu thuật (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp)¹⁴

3.4.2. Nhiễm Candida niệu có triệu chứng¹⁴:

Có một số nguyên tắc căn bản quan trọng trong điều trị nhiễm Candida đường tiết niệu có triệu chứng. Thuốc kháng nấm bên cạnh việc phải còn nhạy cảm với tác nhân, nồng độ thuốc đạt được trong nước tiểu để đảm

bảo hiệu quả điều trị cũng rất quan trọng³. *Candida albicans* là tác nhân thường gặp nhất và tương đối dễ điều trị vì còn nhạy cảm tốt với fluconazole. Fluconazole cũng đạt nồng độ rất tốt trong nước tiểu dù chỉ sử dụng đường uống. Ngược lại những tác nhân đề kháng fluconazole như *Candida glabrata* và *krusei* có thể khó điều trị hơn.

Fluconazole được xem là thuốc lựa chọn đầu tay cho nhiễm *Candida* đường tiết niệu. Hiệu quả được chứng minh trong một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, mù đôi trên bệnh nhân nhiễm *Candida* đường tiết niệu¹⁵. Một điều quan trọng cần lưu ý trong thử nghiệm lâm sàng này là chủ yếu bệnh nhân không triệu chứng hoặc có triệu chứng nhẹ của viêm bàng quang. Fluconazole có chế phẩm đường uống, được bài tiết vào nước tiểu dưới dạng hoạt động và dễ dàng đạt được nồng độ MIC để điều trị³.

Flucytosine có hiệu quả tốt với nhiều *Candida* species, ngoại trừ *Candida krusei*. Thuốc được bài tiết vào nước tiểu dưới dạng hoạt động³. Điều trị nhiễm nấm đường tiết niệu với Flucytosine bị hạn chế bởi độc tính thuốc và khả năng đề kháng nếu đơn trị.

AmB deoxycholate nhạy cảm với hầu hết *Candida* species (mặc dù một số trường hợp *Candida krusei* đề kháng) và đạt nồng độ tốt trong nước tiểu, thậm chí với liều thấp vẫn đạt được hiệu quả điều trị nhiễm *Candida* đường tiết niệu¹⁶. Nhược điểm chủ yếu của AmB deoxycholate là độc tính thuốc và chỉ có dạng truyền tĩnh mạch. Dạng thuốc lipid của AmB deoxycholate không đạt nồng độ tốt trong nước tiểu và nên tránh sử dụng để điều trị nhiễm *Candida* đường tiết niệu.

Tất cả những thuốc kháng nấm khác, bao gồm các loại thuốc nhóm azole khác và echinocandins được bài tiết vào nước tiểu ở dạng hoạt động với nồng độ rất thấp, nhìn

chung không có hiệu quả trong điều trị nhiễm nấm đường tiết niệu³. Tuy nhiên, một vài báo cáo bệnh nhân được sử dụng echinocandins vì đề kháng với fluconazole, cho thấy cả kết quả thành công lẫn thất bại¹⁷⁻²⁰. Những trường hợp nhiễm nấm khu trú tại thận hoặc lan tràn từ máu tới có thể được điều trị với echinocandins vì nồng độ thuốc trong mô đủ đạt hiệu quả điều trị dù trong nước tiểu thì không¹⁷.

Ròng rửa bàng quang với AmB deoxycholate điều trị hiệu quả 80-90 nhiễm Candida trong một vài thử nghiệm lâm sàng nhân mô, nhưng ở những thử nghiệm này tái phát nhiễm Candida sau một vài tuần rất cao²¹⁻²³. Cách làm này chỉ hiệu quả đối với nhiễm nấm ở bàng quang và nhìn chung không được khuyến cáo đặc biệt ở những bệnh nhân không có sẵn ống thông đường tiết niệu^{3,24,25}. Viêm bàng quang do Candida glabrata hoặc krusei có thể cân nhắc ròng rửa với amphotericin B và nội soi loại bỏ những sang thương tắc nghẽn³.

*Viêm bàng quang do Candida*¹⁴

Đối với Candida còn nhạy cảm với fluconazole, Fluconazole đường uống 200mg/ngày (3mg/kg/ngày) kéo dài 2 tuần được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng trung bình)

Đối với Candida glabrata kháng Fluconazole, AmB deoxycholate 0,3-0,6 mg/kg kéo dài 1-7 ngày hoặc flucytosine 25mg/kg 4 lần/ngày đường uống 7-10 ngày được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp).

Đối với Candida krusei, AmB deoxycholate 0,3-0,6 mg/kg mỗi ngày 1-7 ngày được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp).

Loại bỏ ống thông bàng quang nếu có thể được khuyến cáo mạnh

Ròng rửa bàng quang với AmB deoxycholate 50mg/L với nước vô khuẩn 1 lần/ngày trong vòng 5 ngày có thể hiệu quả trong trường hợp viêm bàng quang do Candida species đề kháng Fluconazole như Candida glabrata hoặc krusei (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).

Bảng 2: Tóm tắt điều trị viêm bàng quang do Candida có triệu chứng^{14,17,26-28}.

Thuốc	Tác nhân	Cơ chế thuốc	Liều sử dụng	Tác dụng phụ	Chống chỉ định	Chỉnh liều theo chức năng thận
Fluconazole	Tất cả các tác nhân Candida nhạy cảm với fluconazole	Ức chế sự tổng hợp ergosterol, tăng tính thấm màng tế bào nấm	Liều thường sử dụng 200 mg/ngày trong 2 tuần đường uống. 800mg/ngày đường uống với C. glabrata nhạy cảm	Triệu chứng đường tiêu hóa, độc gan, kéo dài QT, phản ứng dị ứng da, chóng mặt, động kinh	Tránh phối hợp thuốc khác gây kéo dài QT hoặc chuyển hóa qua men CYP3A4	Giảm 50% liều nếu độ lọc cầu thận dưới 50 mL/phút. Sử dụng liều đầy đủ kéo dài 3 tuần cho bệnh nhân chạy thận

AmB deoxycholate	C krusei hoặc C glabrata kháng fluconazole	Gắn với ergosterol làm tăng tính thấm màng tế bào nấm.	1-7 ngày với liều 0,3-0,6 mg/kg/ngày đường tính mạch +/- phổi hợp flucytosine cho C glabrata	Gắn với cholesterol màng tế bào gây độc tế bào, rối loạn điện giải, sốt, độc thận, ức chế tủy xương và giảm bạch cầu	Phản vệ hoặc phản ứng cấp tính khi truyền	Không cần chỉnh liều theo chức năng thận
Flucytosine	C glabrata hoặc krusei kháng fluconazole	Rối loạn tổng hợp DNA, RNA và protein tế bào nấm	25 mg/kg 4 lần/ngày trong 2 tuần	Triệu chứng đường tiêu hóa, ban dị ứng da, viêm gan, độc thận, ức chế tủy xương, hội chứng ruột viêm	Bệnh nhân giảm bạch cầu hạt hoặc bệnh lý gan	ĐLCT 21-40: 25mg/kg 2 lần/ngày. 10-20: 25mg/ngày <10: 25mg/kg mỗi 48 giờ Chạy thận: 25- 50 mg/kg mỗi 48-72 giờ sau chạy thận

Viêm thận – bể thận cấp do Candida¹⁴:

Đối với nhiễm Candida species nhạy cảm với Fluconazole, Fluconazole đường uống 200-400 mg/ngày (3-6mg/kg) trong vòng 2 tuần được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng yếu)

Đối với Candida glabrata đề kháng Fluconazole, AmB deoxycholate 0,3-0,6 mg/kg 1 lần/ngày 1-7 ngày được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng yếu). Đơn trị với Flucytosine 25mg/kg 4 lần/ngày trong vòng 2 tuần cũng có thể được cân nhắc (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp).

Đối với nhiễm Candida krusei, AmB deoxycholate 0,3-0,6 mg/kg 1 lần/ngày 1-7 ngày được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng yếu)

Loại bỏ tắc nghẽn đường tiết niệu nếu có được khuyến cáo mạnh. Đối với bệnh nhân

có ống thông thận ra da hoặc ống thông niệu quản, cân nhắc rút bỏ nếu không cần thiết hoặc thay thế ống thông mới (khuyến cáo yếu, mức độ bằng chứng thấp)

Can thiệp ngoại khoa đối với nhiễm nấm đường tiết niệu¹⁴:

U nấm đường tiết niệu là biến chứng không thường gặp của nhiễm nấm đường tiết niệu ngoại trừ ở đối tượng bệnh nhân sơ sinh. U nấm được hình thành ở hệ thống ống góp thường là biểu hiện lan tỏa của nhiễm Candida toàn thân²⁹. Ở người lớn, loại bỏ tắc nghẽn bằng nội soi tiết niệu hoặc phẫu thuật đóng vai trò quan trọng^{3,30,31}. Ở trẻ sơ sinh, một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả của thuốc kháng nấm đơn độc trong điều trị u nấm đường tiết niệu³², tuy nhiên việc can thiệp ngoại khoa vẫn là cần thiết^{33,34}. Có một số báo cáo về một số kỹ thuật để loại bỏ u

nấm tại bề thận bao gồm: nội soi niệu quản, tiếp cận qua da, truyền tác nhân Streptokinase tại chỗ, rửa bể thận bằng thuốc kháng nấm qua ống thông thận ra da³³⁻³⁵. U nấm ở bàng quang hoặc đường tiết niệu dưới có thể được loại bỏ bằng can thiệp qua nội soi tiết niệu³¹.

Điều trị u nấm đường tiết niệu (Fungal ball) gồm 3 nguyên tắc chính¹⁴:

- Can thiệp ngoại khoa loại bỏ u nấm đường tiết niệu được khuyến cáo ở người lớn (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp)

- Điều trị kháng nấm giống như viêm bàng quang hoặc viêm thận bể thận cấp được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp).

- Rửa qua ống thông thận (nếu có) với AmB deoxycholate 25-50 mg trong 200-500 ml nước vô khuẩn được khuyến cáo (khuyến cáo mạnh, mức độ bằng chứng thấp)

IV. BÀN LUẬN

Về mặt chẩn đoán: cả 2 ca lâm sàng đều có những yếu tố thuận lợi cho nhiễm nấm đường tiết niệu. Những yếu tố này trên ca lâm sàng thứ nhất bao gồm lớn tuổi (71 tuổi), can thiệp thủ thuật đường tiết niệu (nội soi bàng quang, cắt đốt nội soi bướu bàng quang và cắt bàng quang tận gốc), sử dụng kháng sinh phổ rộng kéo dài, mang ống thông đường tiết niệu (sau cắt bàng quang bệnh nhân có thông niệu quản 2 bên và ống thông ống chuyển lưu Bricker). Ở ca lâm sàng thứ 2 đó là những yếu tố: mang ống thông đường tiết niệu (thông niệu đạo bàng quang do bí tiểu, thông bàng quang ra da sau mổ bàng quang ra da), sử dụng kháng sinh phổ rộng kéo dài, cơ địa suy giảm miễn dịch do sử

dụng corticoid kéo dài, bất thường cấu trúc đường tiết niệu do bàng quang thần kinh giảm trương lực. Tuy nhiên vấn đề nhiễm nấm chưa được đặt ra cho tới khi có kết quả cấy nước tiểu và cấy máu phân lập được tác nhân nấm. Đây là một trong những khó khăn chẩn đoán trong thực tế lâm sàng, bệnh nhân xuất hiện sốt kèm kết quả tiểu mù (bạch cầu niệu trong nước tiểu) và sau can thiệp ngoại khoa đường tiết niệu. Chẩn đoán thường nghĩ đến là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (tác nhân vi khuẩn), diễn tiến nhiễm khuẩn huyết sau phẫu thuật. Điểm mấu chốt cho chẩn đoán nhiễm nấm ở cả 2 trường hợp là mặc dù đã điều trị với kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm phù hợp, đảm bảo các ống chuyển lưu và giải quyết bế tắc, tuy nhiên đáp ứng với điều trị kháng sinh chậm, trên những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ nhiễm nấm đường tiết niệu.

Phân lập tác nhân nấm từ mẫu cấy nước tiểu hoặc máu thường đòi hỏi 48-72 giờ tùy điều kiện vi sinh của từng cơ sở y tế. Trong những trường hợp này, soi cận lăng nước tiểu có thể cung cấp thông tin hữu ích về tác nhân trong thời gian ngắn. Cả 2 trường hợp có kết quả soi cận lăng nước tiểu đều cho thấy số lượng đáng kể tế bào nấm (19,5 và 182,5 TB nấm/uL). Mẫu cấy nước tiểu cho kết quả muộ hơn 2 ngày sau đó.

Về mặt điều trị: cả 2 trường hợp đều không chỉ nhiễm nấm đường tiết niệu đơn thuần mà có tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu những tác nhân bệnh viện và sinh men ESBL kèm theo. Điều này làm vấn đề điều trị trở lên khó khăn hơn. Đây có lẽ là bệnh cảnh thường gặp của nhiễm nấm đường tiết niệu hơn so với việc chỉ nhiễm nấm đơn

thuần. Điều này đòi hỏi phối hợp điều trị cả kháng sinh và kháng nấm. Việc khởi trị kháng nấm Fluconazole kết hợp kháng sinh ở cả 2 trường hợp đều cho kết quả đáp ứng tốt. Hướng dẫn điều trị nhiễm nấm đường tiết niệu có triệu chứng IDSA khuyến cáo sử dụng Fluconazole như chọn lựa đầu tay. Việc điều trị với Fluconazole cũng cần tiếp tục duy trì đủ 2 tuần.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm nấm đường tiết niệu là một vấn đề thường bị bỏ quên trong thực hành lâm sàng do thường không có triệu chứng hoặc nếu có thì trùng lặp với triệu chứng của nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào cấy nước tiểu, loại trừ các trường hợp ngoại nhiễm và trú đóng của nấm trên đường tiết niệu. Việc xác định những yếu tố nguy cơ trên từng đối tượng bệnh nhân, biểu hiện và đáp ứng lâm sàng đóng vai trò then chốt trong việc đưa ra quyết định sử dụng thuốc kháng nấm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stubbee RA, Orzel J, Tracy CR.** Best Practices in Treatment of Fungal Urinary Tract Infections. *Urol Clin North Am.* 2024 Nov;51(4): 483-492. doi: 10.1016/j.ucl.2024.06.006. Epub 2024 Aug 17. PMID: 39349016.
2. **Kauffman CA.** Diagnosis and management of fungal urinary tract infection. *Infect Dis Clin North Am.* 2014 Mar;28(1):61-74. doi: 10.1016/j.idc.2013.09.004. Epub 2013 Dec 8. PMID: 24484575.
3. **Fisher JF.** Candida urinary tract infections—epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment: executive summary. *Clin Infect Dis* 2011;52(Suppl 6): S429–32. <https://doi.org/10.1093/cid/cir108>.
4. **Bouza E, San Juan R, Muñoz P, et al.** A European perspective on nosocomial urinary tract infections I. Report on the microbiology workload, etiology and antimicrobial susceptibility (ESGNI-003 study). *European Study Group on Nosocomial Infections. Clin Microbiol Infect* 2001;7(10):523–31. <https://doi.org/10.1046/j.1198-743x.2001.00326.x>
5. **Bougnoux ME, Kac G, Aegerter P, et al.** Candidemia and candiduria in critically ill patients admitted to intensive care units in France: incidence, molecular diversity, management and outcome. *Intensive Care Med* 2008;34(2): 292–9. <https://doi.org/10.1007/s00134-007-0865-y>.
6. **Kauffman CA, Vazquez JA, Sobel JD, et al.** Prospective multicenter surveillance study of funguria in hospitalized patients. *Clin Infect Dis* 2000;30:14–8.
7. **Alvarez-Lerma F, Nolla-Salas J, Leon C, et al.** Candiduria in critically ill patients admitted to intensive care medical units. *Intensive Care Med* 2003;29:1069–76.
8. **Colodner R, Nuri Y, Chazan B, et al.** Community-acquired and hospital-acquired candiduria: comparison of prevalence and clinical characteristics. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2008;27:301–5.
9. **Kauffman CA, Vazquez JA, Sobel JD, et al.** Prospective multicenter surveillance study of funguria in hospitalized patients. *Clin Infect Dis* 2000;30:14–8.
10. **Storfer SP, Medoff G, Fraser VJ, et al.** Candiduria: Retrospective Review in

- Hospitalized Patients. *Infect Dis Clin Pract* 1994;3(1):23–9.
11. **Nicolle LE.** A practical guide to antimicrobial management of complicated urinary tract infection. *Drugs Aging* 2001;18(4): 243–54. [https://doi.org/ 10.2165/00002512-200118040-00002](https://doi.org/10.2165/00002512-200118040-00002)
12. **Kauffman CA, Fisher JF, Sobel JD, et al.** Candida urinary tract infections–diagnosis. *Clin Infect Dis* 2011;52(Suppl 6):S452–6. <https://doi.org/10.1093/cid/cir111>.
13. **Kauffman CA.** Candiduria. *Clin Infect Dis* 2005; 41(Supplement_6):S371–6. <https://doi.org/10.1086/430918>.
14. **Pappas PG, Kauffman CA, Andes DR, Clancy CJ, Marr KA, Ostrosky-Zeichner L, Reboli AC, Schuster MG, Vazquez JA, Walsh TJ, Zaoutis TE, Sobel JD.** Clinical Practice Guideline for the Management of Candidiasis: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2016 Feb 15;62(4):e1-50. doi: 10.1093/cid/civ933. Epub 2015 Dec 16. PMID: 26679628; PMCID: PMC4725385.
15. **Sobel JD, Kauffman CA, McKinsey D, et al.** Candiduria: A Randomized, Double-Blind Study of Treatment with Fluconazole and Placebo. *Clin Infect Dis* 2000;30(1):19–24. <https://doi.org/10.1086/313580>.
16. **Fisher JF, Woeltje K, Espinel-Ingroff A, Stanfield J, DiPiro JT.** Efficacy of a single intravenous dose of amphotericin B for Candida urinary tract infections: further favorable experience. *Clin Microbiol Infect* 2003; 9:1024–7.
17. **Sobel JD, Bradshaw SK, Lipka CJ, Kartsonis NA.** Caspofungin in the treatment of symptomatic candiduria. *Clin Infect Dis* 2007; 44:e46–9.
18. **Haruyama N, Masutani K, Tsuruya K, et al.** Candida glabrata fungemia in a diabetic patient with neurogenic bladder: successful treatment with micafungin. *Clin Nephrol* 2006; 66:214–7.
19. **Malani A.** Failure of caspofungin for treatment of Candida glabrata candiduria. Case report and review of the literature. *Infect Dis Clin Pract* 2010; 18:271–2.
20. **Schelenz S, Ross CN.** Limitations of caspofungin in the treatment of obstructive pyonephrosis due to Candida glabrata infection. *BMC Infect Dis* 2006; 6:126
21. **Jacobs LG, Skidmore EA, Cardoso LA, Ziv F.** Bladder irrigation with amphotericin B for treatment of fungal urinary tract infections. *Clin Infect Dis* 1994; 18:313–8.
22. **Leu HS, Huang CT.** Clearance of funguria with short-course antifungal regimens: a prospective, randomized, controlled study. *Clin Infect Dis* 1995; 20:1152–7.
23. **Jacobs LG, Skidmore EA, Freeman K, Lipschultz D, Fox N.** Oral fluconazole compared with bladder irrigation with amphotericin B for treatment of fungal urinary tract infections in elderly patients. *Clin Infect Dis* 1996; 22:30–5.
24. **Drew RH, Arthur RR, Perfect JR.** Is it time to abandon the use of amphotericin B bladder irrigation? *Clin Infect Dis* 2005; 40:1465–70.
25. **Tuon FF, Amato VS, Penteadó Filho SR.** Bladder irrigation with amphotericin B and fungal urinary tract infection—systematic review with meta-analysis. *Int J Infect Dis* 2009; 13:701–6.

26. **Noor A, Preuss C.** Amphotericin B. StatPearls. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482327/>.
27. **Padda IS, Parmar M.** Flucytosine. StatPearls. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557607/>.
28. **Govindarajan A, Bistas KG, Ingold CJ, et al.** Fluconazole. StatPearls. 2023. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537158/>.
29. **Robinson JL, Davies HD, Barton M, et al.** Characteristics and outcome of infants with candiduria in neonatal intensive care—a Paediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada (PICNIC) study. *BMC Infect Dis* 2009;9:183.
30. **Chitale SV, Shaida N, Burt G, Burgess N.** Endoscopic management of renal candidiasis. *J Endourol* 2004; 18:865–6.
31. **Davis NF, Smyth LG, Mulcahy E, Scanlon T, Casserly L, Flood HD.** Ureteric obstruction due to fungus-ball in a chronically immunosuppressed patient. *Can Urol Assoc J* 2013; 7:E355–8.
32. **Vazquez-Tsuji O, Campos-Rivera T, Ahumada-Mendoza H, Rondan-Zarate A, Martinez-Barbabosa I.** Renal ultrasonography and detection of pseudomycelium in urine as means of diagnosis of renal fungus balls in neonates. *Mycopathologia* 2005; 159:331–7.
33. **Shih MC, Leung DA, Roth JA, Hagspiel KD.** Percutaneous extraction of bilateral renal mycetomas in premature infant using mechanical thrombectomy device. *Urology* 2005; 65:1226.
34. **Babu R, Hutton KA.** Renal fungal balls and pelvi-ureteric junction obstruction in a very low birth weight infant: treatment with streptokinase. *Pediatr Surg Int* 2004; 20:804–5.
35. **Chung BH, Chang SY, Kim SI, Choi HS.** Successfully treated renal fungal ball with continuous irrigation of fluconazole. *J Urol* 2001; 166:1835–6.

TỔNG QUAN Y VĂN VÀ NHỮNG CẬP NHẬT MỚI VỀ SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Tiến Đạt¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh^{1,2}, Mai Viết Nhật Tân¹,
Diêm Đăng Khoa¹, Nguyễn Thế Tùng¹, Nguyễn Vương Bảo Anh¹,
Bùi Quan Thiên Phú¹, Nguyễn Tú Tài¹, Trần Thanh Nhân¹, Nguyễn Tế Kha¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Sinh thiết tuyến tiền liệt đã có những bước phát triển vượt bậc trong một vài thập kỉ gần đây không chỉ về mặt kĩ thuật, ngã tiếp cận mà còn cả về các phương tiện hỗ trợ hình ảnh học và giải phẫu bệnh lý

Mục tiêu và phương pháp: Chúng tôi tra cứu lại y văn và những khuyến cáo mới nhất của các hiệp hội tiết niệu châu Âu, Hoa Kỳ nhằm khái quát lại những nền tảng quan trọng và cập nhật những khuyến cáo, xu hướng mới trong sinh thiết tuyến tiền liệt ở thời điểm hiện tại.

Kết quả: Sinh thiết tuyến tiền liệt qua ngã đáy chậu, có hỗ trợ của chụp cộng hưởng từ đa thông số cho thấy hiệu quả chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có ý nghĩa lâm sàng, đặc biệt với những khối u nằm ở mặt trước, đồng thời giảm được đáng kể biến chứng nhiễm khuẩn sau sinh thiết. Với sự hỗ trợ chính xác của cộng hưởng từ đa thông số, sinh thiết mục tiêu cùng giá trị bổ sung của sinh thiết hệ thống và/hoặc sinh thiết

quanh sang thương ngày càng được ứng dụng rộng rãi

Kết luận: Hiểu rõ cốt lõi của từng kĩ thuật sinh thiết, ngã sinh thiết, giá trị của hình ảnh học cộng hưởng từ đa thông số và điều chỉnh phù hợp với điều kiện sẵn có của trung tâm là chìa khóa cốt lõi cho tối ưu chiến lược sinh thiết tuyến tiền liệt

Từ khóa: sinh thiết tuyến tiền liệt, ngã đáy chậu, ngã trực tràng, cộng hưởng từ đa thông số.

SUMMARY

LITERATURE REVIEW AND RECENT UPDATES ON PROSTATE BIOPSY

Introduction: Prostate biopsy has made significant advancements in recent decades, not only in terms of technique and approach but also in the integration of imaging modalities and pathological assessments.

Objective and Methods: We reviewed the literature and the latest guidelines from the European and American Urological Associations to summarize the essential foundations and update the current recommendations and trends in prostate biopsy.

Results: Transperineal prostate biopsy, supported by multiparametric magnetic resonance imaging (mpMRI), has demonstrated effective detection of clinically significant prostate cancer, especially for tumors located anteriorly, while significantly reducing post-biopsy infectious complications. With the precise guidance of mpMRI, targeted biopsy, along with

¹Khoa Phẫu thuật Ung Bướu Tiết niệu – Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Giải Phẫu – Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Đạt

SĐT: 0333178538

Email: nguyentientatdyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025:

the complementary value of systematic biopsy and/or peri-lesion biopsy, is being increasingly adopted.

Conclusion: A comprehensive understanding of each biopsy technique, approach, the value of mpMRI, and appropriate adaptation to the available resources of each center are essential keys to optimizing prostate biopsy strategies

Keywords: prostate biopsy, transperineal approach, transrectal approach, multiparametric MRI.

I. GIỚI THIỆU

Ung thư tuyến tiền liệt (TTL) là loại ung thư phổ biến hàng thứ 2 ở nam giới, chiếm khoảng 1,4 triệu ca mới mắc và 397 430 trường hợp tử vong mỗi năm¹. Xuất độ bệnh còn tương đối cao ở các nước châu Âu, Bắc Mỹ, Úc và New Zealand, khoảng 46,4-83,4 trên 100 000 dân¹. Tại Việt Nam, số liệu từ Globocan 2022 cho thấy ung thư TTL là ung thư thường gặp đứng hàng thứ 5 ở nam giới, đứng hàng thứ 7 ở cả 2 giới với số ca mới mắc và tử vong mỗi năm tương ứng là 5875

và 2800¹. Những số liệu này chịu nhiều ảnh hưởng từ chương trình tầm soát, phương tiện chẩn đoán, khả năng điều trị và yếu tố địa lý của từng quốc gia, lãnh thổ.

Chẩn đoán ung thư TTL ban đầu phần lớn dựa vào thăm khám trực tràng bằng ngón tay (digital rectal examination – DRE), xét nghiệm nồng độ PSA máu và kết quả giải phẫu bệnh lý từ sinh thiết TTL. Trong hơn một thiên niên kỷ kể từ khi bắt đầu ứng dụng trong chẩn đoán ung thư TTL, sinh thiết TTL đã có những bước tiến vượt bậc không chỉ về mặt kỹ thuật, ngả tiếp cận, các phương tiện hình ảnh học hỗ trợ (siêu âm, MRI đa thông số...), giải phẫu bệnh lý... mà còn cả về mặt chiến lược thực hiện sinh thiết

nhằm đạt hiệu quả tối đa phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng và giảm thiểu được biến chứng của sinh thiết. Bên cạnh xác nhận về mặt ung thư học (lành tính hay ác tính, loại mô học ác tính), kết quả sinh thiết TTL còn giúp phân loại mức độ ác tính của mô ung thư (hệ thống phân loại mô học ISUP), khối lượng ung thư (số lõi sinh thiết dương tính, tỷ lệ ác tính trên mỗi lõi sinh thiết), vị trí tương đối của ung thư (vị trí các lõi sinh thiết dương tính)... Đây là những thông tin rất quan trọng trong việc lên kế hoạch điều trị.

Việc ứng dụng hình ảnh học MRI đa thông số trước sinh thiết TTL dẫn đến nhiều thay đổi trong tiếp cận chẩn đoán ung thư TTL. Chiến lược tối ưu trong sinh thiết TTL vẫn còn nhiều tranh cãi. Chiến lược sinh thiết kết hợp (combined way) bao gồm sinh thiết hệ thống kết hợp sinh thiết mục tiêu ở những bệnh nhân có hình ảnh học MRI đa thông số (mpMRI) dương tính (điểm số PIRAD ≥ 3) và chỉ sinh thiết hệ thống ở những bệnh nhân có hình ảnh học MRI đa thông số âm tính (điểm số PIRAD <3) cho kết quả tối ưu chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng nhưng đi cùng cái giá phải trả là gia tăng số lượng bệnh nhân ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng và gia tăng chi phí theo dõi giảm sát tích cực cũng như can thiệp quá mức². Chiến lược sinh thiết theo hình ảnh học mpMRI (MRI pathway) – bệnh nhân được sinh thiết mục tiêu nếu mpMRI dương tính và không sinh thiết nếu mpMRI âm tính giúp tránh được sinh thiết không cần thiết 21-49%, giảm được những can thiệp quá mức ở ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng nhưng bỏ sót một số ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng³⁻⁶. Bên cạnh đó những tiếp cận sinh thiết TTL mới như sinh thiết quanh sang thương cũng cho những kết quả đầy hứa

hện^{7,8}. Trong điều kiện thực hành lâm sàng thực tế tại Việt Nam, khả năng tiếp cận hình ảnh học mpMRI và các phương tiện sinh thiết hiện đại tùy thuộc vào hoàn cảnh của từng trung tâm y tế. Tuy nhiên, việc hiểu rõ những nền tảng sinh thiết, giá trị của mpMRI cùng với ưu/nhược điểm của từng kỹ thuật, từng ngã tiếp cận và từng chiến lược sinh thiết sẽ giúp phẫu thuật viên chọn lựa được cách tiếp cận phù hợp nhằm tối ưu chẩn đoán ung thư TTL.

II. TỔNG QUAN Y VẤN

2.1. Chỉ định và chống chỉ định sinh TTL

Nhìn chung chỉ định sinh thiết TTL hiện tại chủ yếu dựa trên bất thường một trong các đánh giá về nồng độ PSA máu, thăm khám trực tràng bằng ngón tay (digital rectal examination – DRE) hoặc hình ảnh học⁹. Cùng với các yếu tố trên, tuổi bệnh nhân, bệnh đồng mắc, kì vọng sống và mong muốn của bệnh nhân cũng nên được cân nhắc và thảo luận kĩ lưỡng¹⁰. Sinh thiết TTL cũng là một đánh giá quan trọng trong quy trình theo dõi ở bệnh nhân ung thư TTL đang giám sát tích cực (Active Surveillance – AS)⁹.

PSA là kháng nguyên đặc hiệu TTL (Prostatic Specific Antigen – PSA), tuy nhiên không đặc hiệu cho ung thư. Bên cạnh ung thư TTL, các tình trạng như nhiễm khuẩn đường tiết niệu (viêm TTL), xuất tinh, hoạt động thể lực tác động lên TTL, ống thông niệu đạo – bàng quang... cũng có thể làm tăng PSA máu. Ngoài ra, cũng cần lưu ý đến nguyên nhân dẫn đến giảm PSA, đặc biệt ở bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới do tăng sinh lành tính TTL đang sử dụng thuốc ức chế 5 α -reductase (Finasteride, Dutasteride), giá trị PSA thực sự có thể giảm 50% sau 3 – 6 tháng sử dụng thuốc. Giá trị

PSA rất dao động, các hướng dẫn điều trị từ hiệp hội Tiết niệu châu Âu (EAU) và Hoa Kỳ (AUA) đều khuyến cáo nên đánh giá lại PSA sau 6 – 8 tuần kể từ giá trị bất thường PSA đầu tiên trước khi quyết định thực hiện các khảo sát hình ảnh học quan trọng và sinh thiết^{9,11}. Nghiên cứu Stockholm-3 đánh giá lại PSA sau 8 tuần kể từ xét nghiệm PSA bất thường (PSA 3 – 10 ng/ml) trước sinh thiết TTL cho thấy 17% số bệnh nhân có giá trị PSA < 3 ng/ml và tránh được sinh thiết không cần thiết^{12,13}.

Hiện tại chưa có đồng thuận về giá trị ngưỡng (cut-off) bình thường của PSA. Tuy nhiên nguy cơ ung thư tuyến tiền liệt tăng lên đáng kể khi PSA tăng. Các hướng dẫn điều trị từ EAU tạm chấp nhận ngưỡng PSA tăng là > 4 ng/ml, trong khi ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) và AUA là 3 ng/ml. Việc đưa ra giá trị ngưỡng bình thường giúp đồng nhất trong tiếp cận chẩn đoán, nhưng các hiệp hội đều thống nhất việc xem xét xu hướng động của PSA, kích thước TTL, tuổi bệnh nhân và các đánh giá phân loại nguy cơ (dựa trên biomarkers, hình ảnh học ...) cũng rất quan trọng trước khi quyết định sinh thiết. Nếu hiệu chỉnh theo tuổi, giá trị ngưỡng 4 ng/ml là quá cao so với nhóm tuổi 40-50 nhưng lại quá thấp khi đánh giá ở nhóm tuổi 70-80. Nhiều nghiên cứu hiệu chỉnh PSA theo độ tuổi lấy cut-off là 2.5 ng/mL cho nhóm tuổi 40-49, 3.5 ng/mL cho nhóm tuổi 50-59, 4.5 ng/mL cho nhóm tuổi 60-69, và 6.5 ng/mL cho nhóm tuổi 70-79¹⁴⁻¹⁶. Hội Tiết niệu thận học Việt Nam (VUNA) khuyến cáo nên sinh thiết TTL khi PSA > 10 ng/ml và thực hiện các đánh giá nguy cơ ung thư TTL ở nhóm bệnh nhân có PSA từ 4 – 10 để thảo luận đưa ra quyết định sinh thiết cùng bệnh nhân¹⁷. Những đánh giá bổ sung khi PSA ở vùng

xám (4-10 ng/ml) như: tuổi bệnh nhân, tiền căn gia đình, kích thước tuyến tiền liệt, mật độ PSA (PSA density), tỷ số PSA tự do/ PSA toàn phần, PHI (chỉ số sức khỏe tuyến tiền liệt – Prostate Health Index), PCA3, xét nghiệm gene (ExoDx, Decipher's score ...) và điểm số PIRAD trên mpMRI cung cấp những thông tin quan trọng để thảo luận về lợi ích – nguy cơ khi sinh thiết với bệnh nhân.

Thăm khám trực tràng bằng ngón tay (DRE) là một đánh giá quan trọng. Nam giới > 40 tuổi kèm bất thường triệu chứng đường tiết niệu dưới (LUTs) nên được thăm khám trực tràng để đánh giá tình trạng TTL. Bất thường ở kết quả khám DRE nghi ngờ ung thư là chỉ định sinh thiết TTL tuyệt đối, bất kể giá trị PSA. Có khoảng 14% ung thư TTL được chẩn đoán đơn thuần dựa trên DRE¹⁸. Bất thường DRE là yếu tố tiên đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng, điểm số ISUP cao và ung thư TTL tiến triển¹⁹.

Hình ảnh học: xét nghiệm hình ảnh học như siêu âm qua ngả trực tràng mpMRI... không phải là những xét nghiệm đánh giá ban đầu trong tầm soát cũng như chẩn đoán ung thư TTL. Thường được chỉ định khi PSA hoặc/và DRE nghi ngờ. Tuy nhiên nếu được chỉ định để khảo sát những bệnh lý khác vùng chậu và tình cơ phát hiện những sang thương ở TTL với điểm số PIRAD nghi ngờ thì đây cũng là chỉ định cho sinh thiết.

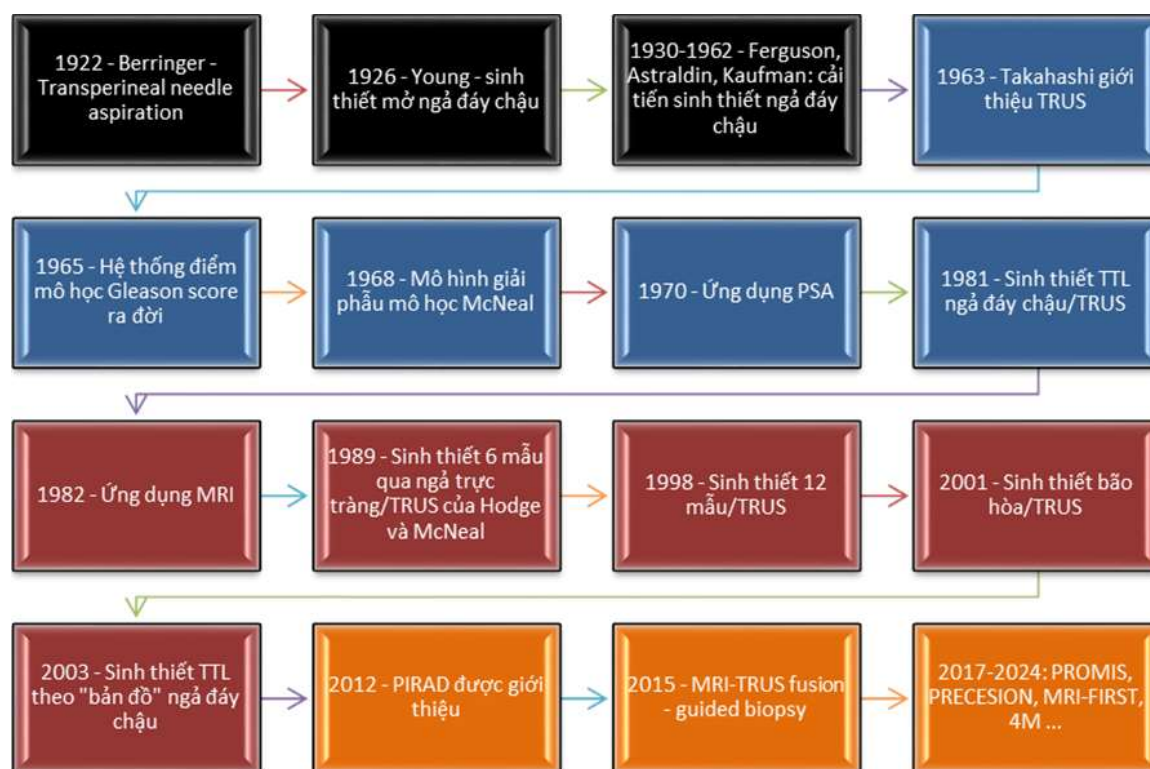
Rối loạn đông máu chưa được điều chỉnh, bệnh lý gây suy giảm miễn dịch nặng và viêm TTL cấp là những chống chỉ định tuyệt đối của sinh thiết. Những bệnh lý vùng hậu môn như hẹp ống hậu môn, trĩ, rò... nên được cân nhắc thực hiện sinh thiết TTL dưới gây mê (general anesthesia) hoặc vô cảm vùng (regional anesthesia)²⁰.

2.2. Lịch sử sinh thiết TTL

Sinh thiết TTL là thủ thuật quan trọng để chẩn đoán xác định ung thư. Bên cạnh cho biết kết quả về mặt mô học của mẫu mô TTL (loại mô học ưu thế, mức độ ác tính), sinh thiết TTL cũng cung cấp nhiều thông tin rất quan trọng: số lượng lõi sinh thiết dương tính, vị trí lõi sinh thiết dương tính, tỷ lệ khối lượng dương tính của mỗi lõi sinh thiết, tình trạng xâm nhập mô thần kinh ... Những đặc điểm này cùng với đánh giá về mặt thăm khám lâm sàng, nồng độ PSA và hình ảnh học giúp định giai đoạn bệnh, phân nhóm nguy cơ, từ đó đưa ra kế hoạch điều trị phù hợp cho bệnh nhân. Chẳng hạn đối với một số bệnh nhân ung thư TTL giai đoạn khu trú, nguy cơ tái phát sinh hóa thấp (PSA < 10 ng/ml, ISUP grade 1, cT1-2a), kì vọng sống > 10 năm thường được khuyến cáo giám sát tích cực (AS) như một chọn lựa an toàn và hiệu quả⁹. Tuy nhiên, chọn lựa này sẽ không phù hợp nếu như số lõi sinh thiết dương tính ≥ 3 , đi kèm mô học như ductal carcinoma, cribriform, sarcoma, small cell carcinoma, xâm nhập thần kinh hoặc lympho, vỏ bao, vì kết quả này đồng nghĩa với khối lượng ung thư trên toàn bộ tuyến tiền liệt là đáng kể, nguy cơ tiến triển mô học cũng như xâm lấn, di căn cao hơn nếu chỉ giám sát tích cực²¹. Ngay cả với những bệnh nhân chọn lựa can thiệp điều trị triệt căn như phẫu thuật cắt TTL tận gốc, xạ trị và thậm chí là điều trị khu trú (focal therapy), những thông tin đã trình bày trên kết quả sinh thiết cùng với hình ảnh học, giúp định vị vị trí nhân ung thư, khối lượng và kích thước, mức độ xâm lấn ra ngoài TTL và các cơ quan xung quanh để từ đó có quyết định phù hợp về kỹ thuật thực hiện trong phẫu thuật, xạ trị cũng như focal therapy.

Sinh thiết TTL có nhiều thay đổi trong hơn 1 thiên niên kỉ qua. Đây là một thủ thuật không quá phức tạp, tuy nhiên cũng tiềm ẩn nhiều biến chứng nguy hiểm. Việc biết về lịch sử, những thay đổi của sinh thiết TTL giúp hiểu rõ hơn về nền tảng của sinh thiết TTL, từ đó hoàn thiện tốt hơn kĩ thuật này trong thực hành lâm sàng. Những cột mốc quan trọng dẫn đến những thay đổi đáng kể

trong lịch sử phát triển của kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt bao gồm: ứng dụng siêu âm qua ngả trực tràng (TRUS), mô hình giải phẫu mô học các vùng TTL, sự ra đời và ứng dụng của xét nghiệm PSA, và sau đó là ứng dụng của MRI trong đánh giá tuyến tiền liệt. Hình 1 mô tả các giai đoạn về lịch sử của sinh thiết tuyến tiền liệt.



Hình 1: Các cột mốc lịch sử phát triển quan trọng của sinh thiết TTL

2.2.1. Thời kì ban đầu (1922-1963)

Sinh thiết TTL lần đầu tiên được giới thiệu bởi tác giả Berringer vào năm 1922²². Ông thực hiện sinh thiết mù, dùng kim sinh thiết qua ngả đáy chậu, tỷ lệ thành công thấp, chỉ 50% số trường hợp lấy đủ mô TTL để đánh giá. Để cải thiện sinh thiết mù, Young đề nghị sinh thiết đáy chậu với kỹ thuật mở, rạch da đường ngang vùng đáy chậu, phía trên hậu môn 2 cm, phẫu tích và có sử dụng dụng cụ để hỗ trợ tiếp cận TTL vào năm

1926²³. Ông và cộng sự thành công lấy đủ mô để chẩn đoán trong 95% số trường hợp. Tuy nhiên, tỷ lệ cao biến chứng tiểu không kiểm soát và thời gian nằm viện sau sinh thiết dài (>1 tuần). Tới năm 1930, Ferguson thực hiện sinh thiết qua ngả đáy chậu bằng kim 18G, dưới hướng dẫn ngón tay qua DRE, xác định nhân cứng và vị trí tương đối của TTL²⁴. Dù giảm được biến chứng tiểu không kiểm soát, nhưng tỷ lệ lấy đủ mẫu giảm, chỉ còn 78%. Những năm sau đó, trong

giai đoạn từ 1930-1963, các tác giả như Astraldi, Kaufman thực hiện những điều chỉnh về ngã tiếp cận như sinh thiết qua ngã trực tràng, hay về mặt tư thế như tư thế tán sỏi (lithotomy position)²⁵. Phần lớn sinh thiết TTL trong dựa trên hiểu biết về giải phẫu vùng chậu và TTL từ trước đó. Tiếp cận TTL được thực hiện qua ngã đáy chậu hoặc trực tràng, dưới hướng dẫn của DRE hoặc tiếp cận trực tiếp bằng mổ mở. Sự cải tiến chủ yếu nhằm mục đích lấy đủ mô TTL để chẩn đoán, hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn, chảy máu và tổn thương cơ thắt trực tràng, niệu đạo.

2.2.2. Thời kì ứng dụng siêu âm qua ngã trực tràng và thay đổi hiểu biết về giải phẫu mô học TTL (1963 – 1982)

Năm 1963, tác giả Takahashi lần đầu tiên giới thiệu siêu âm qua ngã trực tràng (TRUS)²⁶ và liên tục được phát triển. Sau đó lần lượt là sự giới thiệu hệ thống phân loại mô học Gleason cho ung thư TTL vào năm 1965, mô hình giải phẫu mô học theo vùng của McNeal năm 1968 – mô hình này tiếp tục được hoàn thiện cho tới năm 1981²⁷⁻²⁹. Sự ra đời và ứng dụng của xét nghiệm PSA trong tầm soát và chẩn đoán ung thư TTL vào năm 1970 làm gia tăng đáng kể số lượng bệnh nhân được chỉ định sinh thiết TTL. Đây là những cơ sở quan trọng để bắt đầu thực hiện sinh thiết TTL dưới hướng dẫn TRUS. Như vậy nhờ ứng dụng của TRUS vào sinh thiết đã đưa đến những cải thiện đáng kể, không chỉ về hiệu quả lấy mô chẩn đoán, giảm thiểu biến chứng. Hiểu rõ về giải phẫu mô học theo mô hình của McNeal, các vùng ngoại vi (PZ), vùng chuyển tiếp (TZ), vùng trung tâm (CZ), giúp định hướng chính xác về mô tuyến sinh thiết, phù hợp với sinh lý bệnh học của ung thư TTL. Sau hoàn thiện về kỹ thuật, bước tiến kế tiếp là phân tích và

đánh giá mẫu mô sinh thiết được. Hệ thống điểm số Gleason ra đời và phục vụ mục đích này.

2.2.3. Thời kì hoàn thiện sinh thiết TTL dưới hướng dẫn TRUS và ứng dụng hình ảnh học MRI trong đánh giá tuyến tiền liệt:

Đây là thời kì hoàn thiện kỹ thuật sinh thiết tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn TRUS. Công nghệ đầu dò và chất lượng hình ảnh học siêu âm được cải thiện đáng kể. Cùng với siêu âm, MRI lần đầu tiên được ứng dụng để khảo sát và đánh giá tuyến tiền liệt từ năm 1982³⁰. Đây là giai đoạn có những tranh luận sôi nổi về tối ưu số lượng lõi sinh thiết: 6, 10-12, và thậm chí là 20-23 lõi sinh thiết, phương pháp vô cảm, ngã tiếp cận (trực tràng hay đáy chậu), bản đồ sinh thiết ... Hodge và McNeal đề xuất và thực hiện sinh thiết TTL 6 mẫu ngẫu nhiên qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn TRUS (sextan prostate biopsy) vào năm 1989 cho thấy hiệu quả chẩn đoán 66% ở những trường hợp thăm khám DRE bất thường³¹. Các mô hình sinh thiết 8 mẫu, 10, 11 và 12 mẫu được phân tích trong một tổng quan hệ thống năm 2006 trên 20968 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ phát hiện ung thư TTL tăng đáng kể với mô hình sinh thiết 12 mẫu³². Mô hình 18-22 mẫu được nghiên cứu sau đó cho thấy không gia tăng đáng kể tỷ lệ chẩn đoán ung thư nhưng đi kèm với nhiều biến chứng tiểu máu, xuất tinh máu, nhiễm khuẩn, tổn thương trực tràng³². Sinh thiết TTL hệ thống qua ngã trực tràng/đáy chậu 12 mẫu dưới hướng dẫn TRUS được xem như tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư TTL trong suốt một thời gian dài cho tới hiện tại.

2.2.4. Hệ thống thang điểm PIRAD và những tiếp cận sinh thiết mới trong kỹ thuật MRI:

Hệ thống thang điểm PIRAD lần đầu tiên được giới thiệu năm 2012 (version 1) và tiếp

tục được hoàn thiện sau đó vào năm 2017 (version 2.0) và năm 2019 (version 2.1)³³⁻³⁵. Đây là thang điểm đưa trên đánh giá từ mpMRI, giúp phân nhóm nguy cơ ung thư TTL từ thấp đến cao những sang thương ghi nhận từ MRI. Nhược điểm của thang điểm là chỉ đánh giá những tổn thương nghi ngờ từ vùng chuyển tiếp (TZ) và cùng ngoại vi (PZ), đòi hỏi nhiều kinh nghiệm để đọc kết quả. Qua các nghiên cứu cột mốc như PROMIS, PRECISION, MRI-FIRST, mpMRI không chỉ được xem là xét nghiệm hướng dẫn trước sinh thiết, đây còn được xem như công cụ phân loại ban đầu (triage tool) giúp tránh được những sinh thiết không cần thiết. Trong giai đoạn này, rất nhiều chiến lược từ sinh thiết hệ thống, sinh thiết mục tiêu, sinh thiết quanh sang thương ... được thảo luận và nghiên cứu, từ đó đưa ra những chiến lược sinh thiết tối ưu.

III. CẬP NHẬT KHUYẾN CÁO SINH THIẾT TUYẾN TIỀN LIỆT TỪ CÁC HIỆP HỘI TIẾT NIỆU

Việc chọn lựa chiến lược sinh thiết bao gồm: phương tiện hình ảnh học hướng dẫn sinh thiết, ngã tiếp cận sinh thiết, phương pháp sinh thiết, dự phòng nhiễm khuẩn và phương pháp vô cảm... phụ thuộc vào điều kiện thực hành của từng trung tâm và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Chiến lược sinh thiết còn có thể ảnh hưởng đến tỷ lệ phát hiện ung thư TTL không/có ý nghĩa lâm sàng, biến chứng sinh thiết (nhiễm khuẩn, chảy máu ...), số lượng ca sinh thiết không/cần thiết, cân bằng chi phí – lợi ích cho bệnh nhân và bệnh viện. Hiểu rõ từng khía cạnh về chiến lược sinh thiết góp phần đưa ra được cách tiếp cận phù hợp cho từng trung tâm, tối ưu hiệu quả chẩn đoán bệnh, biến chứng và chi phí.

3.1. Hình ảnh học hướng dẫn sinh thiết? TRUS hay MRI tốt hơn?

Suốt một thời gian dài, sinh thiết TTL dưới hướng dẫn TRUS (TRUS-biopsy) 12 mẫu được xem là kỹ thuật tiêu chuẩn. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp là nguy cơ bỏ sót ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng và nguy cơ chẩn đoán/điều trị quá mức với ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng; thực hiện mpMRI trước sinh thiết TTL được xem là có thể giải quyết vấn đề này. Nghiên cứu bản lẻ cho vấn đề này là nghiên cứu PROMIS được công bố vào năm 2017 trên tạp chí Lancet³⁶. Đây là một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu, bắt cặp, đa trung tâm trên 576 bệnh nhân sinh thiết TTL lần đầu (do tăng PSA máu hoặc bất thường qua thăm khám DRE). Tất cả bệnh nhân được thực hiện MRI đa thông số, theo sau đó là sinh thiết hệ thống 12 mẫu dưới hướng dẫn TRUS và sau đó là sinh thiết ngả đáy chậu có hỗ trợ hình ảnh học mpMRI (transperineal prostate-mapping biopsy - TMP) với mỗi lõi sinh thiết cách nhau 5mm. Bệnh có ý nghĩa lâm sàng (clinically significant disease) được định nghĩa là điểm số Gleason $\geq 4+3$ hoặc độ dài bất kì của lõi sinh thiết dương tính ≥ 6 mm (bất kể GS). Số trường hợp phát hiện ung thư TTL nhờ TMP là 408 TH (chiếm tỷ lệ 71%), trong đó 230 TH bệnh có ý nghĩa lâm sàng (40%). Với sinh thiết dưới hướng dẫn TRUS, bệnh có ý nghĩa lâm sàng là 124 TH (chiếm tỷ lệ 21.52%). TMP cho thấy có độ nhạy (93% so với 48%, $p < 0.0001$) và giá trị tiên đoán âm (NPV) (89% so với 74%, $p < 0.0001$) tốt hơn so với sinh thiết dưới hướng dẫn TRUS đơn độc. Ngoài ra, nếu thực hiện mpMRI như 1 công cụ sàng lọc trước sinh thiết (triage tool), có thể tránh được 27% số lượng sinh thiết không cần thiết và bỏ sót gần 3% ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng.

Tóm lại, TRUS là phương tiện hướng dẫn sinh thiết quan trọng và nền tảng. Việc thực hiện mpMRI trước sinh thiết giúp tăng tỷ lệ chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng, đồng thời tránh được đáng kể những trường hợp sinh thiết không cần thiết.

3.2. Nên thực hiện kỹ thuật sinh thiết hệ thống hay sinh thiết mục tiêu hay kết hợp?

Nghiên cứu PROMIS cho thấy được vai trò quan trọng của mpMRI trước sinh thiết. Bên cạnh giúp gia tăng tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng (31% so với 19%), sử dụng mpMRI như công cụ phân loại ban đầu và hỗ trợ sinh thiết cũng gia tăng cả ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng (21% so với 16%) so với sinh thiết dưới hướng dẫn TRUS đơn độc, không có hỗ trợ hình ảnh học mpMRI³⁶. Sự hạn chế của nghiên cứu PROMIS cùng với sự hoàn thiện của thang điểm PIRAD là cơ sở dẫn đến khảo sát và đánh giá vai trò của sinh thiết mục tiêu (targeted biopsy) so với sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn (standard systematic biopsy). Nghiên cứu PRECISION đăng trên New England Journal of Medicine năm 2018 giúp trả lời câu hỏi này. Đây là thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm (25 trung tâm), ngẫu nhiên nhằm so sánh tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có/không có ý nghĩa lâm sàng giữa sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn và sinh thiết mục tiêu có hướng dẫn MRI (MRI-targeted biopsy)³⁷. Dân số nghiên cứu là những bệnh nhân có chỉ định sinh thiết TTL do tăng PSA nhưng dưới 20 ng/ml hoặc bất thường nghi ngờ ung thư trên DRE, bệnh còn ở giai đoạn trước khu trú trong TTL. Bệnh nhân được phân nhóm ngẫu nhiên theo tỷ lệ 1:1 giữa nhóm sinh thiết tiêu hệ thống tiêu chuẩn (nhóm 1) và nhóm sinh thiết mục tiêu dưới hướng dẫn MRI (nhóm 2). Trong nhóm 2,

MRI được sử dụng như công cụ sàng lọc trước sinh thiết (triage tool), nếu kết quả MRI có sang thương nghi ngờ (điểm PIRAD ≥ 3) sẽ được sinh thiết mục tiêu tối đa 4 lõi sinh thiết và tối đa 3 sang thương; nếu kết quả MRI âm tính (điểm PIRAD < 3) sẽ không tiến hành sinh thiết và theo dõi định kỳ với PSA. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi kết quả và biến chứng sau sinh thiết ở cả 2 nhóm. Kết quả trên 500 bệnh nhân (248 nhóm 1 và 252 nhóm 2) cho thấy sinh thiết mục tiêu dưới hướng dẫn MRI cho thấy tăng tỷ lệ phát hiện ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng (38% so với 26%, $p=0.005$), trong khi giảm được tỷ lệ ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng (9% so với 22%, $p<0.001$) và tránh được khoảng 25% sinh thiết không cần thiết.

Nghiên cứu PROMIS và PRECISION đã cho thấy giá trị mpMRI trước sinh thiết cũng như việc sử dụng mpMRI như công cụ sàng lọc ban đầu, tuy nhiên nhiều tác giả vẫn lo ngại về bỏ sót ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng ở nhóm bệnh nhân không thực hiện sinh thiết nếu mpMRI âm tính và ở nhóm bệnh nhân chỉ thực hiện sinh thiết mục tiêu nếu mpMRI dương tính. Chính vì lý do này, nghiên cứu MRI-FIRST được thực hiện. Đây là nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm (16 trung tâm tại Pháp), bắt cặp trên 251 bệnh nhân nghi ngờ ung thư TTL, giá trị PSA máu < 20 ng/ml³⁸. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được thực hiện mpMRI trước sinh thiết. Sinh thiết được thực hiện bởi 2 bác sĩ riêng biệt (có thể là bác sĩ chẩn đoán hình ảnh học bác sĩ tiết niệu có kinh nghiệm sinh thiết TTL). Bác sĩ đầu tiên không được biết kết quả MRI và thực hiện sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn. Bác sĩ thứ hai thực hiện sinh thiết mục tiêu khi có kết quả MRI dương tính (Likert score ≥ 3) và sinh thiết hệ thống tiêu

chuẩn nếu MRI âm tính (Likert score < 3). Kết quả được đăng trên tạp chí Lancet vào năm 2019 cho thấy 94/251 (37%) bệnh nhân ghi nhận ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng trong đó có 13 TH (14%) được chẩn đoán chỉ bằng sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn, 19 TH (20%) chỉ được chẩn đoán bằng sinh thiết mục tiêu dưới hướng dẫn MRI và 62 TH (66%) được chẩn đoán bằng cả 2 phương pháp sinh thiết. Ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng được ghi nhận trong 56/251 TH (22%), trong đó 42 TH được chẩn đoán chỉ bằng sinh thiết hệ thống, 7 TH chỉ được chẩn đoán bằng sinh thiết mục tiêu và 7 TH được chẩn đoán bằng cả 2 phương pháp. Nghiên cứu cho thấy giá trị bổ sung của sinh thiết hệ thống trong chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng. Việc kết hợp sinh thiết hệ thống và sinh thiết mục tiêu ở bệnh nhân có sang thương nghi ngờ ung thư trên mpMRI và sinh thiết hệ thống đơn thuần trên bệnh nhân có kết quả mpMRI âm tính cho thấy hiệu quả chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng. Nghiên cứu PAIREDCAP đăng trên tạp chí JAMA 2019 cũng cho kết quả tương tự³⁹.

Như vậy các dữ liệu từ nghiên cứu MRI-FIRST, 4M và tổng quan hệ thống từ thư viện Cochrane cho thấy việc kết hợp sinh thiết hệ thống và sinh thiết mục tiêu ở những bệnh nhân sinh thiết lần đầu giúp chẩn đoán thêm 4.3 – 5.1% bệnh nhân ung thư TTL ISUP grade ≥ 2 và 1.2-4.1% ung thư TTL với ISUP grade ≥ 3 so với sinh thiết mục tiêu đơn thuần^{38,40,41}. Tuy nhiên cái giá phải trả là tăng số lỗi sinh thiết, tăng khối lượng công việc cho bác sĩ giải phẫu bệnh, tăng thời gian thực hiện thủ thuật và đặc biệt là tăng số lượng bệnh nhân ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng được chẩn đoán 10-16.7 %, từ đó ảnh hưởng tới tâm lý bệnh nhân và chi

phí theo dõi sau đó. Điều thú vị cũng từ các nghiên cứu này, người ta nhận thấy giá trị bổ sung của sinh thiết hệ thống cho sinh thiết mục tiêu chủ yếu là ở những lỗi sinh thiết cùng bên phía các sang thương nghi ngờ ung thư trên MRI chứ không phải từ các lỗi sinh ở thùy TTL đối bên⁴¹. Đây là cơ sở của khái niệm sinh thiết quanh sang thương (perilesional prostate biopsy) kết hợp sinh thiết mục tiêu. Nghiên cứu của Wayne G. Brisbane và cộng sự trên 2048 bệnh nhân có sang thương trên MRI với điểm số PIRAD từ 3-5 được kết hợp sinh thiết hệ thống và sinh thiết mục tiêu cho thấy trên 90% các lỗi sinh thiết hệ thống dương tính với ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng tập trung quanh sang thương trên MRI với bán kính 10 mm⁴². Nghiên cứu của Jean-Paul Noujeim và cộng sự trên 505 bệnh nhân, nghiên cứu của Romain Diamand và cộng sự trên 175 bệnh nhân cũng cho những kết quả tương tự. Một tổng quan hệ thống và phân tích gộp từ 8 nghiên cứu trên 2603 bệnh nhân so sánh sinh thiết mục tiêu kết hợp sinh thiết quanh sang thương và sinh thiết mục tiêu kết hợp sinh thiết hệ thống cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 cách tiếp cận sinh thiết trong chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng (RR 0.95, CI 95% 0.90-1.01, p=0.09), nhưng sinh thiết mục tiêu kết hợp sinh thiết quanh sang thương giúp giảm đáng kể số lỗi sinh thiết và tránh được sinh thiết thùy TTL đối bên sang thương nghi ngờ trên MRI⁴³. Mới đây, một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên (RCT), tiền cứu, đơn trung tâm trên 434 bệnh nhân có PSA từ 4-20ng/ml được sinh thiết TTL nhằm so sánh giá trị chẩn đoán của sinh thiết bão hòa vùng sang thương (regional saturation biopsy) với sinh thiết hệ thống và sinh thiết mục tiêu⁴⁴. Kết quả cho thấy sinh thiết bão hòa vùng sang

thương chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng cao hơn đáng kể so với sinh thiết hệ thống (44.1 so với 34.1, $p = 0.03$) hoặc sinh thiết mục tiêu (44.1 so với 31.8, $p=0.01$) đơn lẻ. Nếu so sánh với sinh thiết hệ thống kết hợp sinh thiết mục tiêu, sinh thiết bảo hòa vùng sang thương cho tỷ lệ chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng cao hơn nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (44.1 so với 40.7, $p=0.3$). Tuy nhiên sinh thiết bảo hòa vùng sang thương giúp giảm đáng kể số lỗi sinh thiết, với tỷ lệ số lỗi sinh thiết dương tính cao hơn và tránh được sinh thiết thùy tuyến tiền liệt đối bên với sang thương. Khuyến cáo mới nhất năm 2024 của hội niệu khoa châu Âu khi MRI đa thông số trước sinh thiết dương tính là kết hợp sinh thiết mục tiêu và sinh thiết quanh sang thương (mức độ bằng chứng: Yếu)⁹.

3.3. Ngả sinh thiết: sinh thiết qua ngả trực tràng hay đáy chậu tốt hơn?

3.3.1. Về khía cạnh hiệu quả chẩn đoán

Rất nhiều nghiên cứu và số liệu cho thấy tỷ lệ phát hiện ung thư TTL khá tương đồng giữa sinh thiết qua ngả đáy chậu và ngả trực tràng, tuy nhiên một số dữ liệu gần đây cho thấy tỷ lệ ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng được phát hiện tốt hơn với sinh thiết qua ngả đáy chậu so với sinh thiết qua ngả trực tràng dưới hướng dẫn MRI đa thông số⁴⁵⁻⁴⁸. Với sinh thiết qua ngả trực tràng, kết hợp sinh thiết hệ thống và sinh thiết mục tiêu cho tỷ lệ chẩn đoán ung thư TTL (bao gồm cả có và không có ý nghĩa lâm sàng) dao động 30.7 – 71%; con số này là 42-67% khi sinh thiết qua ngả đáy chậu⁴⁷. Khi so sánh sinh thiết hệ thống qua ngả đáy chậu và trực tràng, rất nhiều nghiên cứu, bao gồm cả những RCT đều cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ phát hiện ung thư TTL giữa 2 ngả tiếp cận (ngả đáy chậu và trực tràng lần lượt là 50.4%

và 47.3%, $p=0.424$)⁴⁵. Những dữ liệu này sau đó được xác nhận lại bằng phân tích gộp với $RR=0.94$, khoảng tin cậy 95% 0.81-1.10⁴⁶.

Trong khi tỷ lệ phát hiện ung thư TTL chung là tương đồng, sinh thiết qua ngả đáy chậu vẫn có một số ưu thế trong chẩn đoán những bướu nằm ở vùng phía trước của TTL, đặc biệt là khi có hỗ trợ hình ảnh học của mpMRI. Một phân tích hệ thống của Bhavan Prasad Rai và cộng sự năm 2020 cho thấy ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng vùng phía trước TTL được phát hiện tốt hơn nhờ sinh thiết ngả đáy chậu có hướng dẫn mpMRI so với ngả trực tràng ($RR\ 2.46$, 95% CI 1.22-4.98)⁴⁷. Một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, đa trung tâm (10 trung tâm) trên 1936 bệnh nhân sinh thiết TTL ngả trực tràng và 2205 bệnh nhân ngả đáy chậu dưới hướng dẫn mpMRI của Fabio Zattoni và cộng sự năm 2022 cho thấy sinh thiết ngả đáy chậu phát hiện ung thư TTL nói chung và ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng đều cao hơn so với ngả trực tràng (64% so với 50%, $p < 0.01$ và 49% so với 35%, $p < 0.01$)⁴⁸. Phân tích dưới nhóm cho thấy ưu thế chẩn đoán những khối bướu ở ở vùng đỉnh (OR 4.81, 95% CI 1.03-6.27), vùng chuyển tiếp và trung tâm (OR 2.67, 95% CI 1.42-5.0) và vùng trước TTL (OR 5.62, 95% CI 1.78-8.13). Một phân tích gộp và tổng quan hệ thống từ 8 nghiên cứu của nhóm tác giả Xiang Tu cũng cho kết quả tương tự về những ưu điểm trong chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng của sinh thiết ngả đáy chậu so với ngả trực tràng dưới hướng dẫn của mpMRI⁴⁶.

3.3.2. Biến chứng

Biến chứng nhiễm khuẩn là một trong những vấn đề rất được lưu tâm khi chọn lựa hướng tiếp cận sinh thiết. 8 nghiên cứu ngẫu nhiên bao gồm 1596 bệnh nhân đánh giá ảnh hưởng của ngả sinh thiết đối với biến chứng

nhiễm khuẩn ghi nhận tần suất nhiễm khuẩn cao hơn đáng kể với ngã trực tràng so với ngã đáy chậu (6.08% so với 2.73%, RR 2.48, 95% CI 1.47-4.2)^{49,50}. Ngoài ra, một tổng quan hệ thống bao gồm 165 nghiên cứu trên 162 577 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn huyết sau sinh thiết qua ngã trực tràng và đáy chậu lần lượt là 0.9% và 0.1%⁵¹. Nghiên cứu trên 73 630 bệnh nhân trong dân số vương quốc Anh cho thấy tỷ lệ tái nhập viện do nhiễm khuẩn thấp hơn sau sinh thiết với ngã đáy chậu so với ngã trực tràng (1% so với 1.4%)⁵². Một vấn đề lo ngại khi sử dụng kháng sinh dự phòng là gia tăng đề kháng kháng sinh trong cộng đồng. Do đó một số thử nghiệm lâm sàng ra đời nhằm so sánh việc có và không sử dụng kháng sinh dự phòng trong sinh thiết TTL ngã đáy chậu. Một phân tích gộp và tổng quan hệ thống từ 8 nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt đáng kể sau sinh thiết TTL ngã đáy chậu có và không có sử dụng kháng sinh dự phòng về biến chứng nhiễm khuẩn (0.11 so với 0.31%) và nhiễm khuẩn huyết (0.13 so với 0.09%)⁵³. Kết quả này cũng tương đồng với tổng quan hệ thống và phân tích gộp của nhóm tác giả Spyridon P. Basourakos và cộng sự với tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn (1.35% so với 1.22%, $p=0.8$) và nhiễm khuẩn huyết (0.05% so với 0.08%, $p=0.2$)⁵⁴. Từ những dữ liệu trên cho thấy ngã đáy chậu có ưu thế hơn về tỷ lệ biến chứng nhiễm khuẩn thấp, thậm chí ngay cả khi sinh thiết mà không sử dụng kháng sinh dự phòng.

Khi đánh giá về các biến chứng khác, những dữ liệu cho thấy sinh thiết qua ngã đáy chậu có tỷ lệ biến chứng bí tiểu cấp (2.15-5% với ngã đáy chậu và 2.46-6.3% với ngã trực tràng, $p>0.05$)⁴⁷, rối loạn cương, tiểu máu (RR 0.79, 95% CI 0.63-1.01) tương đương ngã trực tràng, tuy nhiên biến chứng

chảy máu trực tràng thấp hơn đáng kể (RR 0.02, 95% CI 0.01-0.06)⁴⁶.

c. Khả năng dung nạp đau:

Nhiều nghiên cứu chỉ ra khi sinh thiết dưới tê tại chỗ, bệnh nhân được sinh thiết ngã đáy chậu có trải nghiệm đau nhiều hơn. Tuy nhiên, kỹ thuật giảm đau trong sinh thiết ngã đáy chậu đã được cải thiện đáng kể. Những cải thiện mới này góp phần giảm đau hiệu quả dẫn đến trải nghiệm và khả năng dung nạp đau của bệnh nhân tương đồng với cả 2 ngã tiếp cận sinh thiết đáy chậu và trực tràng⁵⁵.

Một số khía cạnh khác cũng cần cân nhắc về 2 ngã sinh thiết bao gồm: đường cong học tập và khả năng ứng dụng kỹ thuật sinh thiết, chi phí/giá cả về dụng cụ, gây tê/mê ...

Khuyến cáo hiện tại của hiệp hội nội khoa Châu Âu và Hoa Kỳ đều là sinh thiết TTL qua ngã đáy chậu nếu khả thi (mức độ khuyến cáo mạnh)⁹. Sát khuẩn vùng đáy chậu và sử dụng kháng sinh dự phòng trước sinh thiết giúp giảm biến chứng nhiễm khuẩn. Trong trường hợp sinh thiết ngã đáy chậu không khả thi, có thể lựa chọn việc sinh thiết qua ngã trực tràng. Sát khuẩn trực tràng bằng gòn tẩm povidone-iodine và sử dụng kháng sinh dự phòng phù hợp là chiến lược giúp giảm biến chứng nhiễm khuẩn⁹.

IV. KẾT LUẬN

Sinh thiết TTL dưới hướng dẫn của TRUS là kỹ thuật nền tảng quan trọng trong chẩn đoán ung thư TTL. Sinh thiết TTL qua ngã đáy chậu giúp giảm được biến chứng nhiễm khuẩn đáng kể so với ngã trực tràng nhưng vẫn đảm bảo được hiệu quả chẩn đoán ung thư. Sử dụng mpMRI trước sinh thiết như một công cụ hỗ trợ và phân loại sinh thiết giúp đạt hiệu quả chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng và tránh được sinh

thiết không cần thiết. Sinh thiết mục tiêu cho thấy hiệu quả tương đương với sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn trong chẩn đoán ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng trong khi giảm được số lỗi sinh thiết, giảm được chẩn đoán ung thư TTL không có ý nghĩa lâm sàng và can thiệp quá mức. Tuy nhiên phải đối mặt với bỏ sót một số ung thư TTL có ý nghĩa lâm sàng. Việc kết hợp sinh thiết mục tiêu và sinh thiết quanh sang thương cho thấy tiềm năng và hiệu quả, khắc phục được những yếu điểm của sinh thiết mục tiêu đơn thuần hoặc sinh thiết mục tiêu kết hợp sinh thiết hệ thống tiêu chuẩn. Hiểu rõ cốt lõi của từng kỹ thuật sinh thiết, ngã sinh thiết, giá trị của hình ảnh học mpMRI và điều chỉnh phù hợp với điều kiện sẵn có của trung tâm là chìa khóa cốt lõi cho tối ưu chiến lược sinh thiết TTL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, et al.** Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024
2. **Stranne J, Mottet N, Rouvière O.** Systematic Biopsies as a Complement to Magnetic Resonance Imaging-targeted Biopsies: “To Be or Not To Be”? *Eur Urol*, 2023. 83: 381. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36737297>.
3. **Kasivisvanathan V, Rannikko AS, Borghi M, Panebianco V, Mynderse LA, Vaarala MH, et al.** MRI-Targeted or Standard Biopsy for Prostate-Cancer Diagnosis. *N Engl J Med*, 2018. 378: 1767. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29552975>.
4. **Drost FH, Osses DF, Nieboer D, Steyerberg EW, Bangma CH, Roobol MJ, et al.** Prostate MRI, with or without MRI-targeted biopsy, and systematic biopsy for detecting prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019. 4: CD012663. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31022301>.
5. **van der Leest M, Cornel E, Israël B, Hendriks R, Padhani AR, Hoogenboom M, et al.** Head-to-head Comparison of Transrectal Ultrasound-guided Prostate Biopsy Versus Multiparametric Prostate Resonance Imaging with Subsequent Magnetic Resonance-guided Biopsy in Biopsy-naïve Men with Elevated Prostate-specific Antigen: A Large Prospective Multicenter Clinical Study. *Eur Urol*, 2019. 75: 570. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30477981>.
6. **Rouvière O, et al.** Use of prostate systematic and targeted biopsy on the basis of multiparametric MRI in biopsy-naïve patients (MRI-FIRST): a prospective, multicentre, paired diagnostic study. *Lancet Oncol*, 2019. 20: 100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30470502>.
7. **Rouvière O, Puech P, Renard-Penna R, Claudon M, Roy C, Mège-Lechevallier F, et al.** Targeted Prostate Biopsy: Umbra, Penumbra, and Value of Perilesional Sampling. *Eur Urol*. 2022 Sep;82(3):303-310. doi: 10.1016/j.eururo.2022.01.008. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35115177.
8. **Hagens MJ, et al.** Diagnostic Performance of a Magnetic Resonance Imaging-directed Targeted plus Regional Biopsy Approach in Prostate Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Open Sci*. 2022 May 2;40:95-103. doi: 10.1016/j.euro.2022.04.001. PMID: 35540708; PMCID: PMC9079161
9. **Cornford P, et al.**, 2024. EAU-EANM-ESTRO-ESUR-ISUP-SIOG guidelines on prostate cancer.
10. **Farrell C, et al.** Prostate Multiparametric Magnetic Resonance Imaging Program Implementation and Impact: Initial Clinical Experience in a Community Based Health

- System. Urol Pract, 2018. 5: 165. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37300235>.
11. **Wei JT., et al.**, Early detection of prostate cancer: AUA/SUO guideline part II: considerations for prostate biopsy. J Urol. 2023;210(1):54-63
12. **Nordström T, et al.**, Repeat prostate-specific antigen tests before prostate biopsy decisions. J Natl Cancer Inst 2016; 108
13. **Strom P, et al.**, The stockholm-3 model for prostate cancer detection: Algorithm update, biomarker contribution, and reflex test potential. European Urology 2018; 74: 204
14. **Gulati R, Gore JL and Etzioni R**, Comparative effectiveness of alternative prostate-specific antigen-based prostate cancer screening strategies: Model estimates of potential benefits and harms. Annals of Internal Medicine 2013; 158: 145
15. **Oesterling JE, et al.**, Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men. Establishment of age-specific reference ranges. Jama 1993; 270: 860.
16. **Partin AW, et al.**, Standard versus age-specific prostate specific antigen reference ranges among men with clinically localized prostate cancer: A pathological analysis. J Urol 1996; 155: 1336
17. **Hội Tiết niệu – Thận học Việt Nam (VUNA)**, 2014, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư tuyến tiền liệt
18. **Okotie OT, et al.**, Characteristics of prostate cancer detected by digital rectal examination only, Urology 70(6):1117–1120, 2007
19. **Prebay, Z.J., et al.** The prognostic value of digital rectal exam for the existence of advanced pathologic features after prostatectomy. Prostate, 2021. 81: 1064. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34297858>
20. **Edouard J.T., et al.** (2020). Prostate Biopsy. In Partin, A.W., et al. (Eds.), Campbell Walsh Wein Urology (E-Book: 3-Volume Set, pp. 3495). Elsevier Health Sciences.
21. **Petrelli, F., et al.** Predictive Factors for Reclassification and Relapse in Prostate Cancer Eligible for Active Surveillance: A Systematic Review and Meta-analysis. Urology, 2016. 91: 136. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26896733>.
22. **Barringer, B. S.** Carcinoma of the prostate. Surg. Gynecol. Obstet. 34, 168–176 (1922).
23. **Young, H. H., Davis, D. M. & Johnson, F. P.** in Young's Practice of Urology: Based on a Study of 12,500 Cases (WB Saunders Company, 1926).
24. **Ferguson, R. S.** Prostatic neoplasms: their diagnosis by needle puncture and aspiration. Am. J. Surg. 9, 507–511 (1930).
25. **Astraldi, A.** Diagnosis of cancer of the prostate: biopsy by rectal route. Urol. Cutan. Rev. 41, 421 (1937).
26. **Takahashi, H.** The ultrasonic diagnosis in the field of urology (The 1st report). Proc. 3rd Meeting. Jpn. Soc. Ultrasonics Med. 1963 (1963).
27. **Gleason, D. F.** Classification of prostatic carcinomas. Cancer Chemother. Rep. 50, 125–128 (1966).
28. **McNeal, J. E.** Regional morphology and pathology of the prostate. Am. J. Clin. Pathol. 49, 347–357 (1968).
29. **McNeal, J. E.** The zonal anatomy of the prostate. Prostate 2, 35–49 (1981).
30. **Steyn, J. H. & Smith, F. W.** Nuclear magnetic resonance imaging of the prostate. Br. J. Urol. 54, 726–728 (1982).
31. **Hodge, K. K., McNeal, J. E. & Stamey, T. A.** Ultrasound guided transrectal core biopsies of the palpably abnormal prostate. J. Urol. 142, 66–70 (1989).
32. **Eichler, K. et al.** Diagnostic value of systematic biopsy methods in the investigation of prostate cancer: a systematic review. J. Urol. 175, 1605–1612 (2006).
33. **Barentsz, J. O. et al.** ESUR prostate MR guidelines 2012. Eur. Radiol. 22, 746–757 (2012).

34. **Seo, J. W. et al.** PI-RADS version 2: detection of clinically significant cancer in patients with biopsy Gleason score 6 prostate cancer. *Am. J. Roentgenol.* 209, W1–W9 (2017).
35. **Barrett, T., Rajesh, A., Rosenkrantz, A. B., Choyke, P. L. & Turkbey, B.** PI-RADS version 2.1: one small step for prostate MRI. *Clin. Radiol.* 74, 841–852 (2019).
36. **Ahmed, H. U. et al.** Diagnostic accuracy of multi-parametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. *Lancet* 389, 815–822 (2017).
37. **Kasivisvanathan, V. et al.** MRI-targeted or standard biopsy for prostate-cancer diagnosis. *N. Engl. J. Med.* 378, 1767–1777 (2018).
38. **Rouvière, O. et al.** Use of prostate systematic and targeted biopsy on the basis of multiparametric MRI in biopsy-naïve patients (MRI-FIRST): a prospective, multicentre, paired diagnostic study. *Lancet Oncol.* 20, 100–109 (2019).
39. **Elkhoury, F. F. et al.** Comparison of targeted vs systematic prostate biopsy in men who are biopsy naïve: the prospective assessment of image registration in the diagnosis of prostate cancer (PAIREDCAP) study. *JAMA Surg.* 154, 811–818 (2019).
40. **Drost FH., et al.** Prostate Magnetic Resonance Imaging, with or Without Magnetic Resonance Imaging-targeted Biopsy, and Systematic Biopsy for Detecting Prostate Cancer: A Cochrane Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol.* 2020 Jan;77(1):78-94. doi: 10.1016/j.eururo.2019.06.023. Epub 2019 Jul 18. PMID: 31326219
41. **van der Leest, M. et al.** Head-to-head comparison of transrectal ultrasound-guided prostate biopsy versus multiparametric prostate resonance imaging with subsequent magnetic resonance-guided biopsy in biopsy-naïve men with elevated prostatespecific antigen: a large prospective multicenter clinical study. *Eur. Urol.* 75, 570–578 (2018).
42. **Brisbane WG, et al.** Targeted Prostate Biopsy: Umbra, Penumbra, and Value of Perilesional Sampling. *Eur Urol.* 2022 Sep;82(3): 303-310. doi: 10.1016/j.eururo.2022.01.008. Epub 2022 Feb 1. PMID: 35115177.
43. **Hagens MJ, et al.** Diagnostic Performance of a Magnetic Resonance Imaging-directed Targeted plus Regional Biopsy Approach in Prostate Cancer Diagnosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Open Sci.* 2022 May 2; 40:95-103. doi: 10.1016/j.euro.2022.04.001. PMID: 35540708; PMCID: PMC9079161.
44. **Jiang X, et al.** Comparison of Regional Saturation Biopsy, Targeted Biopsy, and Systematic Biopsy in Patients with Prostate-specific Antigen Levels of 4-20 ng/ml: A Prospective, Single-center, Randomized Controlled Trial. *Eur Urol Oncol.* 2024 Aug;7(4): 944-953. doi: 10.1016/j.euo.2023.12.002. Epub 2023 Dec 28. PMID: 38158249.
45. **He J, Guo Z, Huang Y, Wang Z, Huang L, Li B, Bai Z, Wang S, Xiang S, Gu C, Pan J.** Comparisons of efficacy and complications between transrectal and transperineal prostate biopsy with or without antibiotic prophylaxis. *Urol Oncol.* 2022 May;40(5): 191.e9-191.e14. doi: 10.1016/j.urolonc.2022.01.004. Epub 2022 Feb 12. PMID: 35168882.
46. **Tu X, Liu Z, Chang T, Qiu S, Xu H, Bao Y, Yang L, Wei Q.** Transperineal Magnetic Resonance Imaging-Targeted Biopsy May Perform Better Than Transrectal Route in the Detection of Clinically Significant Prostate Cancer: Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Genitourin Cancer.* 2019 Oct;17(5):e860-e870. doi: 10.1016/j.clgc.

- 2019.05.006. Epub 2019 May 21. PMID: 31281065.
47. **Rai BP, et al.** Magnetic Resonance Imaging/ Ultrasound Fusion-guided Transperineal Versus Magnetic Resonance Imaging/ Ultrasound Fusion-guided Transrectal Prostate Biopsy-A Systematic Review. *Eur Urol Oncol.* 2021 Dec;4(6):904-913. doi: 10.1016/j.euo.2020.12.012. Epub 2021 Jan 19. PMID: 33478936.
48. **Zattoni F, et al.** The Detection of Prostate Cancer with Magnetic Resonance Imaging-Targeted Prostate Biopsies is Superior with the Transperineal vs the Transrectal Approach. A European Association of Urology-Young Academic Urologists Prostate Cancer Working Group Multi-Institutional Study. *J Urol.* 2022 Oct;208(4):830-837. doi: 10.1097/JU.0000000000002802. Epub 2022 Sep 9. PMID: 36082555.
49. **Lam, W., Wong, A., Chun, S., Wong, T., et al.** Prostate cancer detection, tolerability and safety of transperineal prostate biopsy under local-anaesthesia vs standard transrectal biopsy in biopsy-naïve men: a pragmatic, parallel group, randomized controlled study. *BJU Int.* 2022. 129: 9 <https://doi.org/10.1111/bju.15675>
50. **Pradere B, et al.** Nonantibiotic Strategies for the Prevention of Infectious Complications following Prostate Biopsy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Urol.* 2021 Mar;205(3): 653-663. doi: 10.1097/JU.0000000000001399. Epub 2020 Oct 7. PMID: 33026903.
51. **Bennett HY, et al.** The global burden of major infectious complications following prostate biopsy. *Epidemiol Infect.* 2016 Jun;144(8):1784-91. doi: 10.1017/S0950268815002885. Epub 2015 Dec 9. PMID: 26645476; PMCID: PMC9150640.
52. **Berry B, et al.** Comparison of complications after transrectal and transperineal prostate biopsy: a national population-based study. *BJU Int.* 2020 Jul;126(1):97-103. doi: 10.1111/bju.15039. Epub 2020 Apr 6. PMID: 32124525.
53. **Castellani D, et al.** Infection Rate after Transperineal Prostate Biopsy with and without Prophylactic Antibiotics: Results from a Systematic Review and Meta-Analysis of Comparative Studies. *J Urol.* 2022 Jan;207(1):25-34. doi: 10.1097/JU.0000000000002251. Epub 2021 Sep 24. PMID: 34555932.
54. **Basourakos SP, et al.** Role of Prophylactic Antibiotics in Transperineal Prostate Biopsy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol Open Sci.* 2022 Jan 29;37:53-63. doi: 10.1016/j.euros.2022.01.001. PMID: 35243391; PMCID: PMC8883190.
55. **Shankar PR, et al.** Testing-Related Health Impact of Transrectal and Transperineal Prostate Biopsy as Assessed by Health Utilities. *J Urol.* 2021 Dec;206(6):1403-1410. doi: 10.1097/JU.0000000000002118. Epub 2021 Jul 21. PMID: 34288719

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LẤY SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ TƯ THẾ NGỪA SO VỚI NẰM SẤP: PHÂN TÍCH TIỀN CỨU VÀ ĐỐI CHỨNG LỊCH SỬ

Trương Thiên Định¹, Đoàn Quang Long¹,
Lê Phước Thành¹, Dương Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da tư thế nằm ngửa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương và so sánh với kết quả tán sỏi thận qua da tư thế nằm sấp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu 229 trường hợp, tiến cứu 126 bệnh nhân được thực hiện phương pháp mini-PCNL nằm ngửa từ 9/2023 đến 9/2024 so sánh với 103 bệnh nhân hồi cứu số liệu trong giai đoạn bước đầu triển khai phương pháp mini-PCNL nằm sấp từ 10/2017 đến 10/2018 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, so sánh với nhóm đối chứng lịch sử.

Kết quả: Có 126 bệnh nhân được thực hiện phương pháp tán sỏi thận qua da tư thế nằm ngửa tại BVĐK Bình Dương trong thời gian nghiên cứu so sánh với nhóm 103 bệnh nhân thực hiện phương pháp với tư thế nằm sấp. Tuổi trung bình của nhóm nằm ngửa $50,06 \pm 12,51$ (22 - 82 tuổi) lớn hơn nhóm nằm sấp $33,8 \pm 15,2$ (18 - 81 tuổi), $p < 0,05$. Giới của cả 2 nhóm tương đồng nhau với tỉ lệ nam lớn hơn nữ. BMI giữa 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kích thước

sỏi trung bình tư thế nằm ngửa $34,2 \pm 10,36$ (11 - 45mm) tương đương với tư thế nằm sấp 36 ± 9 (18 - 47mm), $p > 0,05$. Thời gian mổ trung bình (phút) của tư thế nằm ngửa $58,71 \pm 27,98$ (15 - 155) nhanh hơn tư thế nằm sấp $75 \pm 23,12$ (40 - 120), $p < 0,05$. Tỉ lệ sạch sỏi của tư thế nằm ngửa 116/126 (92,1%) thấp hơn so với tư thế nằm sấp 97,08%. Biến chứng của tư thế nằm ngửa cao hơn. Thời gian nằm hậu phẫu trung bình (ngày) của nằm ngửa $2,68 \pm 0,9$ (2 - 5) ngắn hơn so với nằm sấp $3,8 \pm 0,76$ (3 - 7), $p < 0,05$.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa là khả thi, hiệu quả, an toàn với tỉ lệ biến chứng thấp và không có biến chứng nặng diễn ra trong thời gian nghiên cứu. Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa có ưu điểm hơn tư thế nằm sấp về thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện nhưng có tỉ lệ sạch sỏi thấp hơn (92,1% so với 97,08%).

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi thận qua da tư thế nằm ngửa và nằm sấp.

SUMMARY

COMPARISON OF OUTCOMES OF MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY IN SUPINE VERSUS PRONE POSITIONS: A PROSPECTIVE AND HISTORICAL CONTROL ANALYSIS

Objective: To evaluate outcomes of mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL), performed in the supine position at Binh Duong

¹Bệnh viện Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thiên Định

SĐT: 0344460315

Email: thiendinh14895@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

General Hospital with those performed in the prone position.

Subjects and Methods: This study included 229 cases: a prospective cohort of 126 patients underwent mini-PCNL in the supine position from September 2023 to September 2024 and a retrospective cohort of 103 patients treated with mini-PCNL in the prone position from October 2017 to October 2018 at Binh Duong General Hospital.

Study Design: Prospective study with historical control comparison.

Results: A total of 126 patients underwent mini-PCNL in the supine position during the study period and were compared with 103 patients who underwent the procedure in the prone position. The mean age in the supine group was 50.06 ± 12.51 years (range: 22–82), significantly higher than the prone group at 33.8 ± 15.2 years (range: 18–81), $p < 0.05$. Gender distribution was similar in both groups, with a higher proportion of males. There was no statistically significant difference in BMI between the two groups. The average stone size was comparable between the supine group (34.2 ± 10.36 mm, range: 11–45 mm) and the prone group (36 ± 9 mm, range: 18–47 mm), $p > 0.05$. The mean operative time (minutes) was significantly shorter in the supine group at 58.71 ± 27.98 (range: 15–155) compared to 75 ± 23.12 (range: 40–120) in the prone group, $p < 0.05$. Stone-free rates were slightly lower in the supine group (92.1%, 116/126) compared to the prone group (97.08%). The supine group exhibited a higher complication rate. Postoperative hospital stay was shorter in the supine group (2.68 ± 0.9 days, range: 2–5) compared to the prone group (3.8 ± 0.76 days, range: 3–7), $p < 0.05$.

Conclusions: Mini-PCNL in the supine position is feasible, effective, and safe, with low complication rates and no severe complications

observed during the study period. The supine position offers advantages in terms of shorter operative and hospital stay durations but has a slightly lower stone-free rate (92.1% vs. 97.08%) compared to the prone position.

Keywords: Kidney stones, mini-percutaneous nephrolithotomy, supine position, prone position.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tán sỏi qua da (PCNL) là phương pháp phổ biến hiện nay trong điều trị sỏi thận kích thước lớn, thường được chỉ định đầu tiên theo hướng dẫn của Hội Tiết niệu châu Âu (EAU), đặc biệt đối với các trường hợp sỏi > 2 cm hoặc sỏi phức tạp [5].

Tư thế nằm sấp được coi là tiêu chuẩn trong thực hiện phẫu thuật PCNL điều trị sỏi thận dựa vào tư thế giải phẫu của thận bao gồm hệ tuần hoàn của thận, hệ thống đài bể thận và liên quan của thận với cấu trúc xung quanh; ngoài ra, tư thế nằm sấp có thể tiếp cận thuận lợi hệ thống đài bể thận và giảm thiểu nguy cơ tổn thương các cơ quan. Tuy nhiên, tư thế này cũng đặt ra không ít thách thức, đặc biệt ở bệnh nhân béo phì hoặc mắc các bệnh lý hô hấp và tim mạch, do yêu cầu kỹ thuật cố định cần thận và nguy cơ tổn thương thần kinh cao hơn nếu thao tác không đúng cách khi thay đổi tư thế [6,7]. Trong nỗ lực khắc phục các hạn chế đó, tư thế nằm ngửa đã được phát triển và ngày càng được áp dụng rộng rãi, mang lại nhiều lợi ích đáng kể. Không chỉ cải thiện khả năng kiểm soát đường thở và tối ưu hóa an toàn trong gây mê, tư thế nằm ngửa còn giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật nhờ loại bỏ bước thay đổi tư thế sau gây mê. Thêm vào đó, tư thế này cho phép phối hợp dễ dàng các kỹ thuật khác như nội soi niệu quản trong cùng một quy trình [7,8].

Mặc dù có một số lo ngại về việc tầm nhìn vào bề thận có thể bị hạn chế hơn so với tư thế nằm sấp, các nghiên cứu cho thấy hiệu quả loại bỏ sỏi hoàn toàn (SFR) giữa hai tư thế là tương đương. Một số phân tích thậm chí ghi nhận ưu thế của tư thế nằm ngửa ở các bệnh nhân nguy cơ cao, nhờ khả năng giảm thiểu áp lực trên các điểm tiếp xúc cơ thể và hạn chế biến chứng thần kinh [3,4]. Do đó, tư thế nằm ngửa đang dần trở thành lựa chọn thay thế đầy triển vọng, đặc biệt ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ hoặc yêu cầu tính linh hoạt cao trong quy trình phẫu thuật. Tại BVĐK Bình Dương, từ năm 2017 tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm sấp là lựa chọn điều trị với bệnh nhân sỏi thận kích thước >2cm và cho thấy đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả, thẩm mỹ với tỉ lệ sạch sỏi cao 91,84% và tỉ lệ biến chứng thấp [1,2,3]. Năm 2023 chúng tôi áp dụng PCNL nằm ngửa và bước đầu cho thấy kết quả rất khả quan với tỉ lệ sạch sỏi cao 90,9% và tỉ lệ biến chứng thấp [4].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu **“Đánh giá kết quả tán sỏi thận qua da tư thế nằm ngửa và so sánh với kết quả tán sỏi thận qua da tư thế nằm sấp”** tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu 229 trường hợp, nhóm A tiến cứu 126 bệnh nhân được thực hiện phương pháp mini-PCNL nằm ngửa từ 9/2023 đến 9/2024, thực hiện so sánh với nhóm B gồm 103 bệnh nhân hồi cứu số liệu trong giai đoạn bước đầu triển khai phương pháp mini-PCNL nằm sấp từ 10/2017 đến 10/2018 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu so sánh với nhóm đối chứng lịch sử.

Cách thức tiến hành:

Dụng cụ: Dàn máy nội soi, ống soi bể thận, ống soi niệu quản, máy laser, máy C-arm, bộ kim chọc dò và nong đường hầm vào thận.



Hình 1. PCNL với tư thế nằm sấp

Các bước PCNL nằm sấp: Gây mê nội khí quản; Đặt bệnh nhân tư thế sản khoa, đặt sonde niệu quản, cố định tạm thời sonde niệu quản vào sonde tiểu; Đặt bệnh nhân nằm sấp,

kê gối ở ngực và bụng có gập bàn mổ để làm căng vùng hông; Chọc dò và nong đường hầm vào thận dưới hướng dẫn C-arm; Tán

sỏi bằng laser và bơm rửa lấy sỏi; Đặt JJ, dẫn lưu thận qua da bằng ống thông nhựa dẻo.

Các bước PCNL nằm ngửa: Gây mê nội khí quản; Đặt bệnh nhân nằm ngửa (tư thế Valdivia cải biên bởi Galdakao); Đặt sonde niệu quản, đặt thông tiểu; Bơm thuốc

cản quang vào sonde niệu quản, chọc kim và nong đường hầm vào thận dưới hướng dẫn C-arm; Tán sỏi bằng laser và bơm rửa lấy sỏi; Đặt stent JJ, dẫn lưu thận qua da bằng ống thông nhựa dẻo.



Hình 2. Tư thế nằm ngửa

Các biến nghiên cứu: Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, BMI. Đặc điểm sỏi: Kích thước sỏi, độ ứ nước, độ HU. Đặc điểm chu phẫu: Thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, tỷ lệ sạch sỏi. Biến chứng: ghi nhận các biến chứng trong và sau phẫu thuật như chảy máu, tổn thương hệ thống đài bể thận, tổn thương cơ quan lân cận, sốt sau mổ.

Thu thập và xử lý số liệu: Bảng điểm phân loại sỏi Boyce và Moores [2]. Phân loại biến chứng Clavien- Dindo cải biên [2]. Xử

lí phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0; khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tiêu chuẩn sạch sỏi: hết sỏi hoặc còn mảnh sỏi $< 4\text{mm}$ [1].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

229 trường hợp, 126 bệnh nhân được thực hiện phương pháp mini-PCNL nằm ngửa và 103 bệnh nhân hồi cứu số liệu trong giai đoạn bước đầu triển khai phương pháp mini-PCNL nằm sấp.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Thông số	Tư thế nằm ngửa	Tư thế nằm sấp	Giá trị P
Độ tuổi	$50,06 \pm 12,51$ (22 - 82)	$33,8 \pm 15,2$ (18 - 81)	$< 0,05$
Tỉ lệ nam / nữ (%)	73 (57,9%) / 53 (42,1%)	71 (68,9%) / 32 (31,1%)	$> 0,05$
BMI (kg/m^2)	$21,65 \pm 2,81$ (16,72 - 34,53)	$22,3 \pm 5,7$ (18 - 29)	$> 0,05$
Kích thước sỏi (mm)	$34,2 \pm 10,36$ (11 - 45)	36 ± 9 (18 - 47)	$> 0,05$

Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm PCNL nằm ngửa và nằm sấp khi quan sát về các đặc điểm kích thước sỏi ($34,2 \pm 10,36\text{ mm}$ so với $36 \pm 9\text{ mm}$, $p > 0,05$), BMI ($21,65 \pm 2,81$ so với $22,3 \pm 5,7$; $p > 0,05$). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân thực hiện PCNL nằm sấp thấp hơn nhóm PCNL nằm ngửa ($33,8 \pm 15,2$ so với $50,06 \pm 12,51$; $p < 0,05$).

Bảng 2. Phân loại sỏi theo Boyce và Moores

Phân loại	Sỏi đài thận (S0)	Sỏi bể thận (S1,S2,S3)	Sỏi san hô (S4,S5)
Tư thế nằm sấp	23 (22,3%)	61 (59,2%)	19 (18,4%)
Tư thế nằm ngửa	33 (26,2%)	68 (54%)	25 (19,8%)
P	> 0,05		

Đặc điểm sỏi theo Boyce và Moores của hai nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt ý nghĩa

Bảng 3. Mức độ ứ nước thận trên MSCT

Đánh giá mức độ ứ nước thận trên BSCA					
Mức độ ứ nước thận		Không ứ nước	Độ 1	Độ 2	Độ 3
Số ca (%)	Tư thế nằm ngửa	12 (9,5%)	63 (50%)	40 (31,7%)	11 (8,7%)
	Tư thế nằm sấp	17 (16,5%)	45(43,7%)	38(36,9%)	3 (2,9%)
	P	≥ 0,05			

Có sự tương đồng về mức độ ứ nước thận của hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 4. Đặc điểm chu phẫu

Thời gian	Tư thế nằm ngửa	Tư thế nằm sấp	Giá trị P
Thời gian phẫu thuật (phút)	58,71 ± 27,98 (15 – 155)	75 ± 23,12 (40 - 120)	< 0,05
Thời gian nằm viện (ngày)	2,68 ± 0,9 (2 – 5)	3,8 ± 0,76 (3 - 7)	< 0,05
Tỷ lệ sạch sỏi	92,1% (116/126)	97,08% (100/103)	> 0,05

Nhóm nghiên cứu PCNL nằm ngửa có thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm PCNL nằm sấp ($p < 0,05$). Tỷ lệ sạch sỏi là cao hơn ở tư thế nằm sấp nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5. Vị trí vào đường hầm

Vị trí	Đài trên	Đài giữa	Đài dưới	Nhiều đường hầm
Tư thế nằm sấp	4 (3,9%)	16 (15,5%)	78 (75,7%)	5 (4,9%)
Tư thế nằm ngửa	0	8 (6,3%)	118 (93,7%)	0
P	< 0,05			

Đài dưới là vị trí thường được lựa chọn để thực hiện đường hầm vào thận cho cả hai tư thế nằm ngửa và nằm sấp khi thực hiện phẫu thuật PCNL điều trị sỏi thận với tỉ lệ lần lượt là 93,7% và 78%. Đài giữa là chọn lựa có tỉ lệ thường gặp thứ 2 với tỉ lệ 6,3% và 15,5%.

Bảng 6: Tỷ lệ biến chứng

Biến chứng	Nằm ngửa	Nằm sấp	P	Phân loại theo Clavien-Dindo
Đau sau kẹp thông thận	10 (7,9%)	4 (3,9%)		Độ I
Sốt	9 (7,1%)	2 (1,9%)		Độ II
Sỏi rơi xuống kết niệu quản	0	1 (1%)		Độ IIIa
Tổng	19 (15%)	7(6,8%)	<0,05	

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ biến chứng chung giữa PCNL nằm ngửa so với nằm sấp (15,07% so với 6,8%; $p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay với sự phát triển của kỹ thuật tán sỏi thận qua da, nhiều tư thế được triển khai thực hiện nhằm mang lại kết quả tốt hơn cho người bệnh. Tại Bệnh viện đa khoa Bình Dương, mini-PCNL tư thế nằm ngửa được triển khai từ tháng 9/2023. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 126 ca thỏa mãn tiêu chuẩn

nghiên cứu với những thông số như kích thước sỏi trung bình/MSCT: $34,2\text{mm} \pm 10,36$ (11 – 45). Thời gian mổ trung bình (phút): $58,71 \pm 27,98$ (15 – 155). Tỷ lệ sạch sỏi cao 116/126 (92,1%) và thời gian nằm viện ngắn với $2,68 \pm 0,9$ ngày (2-5). Các kết quả này nhìn chung tương đương với các tác giả khác (Bảng 7).

Bảng 7: So sánh kết quả tán sỏi thận qua da tư thế nằm ngửa giữa các tác giả

Tác giả và cộng sự	Độ tuổi	Kích thước (mm)	Sạch sỏi (%)	Biến chứng (%)
Melo và cộng sự (2019) (n=294)	49.14	29.76	42.1	13.6
Gökce và cộng sự (2017) (n=39)	47.5	47.3	64.1	15.4
Valdivia và cộng sự (2011) (n=1138)	51	47.06	70.2	19.2
Sanguedolce và cộng sự (2013) (n=65)	53	20.6	89.2	7.7
Astroza và cộng sự (2013) (n=232)	51.8	-	48.4	10.4
Karami và cộng sự (2013) (n=50)	44.4	28.2	86	24
Nghiên cứu của chúng tôi (n=126)	50,06	22,02	92,1	15

So sánh với kết quả hồi cứu 103 trường hợp tán sỏi thận qua da tư thế nằm sấp cho thấy nhiều điểm tương đồng. Về đặc điểm bệnh nhân, chỉ số khối cơ thể (BMI) giữa 2 nhóm tương đương nhau với nằm ngửa 21,65 và nằm sấp 22,3, tỉ lệ giới tính tương tự nhau với nằm ngửa 73 nam: 53 nữ (57,9% : 42,1%) và nằm sấp 71 nam: 32 nữ (68,9% : 31,1%) nam nhiều hơn nữ ở cả 2 tư thế. Phân loại sỏi theo Boyce & Moores cho thấy ở cả 2 nhóm nằm ngửa và nằm sấp thì sỏi bể thận chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 68 (54%) và 61 (59,2%). Mức độ ứ nước thận cũng tương tự nhau với chủ yếu là độ 1 và độ 2 lần lượt là nằm ngửa 63 (50%), 40 (31,7%) và nằm sấp 45(43,7%), 38(36,9%). Về vị trí vào đường hầm, ở cả 2 nhóm chủ yếu vào đài thận dưới với tỉ lệ là nằm ngửa 118 (93,7%) và nằm sấp 78 (75,7%).

Thời gian phẫu thuật và thời gian hồi phục là những yếu tố quan trọng trong đánh giá hiệu quả của một kỹ thuật phẫu thuật. Trong nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình ở tư thế nằm ngửa ($58,71 \pm 27,98$ phút) ngắn hơn đáng kể so với tư thế nằm sấp ($75 \pm 23,12$ phút), với $p < 0,05$. Giusti và cộng sự (2020) trong nghiên cứu của mình đã có kết quả tương đồng và cho rằng tư thế nằm ngửa giúp giảm thời gian phẫu thuật do dễ dàng tiếp cận và định vị sỏi, cũng như thuận tiện cho phẫu thuật viên trong thao tác [6]. Tương tự, phân tích tổng hợp của Liu và cộng sự (2010) cũng báo cáo thời gian phẫu thuật ngắn hơn ở nhóm nằm ngửa, nhấn mạnh sự thuận lợi trong việc thiết lập dụng cụ và giảm thời gian chuẩn bị [7].

Thời gian nằm viện hậu phẫu ngắn hơn ở tư thế nằm ngửa ($2,68 \pm 0,9$ ngày so với 3,8

$\pm 0,76$ ngày, $p < 0,05$) cũng là một lợi thế quan trọng. Điều này có thể liên quan đến sự hồi phục nhanh hơn do giảm áp lực ở vùng bụng và ngực, một ưu điểm đã được ghi nhận trong phân tích tổng hợp của Yuan và cộng sự (2016), khi họ nhấn mạnh rằng tư thế nằm ngửa giúp cải thiện sự thoải mái cho bệnh nhân trong giai đoạn hậu phẫu [8]. Tỷ lệ sạch sỏi cao hơn ở tư thế nằm sấp (97,08%) so với tư thế nằm ngửa (92,1%), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này phù hợp với quan sát của Liu và cộng sự (2010), khi họ cho rằng tư thế nằm sấp thường phù hợp hơn với các trường hợp sỏi lớn hoặc phức tạp do cho phép tối ưu hóa vị trí đặt đường hầm và tầm nhìn rõ hơn vào toàn bộ hệ thống đài thận [7]. Nghiên cứu của Yuan và cộng sự (2016) cũng ủng hộ quan điểm rằng tư thế nằm sấp có lợi thế hơn trong các trường hợp khó khăn về kỹ thuật [8].

Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu đối với tư thế nằm ngửa là 15% (19 trường hợp) cao hơn so với tư thế nằm sấp là 6,8% (7 trường hợp). Khi so sánh tỷ lệ biến chứng với các tác giả khác (bảng 7), thì tỷ lệ biến chứng cũng khá tương đồng. Trong nghiên cứu với tư thế nằm ngửa chỉ có biến chứng nhẹ phân độ Clavien-Dindo độ 1-2, không xảy ra các biến chứng mức độ nặng như tổn thương cơ quan lân cận hay có nguy cơ tử vong.

Tư thế nằm ngửa có tỷ lệ đau sau kẹp thông thận (7,9%) và sốt hậu phẫu (7,1%) cao hơn so với nhóm nằm sấp (tương ứng là 3,9% và 1,9%). Kết quả này tương đồng với báo cáo của Giusti và cộng sự (2020), cho rằng tư thế nằm ngửa có nguy cơ cao hơn đối với các biến chứng nhẹ như nhiễm trùng do

tiếp xúc trực tiếp của hệ thống dẫn lưu với mô thận [6]. Đáng chú ý, tư thế nằm sấp có tỷ lệ biến chứng liên quan đến sỏi rơi xuống kết niệu quản (1%) – một tình trạng ít gặp nhưng có thể gây ra các vấn đề nghiêm trọng nếu không được xử trí kịp thời. Tình trạng này thường xuất hiện trong các trường hợp sỏi lớn, phức tạp, đòi hỏi kỹ thuật thao tác cẩn thận hơn. Liu và cộng sự (2010) và Yuan và cộng sự (2016) cũng ghi nhận rằng tư thế nằm sấp có nguy cơ cao hơn đối với các biến chứng liên quan đến thao tác phẫu thuật trên các hệ thống thận phức tạp [7][8].

Từ các dữ liệu trên, tư thế nằm ngửa và nằm sấp đều có những lợi thế riêng và phù hợp với những tình huống lâm sàng cụ thể: Tư thế nằm ngửa là lựa chọn ưu tiên cho bệnh nhân lớn tuổi hoặc có bệnh lý đi kèm, nhờ vào thời gian phẫu thuật ngắn và thời gian hồi phục nhanh. Điều này có thể giúp giảm gánh nặng cho bệnh nhân và nhân viên y tế [6][7]. Tư thế nằm sấp tỏ ra ưu việt hơn trong các trường hợp sỏi lớn, phức tạp, nhờ tỷ lệ sạch sỏi cao và khả năng tối ưu hóa thao tác loại bỏ sỏi [7][8].

Hạn chế của nghiên cứu: không thiết kế được nhóm đối chứng song song và ngẫu nhiên hóa trong chọn đối tượng nghiên cứu. Một số yếu tố cần lưu ý là sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm về độ tuổi (nằm sấp: 33,8 tuổi; nằm ngửa: 50 tuổi) có thể làm sai lệch kết quả. Giảm thiểu sự khác biệt này trong các nghiên cứu tương lai sẽ giúp tăng tính khách quan

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa là khả thi, hiệu quả, an toàn

với tỉ lệ biến chứng thấp và không có biến chứng nặng diễn ra trong thời gian nghiên cứu.

Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa có ưu điểm hơn tư thế nằm sấp về thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện nhưng có tỉ lệ sạch sỏi thấp hơn (92,1% so với 97,08%).

Nghiên cứu cho thấy tư thế nằm ngửa và nằm sấp đều có những lợi thế cũng như bất lợi riêng. Vì vậy, tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể và thói quen cũng như kinh nghiệm của phẫu thuật viên để lựa chọn phương án phù hợp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thế Anh, Đặng Công Bắc, Trần Thị Thu Phương** (2018), Kết quả phẫu thuật nội soi lấy sỏi thận qua da tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 22, Số 4, 62-66.
2. **Dương Thế Anh, Đặng Công Bắc, Trần Thị Thu Phương** (2019), Kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp nội soi lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 23, Số 3, 187-191
3. **Dương Thế Anh, Đoàn Quang Long, Trương Thiên Định** (2023), Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ sau 5 năm thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Bình Dương, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 525 - tháng 4 - số đặc biệt, 674-680
4. **Dương Thế Anh, Trương Thiên Định, Đoàn Quang Long** (2024), Kết quả bước đầu tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ tư thế nằm ngửa tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương, Tạp chí Y Dược Huế- Trường Đại học Y- Dược, Đại học Huế- Hội nghị Tiết niệu – Thận học 2024, số đặc biệt tháng 8, 406-411
5. **European Association of Urology (EAU)** (2024). EAU Guidelines on Urolithiasis - Limited Update April 2024. Skolarikos, A., Jung, H., Neisius, A., Petřík, A., Somani, B., Tailly, T., & Gambaro, G. European Association of Urology.
6. **Giusti, G., De Lisa, A.** (2020), PCNL in the prone position VS PCNL in the modified supine Double-S position: is there a better position? Urolithiasis 48, 63–69. <https://doi.org/10.1007/s00240-018-1088-0>
7. **Liu, L., Zheng, S., Xu, Y., & Wei, Q.** (2010), Systematic Review and Meta-Analysis of Percutaneous Nephrolithotomy for Patients in the Supine Versus Prone Position. Journal of Endourology, 24(12), 1941–1946. doi:10.1089/end.2010.0292
8. **Yuan D, Liu Y, Rao H, Cheng T, Sun Z, Wang Y, Liu J, Chen W, Zhong W, Zhu J.** (2016), Supine Versus Prone Position in Percutaneous Nephrolithotomy for Kidney Calculi: A Meta-Analysis. J Endourol.; 30(7):754-63. doi: 10.1089/end.2015.0402

ĐÁNH GIÁ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN NIỆU TRÊN NGƯỜI BỆNH SAU PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC VÀ TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ

Phạm Hữu Đoàn^{1,2}, Vũ Lê Chuyên¹,
Đỗ Vũ Phương¹, Dương Đăng Hiếu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư bàng quang là một bệnh lý ác tính phổ biến với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu. Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị là phương pháp điều trị phổ biến đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ, nhưng thường đi kèm với nguy cơ cao nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 117 người bệnh ung thư bàng quang trải qua phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị tại Bệnh viện Bình Dân, Việt Nam, từ tháng 11/2020 đến tháng 4/2024. Mục tiêu nghiên cứu nhằm đánh giá tỷ lệ mắc, đặc điểm lâm sàng, phổ vi khuẩn và mô hình kháng kháng sinh của nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) trong nhóm người bệnh này. Các dữ liệu bao gồm thông tin nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, kết quả vi sinh và độ nhạy cảm kháng sinh được thu thập và phân tích.

Kết quả: NKĐTN xuất hiện ở 45 người bệnh (38%) trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật, với 93% trường hợp (42 người bệnh) xảy ra trong 3 tháng đầu tiên. *Escherichia coli* (46%) và *Pseudomonas aeruginosa* (17%) là các tác nhân chính, với mức độ kháng cao đối với các kháng sinh thường dùng. Các kháng sinh có độ nhạy cao bao gồm Amikacin (78%), Meropenem (75%), và Imipenem (61%).

Kết luận: NKĐTN là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị, đặc biệt trong ba tháng đầu sau phẫu thuật. Sự xuất hiện phổ biến của vi khuẩn đa kháng thuốc đặt ra yêu cầu sử dụng phác đồ kháng sinh kinh nghiệm ban đầu dựa trên Carbapenem (Imipenem hoặc Meropenem kết hợp với Amikacin), sau đó điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ. Việc chăm sóc hậu phẫu, bao gồm tối ưu hóa chức năng bàng quang và phòng ngừa nhiễm khuẩn, đóng vai trò quan trọng trong cải thiện tiên lượng và kết quả điều trị.

Từ khóa: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, ung thư bàng quang, bàng quang tạo hình trực vị.

¹Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

²Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

SĐT: 0932999468

Email: 20.05.104.01@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

SUMMARY

ASSESSMENT OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF URINARY TRACT INFECTIONS IN PATIENTS FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY AND ORTHOTOPIC NEOBLADDER RECONSTRUCTION

Introduction: Bladder cancer is a prevalent malignancy with high morbidity and mortality

rates globally. Radical cystectomy with orthotopic neobladder reconstruction is a common treatment for muscle-invasive bladder cancer but is associated with a significant risk of urinary tract infection (UTI).

Methods: A retrospective study was conducted on 117 patients with bladder cancer who underwent radical cystectomy and orthotopic neobladder reconstruction at Binh Dan Hospital, Vietnam, from November 2020 to April 2024. The study aimed to assess the incidence, clinical characteristics, bacterial spectrum, and antibiotic resistance patterns of urinary tract infections (UTIs) in this patient population. Data on demographics, clinical features, microbiological findings, and antibiotic susceptibility were collected and analyzed.

Results: UTIs occurred in 45 patients (38%) within 6 months post-surgery, with 93% of cases (42 patients) occurring in the first 3 months. *Escherichia coli* (46%) and *Pseudomonas aeruginosa* (17%) were the predominant pathogens, with high resistance to first-line antibiotics. Antibiotics with higher sensitivity included Amikacin (78%), Meropenem (75%), and Imipenem (61%).

Conclusions: : UTI is a common complication following orthotopic neobladder reconstruction, particularly within the first three months postoperatively. The high prevalence of multidrug-resistant bacteria necessitates the use of empiric antibiotic regimens based on Carbapenems (Imipenem or Meropenem combined with Amikacin), with subsequent adjustments according to antibiotic susceptibility testing. Postoperative care, including bladder function optimization and infection prevention, plays a crucial role in improving patient outcomes and overall treatment efficacy.

Keywords: nhiễm khuẩn đường tiết niệu, ung thư bàng quang, bàng quang tạo hình trực vị.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một bệnh lý thường gặp ở đường tiết niệu, với tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn cầu. Theo số liệu năm 2020 từ Globocan [1], Việt Nam có 1.721 ca mắc mới và 902 ca tử vong. Trong các trường hợp ung thư bàng quang xâm lấn cơ, phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị chủ yếu. Sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể được chuyển lưu nước tiểu qua nhiều phương pháp, trong đó phương pháp chuyển lưu nước tiểu có kiểm soát phổ biến nhất là tạo hình bàng quang trực vị tính đơn giản và hiệu quả.

Tuy nhiên, phương pháp này dẫn đến nhiều biến chứng sau mổ, đặc biệt là nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), chiếm tỷ lệ đáng kể trong số các biến chứng. NKĐTN không chỉ làm giảm chất lượng sống mà còn gây khó khăn trong điều trị, với tỷ lệ tái phát cao và nguy cơ đe dọa tính mạng.

Hiện nay tạo hình bàng quang trực vị là phương pháp chuyển lưu nước tiểu tối ưu sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp người bệnh có thể tự tiểu qua đường tự nhiên, mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn sau phẫu thuật.

Tại Bệnh viện Bình Dân, số lượng người bệnh ung thư bàng quang đến điều trị hàng năm tương đối lớn. Bệnh viện đã triển khai phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị từ những năm 1990. Tiếp đó, phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc có robot hỗ trợ được thực hiện tại bệnh viện từ năm 2017, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. Tuy nhiên, tỷ lệ nhập viện lại do nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN) sau phẫu

thuật vẫn đáng kể, cho thấy đây là một vấn đề y khoa quan trọng cần được nghiên cứu sâu hơn.

Việc hiểu rõ đặc điểm NKĐTN ở người bệnh tạo hình bàng quang trực vị có vai trò thiết yếu trong việc cải thiện chất lượng điều trị, giảm thiểu biến chứng và tối ưu hóa quy trình chăm sóc hậu phẫu. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị NKĐTN ở nhóm người bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Gồm những người bệnh ung thư bàng quang được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng tại bệnh viện Bình Dân.

Nhập viện lại với chẩn đoán nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), dựa trên tiêu chuẩn của Hội Nội khoa Châu Âu và Hội Tiết niệu - Thận học Việt Nam

Thời gian nghiên cứu từ 11/2020 đến tháng 4/2024.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

Cách tiến hành nghiên cứu:

Thu thập các đặc điểm lâm sàng và nhân khẩu học bao gồm tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), triệu chứng lâm sàng, thời gian từ khi tạo hình bàng quang trực vị đến khi xuất hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu (NKĐTN), hiệu quả điều trị lâm sàng và cận lâm sàng. Ghi nhận kết quả xét nghiệm gồm tổng phân tích

nước tiểu, kháng sinh đồ nước tiểu và tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh.

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R.3.6.1.

Test kiểm định sử dụng: Chi-square test để so sánh các tỷ lệ.

Y đức

Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng đạo đức bệnh viện Bình Dân.

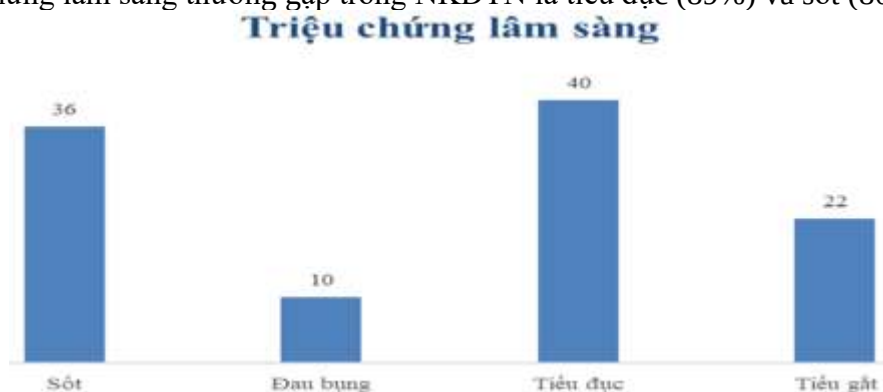
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành từ tháng 11/2020 đến tháng 04/2024 trên 117 người bệnh ung thư bàng quang có được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị. Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc, tạo hình trực vị hoặc mổ mở. Chủ yếu người bệnh có giới tính nam chiếm 88%, tuổi trung bình của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu là 61,2 tuổi, BMI trung bình của nhóm người bệnh tham gia nghiên cứu là 22,1 kg/m².

Trong 117 trường hợp đó ghi nhận 57 người bệnh cây nước tiểu ra vi khuẩn đa kháng, trong đó có 45 người bệnh phải nhập viện lại sau mổ do nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm 38% trường hợp trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật. Trong đó người bệnh thường nhập viện trong vòng 3 tháng đầu tiên sau phẫu thuật với 42 người bệnh chiếm đến 93%.

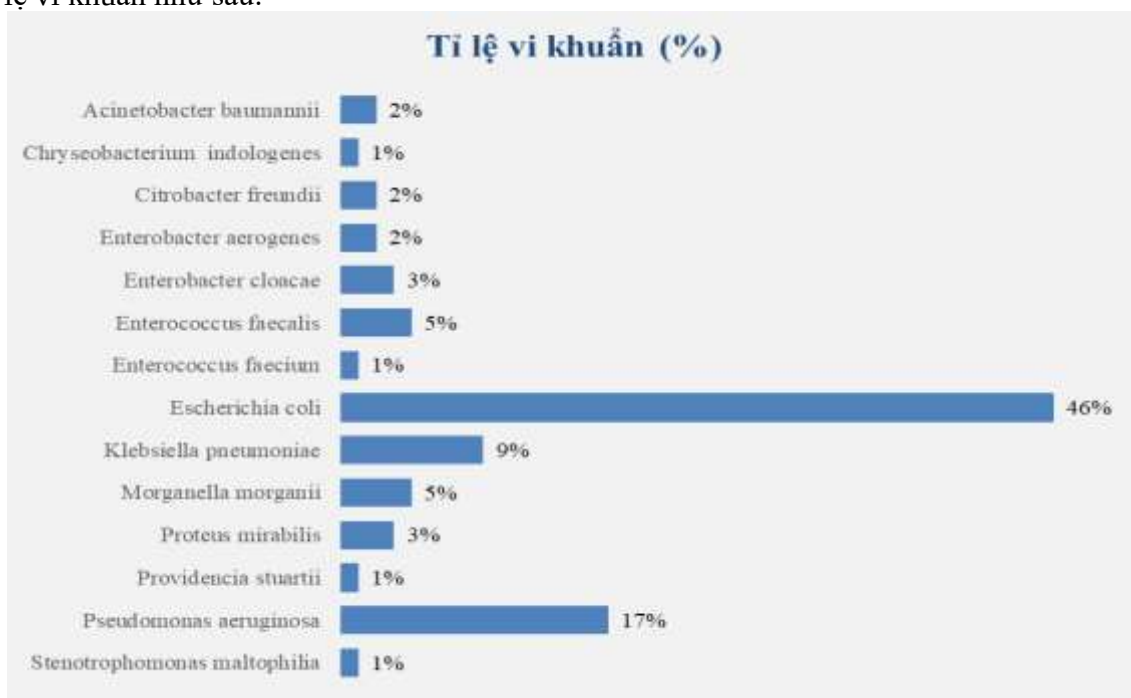


Biểu đồ 1: Tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên bệnh nhân tạo hình bàng quang trực vị
Triệu chứng lâm sàng thường gặp trong NKĐTN là tiểu đục (89%) và sốt (80%).



Biểu đồ 2: Triệu chứng lâm sàng trong NKĐTN (n=45)

Trong 45 trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật có tỷ lệ vi khuẩn như sau:



Biểu đồ 3: Tỷ lệ các vi khuẩn gây bệnh

Escherichia coli chiếm tỷ lệ cao nhất (46%), là tác nhân chính gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu trong nhóm người bệnh này. Điều này phản ánh tính phổ biến của *E. coli* trong các bệnh nhiễm khuẩn đường tiết niệu. *Pseudomonas aeruginosa* chiếm tỷ lệ 17%, là vi khuẩn đa kháng quan trọng và thường liên quan đến các trường hợp nhiễm khuẩn phức tạp hoặc tái phát. *Klebsiella pneumoniae*

(9%), *Enterococcus faecalis* (5%), và *Morganella morganii* (5%) cũng là các tác nhân nhiễm khuẩn đáng lưu ý. Các loại vi khuẩn khác như *Enterobacter cloacae* (3%), *Proteus mirabilis* (3%), và một số ít hơn như *Acinetobacter baumannii* (2%), *Enterococcus faecium* (1%), *Chryseobacterium indologenes* (1%) và *Stenotrophomonas maltophilia* (1%) có tỷ lệ thấp hơn.



Biểu đồ 4: Sự nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn

Tỷ lệ nhạy các kháng sinh trong nhóm người bệnh NKĐTN khá thấp, đa số là dưới 50%. Một số kháng sinh thường sử dụng còn nhạy là Amikacin, Piperacillin, Imipenem, Meropenem, TMP-SMZ, Tigecycline, Vancomycin. Cho thấy lựa chọn kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm là rất khó khăn. Những kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 đã bị đề kháng gần hết như Cefazolin (0%), Cefoperazone (0%), Ceftriaxone (24%), Cefotaxime (0%), Cefuroxime (20%). Các kháng sinh nhóm Carbapenem, Aminoglycoside (Amikacin), β -lactam/ β -lactamase inhibitors (Cefoperazone

+ Sulbactam, Piperacillin + Tazobactam), Nitrofurantoin vẫn còn tỷ lệ nhạy cảm cao (>60%).

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng là một vấn đề phổ biến ở người bệnh có tạo hình bàng quang trực vị, với tỷ lệ dao động từ 78% đến 85%. Ngược lại, nhiễm khuẩn đường tiết niệu có triệu chứng chỉ xuất hiện ở khoảng 30% trường hợp, trong khi nhiễm khuẩn huyết từ đường tiết niệu rất hiếm, chỉ chiếm khoảng 0 – 12% [2]. Triệu chứng đặc trưng và thường gặp nhất ở người bệnh

nhiễm khuẩn đường tiết niệu có triệu chứng là tiểu đục và sốt. Trong đó, tiểu đục được coi là dấu hiệu dễ nhận biết và có giá trị cao trong việc phát hiện nhiễm khuẩn. Sốt, mặc dù là một triệu chứng phổ biến, cũng được các bác sĩ sử dụng như một yếu tố quan trọng và đáng tin cậy để đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn ở người bệnh. Những quan sát này nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi chặt chẽ các dấu hiệu lâm sàng để phát hiện sớm và quản lý hiệu quả nhiễm khuẩn ở nhóm người bệnh này. Nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng là sự hiện diện của $\geq 10^5$ CFU/mL vi khuẩn trong mẫu nước tiểu lấy giữa dòng mà không có triệu chứng lâm sàng của nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI). Hiệp hội Nội khoa Châu Âu (EAU) nhấn mạnh rằng người bệnh có bàng quang tạo hình bằng ruột thường có vi khuẩn niệu dai dẳng mà không liên quan đến nhiễm trùng thực sự, vì vậy EAU không khuyến cáo điều trị kháng sinh trên nhóm người bệnh này trừ khi có dấu hiệu nhiễm khuẩn thực sự, như sốt, đau vùng bụng dưới, hoặc rối loạn chức năng bàng quang.

Nhiễm khuẩn niệu là một trong những biến chứng chu phẫu phổ biến nhất trong phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị. Tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu sớm sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị dao động từ 5,7% đến 44%, tùy thuộc vào đặc điểm nghiên cứu. Tình trạng nhiễm khuẩn có liên quan mật thiết đến tỷ lệ tái nhập viện sớm và tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị. Trong các nghiên cứu, ba loại nhiễm khuẩn chính thường được ghi nhận bao gồm nhiễm khuẩn đường tiết niệu, sốt nhiễm khuẩn, và nhiễm khuẩn vết mổ. Trong đó, nhiễm khuẩn niệu

là nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến tái nhập viện sau phẫu thuật [3].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng *Escherichia coli* và *Pseudomonas aeruginosa* là hai vi khuẩn gây bệnh chủ yếu, với phổ vi khuẩn được phân lập tương đồng với các nghiên cứu trước đó. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng những vi khuẩn phổ biến trong nhiễm khuẩn đường tiết niệu bao gồm *P. aeruginosa*, *E. coli*, và *Klebsiella* spp [4], [5], [6]. Cụ thể, nghiên cứu của tác giả Roy Mano [6] năm 2013, về nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người bệnh sau tạo hình bàng quang trực vị, ghi nhận tỷ lệ nhiễm khuẩn niệu cao nhất trong 3 tháng đầu sau mổ. Vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa* (24%) và *Escherichia coli* (24%) là hai tác nhân được ghi nhận nhiều nhất trong nghiên cứu, trong đó kháng sinh Amikacin được ghi nhận có tỷ lệ nhạy cảm nhất (78%). Nghiên cứu của tác giả Kwang Hyun Kim [4], năm 2016 ghi nhận vi khuẩn *E. coli* là tác nhân thường gặp nhất (40%).

Về mặt hình thái và chức năng, bàng quang tân tạo khác biệt rõ rệt so với bàng quang tự nhiên, tạo nên môi trường thuận lợi cho sự phát triển của vi khuẩn, đặc biệt khi kết hợp với tình trạng lưu các ống thông kéo dài sau mổ. Những yếu tố này góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn niệu, vốn thường phức tạp hơn do khả năng tái phát nhiều lần. Nhiễm khuẩn trên nhóm người bệnh này còn thường xuyên liên quan đến các hoạt động chăm sóc y tế như thay băng vết thương và chăm sóc vết mổ, làm tăng thêm tính phức tạp trong điều trị và kiểm soát nhiễm khuẩn.

Những phát hiện này không chỉ giúp làm sáng tỏ cơ chế sinh bệnh mà còn nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi và chăm sóc kỹ lưỡng trong giai đoạn đầu sau phẫu thuật. Đồng thời, các biện pháp như tránh tác

ngheh dòng tiểu, bơm rửa bàng quang, và giáo dục người bệnh về vệ sinh cá nhân cũng đóng vai trò thiết yếu trong việc giảm thiểu nguy cơ nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các trường hợp nhiễm khuẩn niệu xuất hiện trong 3 tháng đầu sau phẫu thuật chiếm đến 42 trường hợp (93%). Khoảng thời gian từ 3 đến 6 tháng chỉ ghi nhận thêm 3 trường hợp nhập viện vì nhiễm khuẩn niệu. Sự giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn này có thể liên quan đến các thay đổi chức năng và mô học của bàng quang tân tạo khi người bệnh đã có sự thích nghi. Các thay đổi bao gồm sự gia tăng lưu lượng dòng nước tiểu, tăng dung tích bàng quang và giảm lượng nước tiểu tồn dư. Ngoài ra, sự thay đổi trong cấu trúc niêm mạc đoạn ống tiêu hóa dùng tạo hình bàng quang tân tạo, xảy ra từ 3–6 tháng sau phẫu thuật, cũng có thể làm giảm nguy cơ nhiễm khuẩn.

Nghiên cứu ghi nhận 57 trường hợp cấy nước tiểu dương tính với vi khuẩn, chiếm 49% tổng số bệnh nhân, trong đó 45 trường hợp được chẩn đoán NKĐTN triệu chứng và nhập viện điều trị. Thực tế, có tới 78–85% mẫu nước tiểu từ người bệnh bàng quang tân tạo trực vị cho kết quả dương tính với vi khuẩn. Tuy nhiên, đa số bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng hoặc dấu hiệu viêm đáng kể. Điều này cho thấy nhiễm khuẩn niệu không triệu chứng là tình trạng phổ biến và không cần thiết phải điều trị kháng sinh nếu không có dấu hiệu nhiễm trùng rõ ràng.

Tỷ lệ nhạy của các vi khuẩn với kháng sinh trong nghiên cứu của chúng tôi khá thấp, cho thấy tình hình đề kháng kháng sinh nghiêm trọng trong nhóm người bệnh NKĐTN này. Một phần nguyên nhân là tình trạng đề kháng kháng sinh nói chung ở Việt Nam đang ngày càng gia tăng theo các năm,

nguyên nhân khác là việc dùng kháng sinh trước nhập viện rất phổ biến, tiền căn đã sử dụng nhiều kháng sinh sau cắt bàng quang tận gốc có chuyển lưu nước tiểu, có thể là nguyên nhân gây nên tình trạng kháng kháng sinh hiện nay [7], [8].

Tại Bệnh viện Bình Dân, NKĐTN ở nhóm bệnh nhân có bàng quang tạo hình trực vị được phân loại là nhiễm khuẩn bệnh viện. Kết quả kháng sinh đồ cho thấy tỷ lệ nhạy kháng sinh rất thấp đối với các vi khuẩn thuộc nhóm Cephalosporin thế hệ 1, 2, 3 và Quinolone. Điều này đặt ra thách thức lớn trong lựa chọn phác đồ điều trị, đòi hỏi bác sĩ phải cân nhắc kỹ lưỡng trong việc sử dụng kháng sinh để đạt hiệu quả tối ưu.

Sau khi có KSD, hiệu chỉnh kháng sinh theo KSD và dùng nhiều loại kháng sinh khác nhau, trong đó tỷ lệ dùng Imipenem vẫn ở mức cao là 61%, Meropenem (75%), Amikacin (78%). Như vậy, chúng tôi xin khuyến nghị rằng nhóm kháng sinh kinh nghiệm ban đầu nên áp dụng cho NGƯỜI BỆNH nhập viện vì NKĐTN là Carbapenems kết hợp với Aminoglycosides, cụ thể là Imipenem kết hợp với Amikacin. Sau khi có KSD, sẽ xem xét lại hiệu quả điều trị về lâm sàng và tác nhân vi sinh, để quyết định hạ thang kháng sinh theo KSD.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy NKĐTN là biến chứng thường gặp sau phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị, với 93% trường hợp xảy ra trong 3 tháng đầu sau mổ. *Escherichia coli* và *Pseudomonas aeruginosa* là hai tác nhân chính, trong bối cảnh tỷ lệ kháng kháng sinh cao, gây khó khăn trong điều trị. Khuyến nghị lựa chọn kháng sinh kinh nghiệm ban đầu là Carbapenem (Imipenem, Meropenem) kết hợp với Aminoglycosides (Amikacin),

sau đó điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ. Việc cải thiện chức năng bàng quang tân tạo theo thời gian và chăm sóc hậu phẫu hợp lý đóng vai trò quan trọng trong việc giảm tỷ lệ NKĐTN và nâng cao hiệu quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H. Global Cancer Statistics 2020:** GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *A Cancer Journal for Clinicians*. 2020; 71(3): 209–249.
2. **Tan WS, Lamb BW, Kelly JD.** Complications of radical cystectomy and orthotopic reconstruction. *Advances in Urology*. 2015;2015(1):323157.
3. **Nguyễn Văn Ân, Trịnh Nguyên Bách.** Đánh giá chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn đường tiết niệu bệnh nhân tạo hình bàng quang bằng hồi tràng cắt bàng quang tận gốc do ung thư tại Bệnh viện Bình Dân. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23(2):47-53.
4. **Kim KH và Yoon HS** (2016), Febrile Urinary Tract Infection after Radical Cystectomy and Ileal Neobladder in Patients with Bladder Cancer, *Journal of Korean Medical Science*, 31(7), tr. 1100-1104..
5. **Mano R, Goldberg H, Stabholz Y, Hazan D, Margel D, Kedar D, Baniel J, and Yossepowitch O** (2018). Urinary Tract Infections After Urinary Diversion: Different Occurrence Patterns in Patients With Ileal Conduit and Orthotopic Neobladder. *Urology*, 116, pp. 87-92.
6. **Mano R, Baniel J, Goldberg H, Stabholz Y, Kedar D, Yossepowitch O.** Urinary tract infections in patients with orthotopic neobladder. *Urol Oncol*. 2014;32(1):50.e9-50.e5.0E14. doi:10.1016/j.urolonc.2013.07.017.
7. **Bộ Y Tế và GARP-VN.** Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam. 2009.
8. **Hsueh PR, Hoban DJ, Carmeli Y, et al.** Consensus review of the epidemiology and appropriate antimicrobial therapy of complicated urinary tract infections in Asia-Pacific region. *J Infect*. 2011;63(2):114-123. doi:10.1016/j.jinf.2011.05.015.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG SỐNG BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC KÈM TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ BẰNG HỒI TRÀNG THEO THANG ĐIỂM EORTC QLQ - C30 VÀ EORTC QLQ - BLM30

Phạm Hữu Đoàn^{1,2}, Huỳnh Kim Khánh Đăng¹, Dương Đăng Hiếu¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Chuyển lưu nước tiểu bằng tạo hình bàng quang trực vị (IONB) là một phương pháp chuyển lưu nước tiểu được ưa tiên sau cắt bàng quang tận gốc. Tuy nhiên dữ liệu về chất lượng cuộc sống (CLCS) sau phẫu thuật này vẫn còn hạn chế. Mục tiêu của chúng tôi là đánh giá CLCS ở những bệnh nhân này kèm xác định các yếu tố ảnh hưởng tới CLCS của bệnh nhân.

Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang mô tả hàng loạt ca. Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ (cT2-T4a, N0, M0) được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc kèm tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2020 tới 6/2024. Đánh giá CLCS sau mổ theo thang điểm EORTC QLQ – C30 và EORTC QLQ – BLM30 của hiệp hội Nghiên cứu và Điều trị Ung thư châu Âu (EORTC).

Kết quả: Trong tổng số 91 BN được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung bình là $61,8 \pm 10$, nam giới chiếm ưu thế gồm 82 BN (90%). Thời gian sau phẫu thuật được chia làm 4 giai đoạn theo

đôi: giai đoạn đầu từ 1 tháng tới 12 tháng; giai đoạn thứ hai từ 12 tháng tới 24 tháng và giai đoạn thứ ba từ sau 24 tháng. Điểm CLCS được đánh giá ở các giai đoạn thời gian riêng biệt, gián tiếp thông qua các nhóm điểm chức năng, điểm triệu chứng, điểm sức khỏe tổng quát theo định nghĩa của hai bảng điểm EORTC QLQ – C30 và EORTC QLQ – BLM30.¹⁻³

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau phẫu thuật ghi nhận thấp nhất trong 12 tháng đầu sau mổ và cải thiện cao nhất, đạt được ngưỡng tốt sau 24 tháng. Việc ứng dụng các chương trình phục hồi chức năng, vật lý trị liệu, các biện pháp giảm đau, hỗ trợ tâm lý cũng như chế độ dinh dưỡng hợp lý là các yếu tố chính giúp cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong 12 tháng đầu sau mổ.

Từ khóa: ung thư bàng quang, tạo hình bàng quang trực vị, chất lượng cuộc sống, EORTC QLQ – C30, EORTC QLQ – BLM30.

SUMMARY

ASSESSMENT OF QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER RADICAL CYSTECTOMY WITH ILEAL ORTHOTOPIC NEOBLADDER RECONSTRUCTION USING EORTC QLQ – C30 AND EORTC QLQ – BLM30 SCALES

Objective: Orthotopic neobladder urinary diversion (IONB) is a preferred method of urinary diversion following radical cystectomy. However, data on the quality of life (QoL) after

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

SĐT: 0932999468

Email: 20.05.104.01@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

this procedure remains limited. Our objective is to assess the QoL in these patients and to identify factors influencing their QoL.

Methods: A prospective, cross-sectional case series study. The study population includes patients diagnosed with muscle-invasive bladder cancer (cT2-T4a, N0, M0) who underwent radical cystectomy with ileal orthotopic neobladder reconstruction at Binh Dan Hospital from January 2020 to June 2024. Postoperative quality of life (QoL) was assessed using the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BLM30 questionnaires from the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC).

Results: A total of 91 patients were included in the study, with a mean age of 61.8 ± 10 years. Males predominated, accounting for 82 patients (90%). The postoperative period was divided into four follow-up phases: the first phase from 1 to 12 months, the second phase from 12 to 24 months, and the third phase beyond 24 months. Quality of life (QoL) scores were evaluated at different time intervals, indirectly assessed through functional scores, symptom scores, and global health status scores, as defined by the EORTC QLQ-C30 and EORTC QLQ-BLM30 questionnaires.

Conclusions: The quality of life of patients is reported to be at its lowest within the first 12 months postoperatively and shows the most significant improvement, reaching an optimal threshold, after 24 months. The implementation of rehabilitation programs, physiotherapy, pain management strategies, psychological support, and appropriate nutritional regimens are key factors contributing to the enhancement of patients' quality of life during the first 12 months following surgery.

Keywords: Bladder cancer, orthotopic neobladder reconstruction, quality of life, EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BLM30.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một bệnh lý thường gặp trong các bệnh lý ác tính đường tiết niệu ở Việt Nam. Khi ung thư bàng quang ở giai đoạn xâm lấn lớp cơ nhưng chưa di căn hạch và di căn xa thì phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, nạo hạch và chuyển lưu nước tiểu, có hay không hóa trị tân hỗ trợ được xem là phương thức điều trị tiêu chuẩn.⁴ Sau khi cắt bàng quang tận gốc, vấn đề tiếp theo là lựa chọn phương pháp chuyển lưu nước tiểu phù hợp. Đây là bước quan trọng trong quá trình điều trị ung thư bàng quang và được xem là có ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Đánh giá thành công của một quá trình điều trị, không chỉ về kết quả phẫu thuật mà cần phải đánh giá về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau mổ để có một cái nhìn tổng quát về sức khỏe của bệnh nhân, giúp cải thiện hơn về quá trình điều trị và tìm ra phương pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân sau mổ. Rất ít các nghiên cứu đánh giá về chất lượng cuộc sống sau mổ cắt bàng quang kèm tạo hình bàng quang trực vị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Gồm những BN được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn lớp cơ (cT2-T4a, N0, M0) được phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc kèm tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng tại bệnh viện Bình Dân.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2020 tới tháng 6 năm 2024.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, cắt ngang mô tả loạt trường hợp

Cách tiến hành nghiên cứu:

Ghi nhận các đặc điểm như: tuổi, giới, tình trạng hóa trị tân hỗ trợ, phương pháp

phẫu thuật, giai đoạn ung thư theo kết quả giải phẫu bệnh và điểm chất lượng cuộc sống sau mổ dựa trên hai bảng điểm EORTC QLQ - C30 và BLM30 của hiệp hội Nghiên cứu và Điều trị Ung thư châu Âu (EORTC).

Tất cả các đối tượng tham gia được hẹn theo lịch tái khám, đều hoàn thành các bảng câu hỏi được cung cấp. Bảng câu hỏi EORTC QLQ – C30 và EORTC QLQ – BLM30 đều đã được kiểm chứng độ tin cậy. Cụ thể, bảng câu hỏi EORTC QLQ – C30 đánh giá các yếu tố liên quan đến ung thư có ảnh hưởng đến CLCS, trong khi đó bảng câu hỏi EORTC QLQ – BLM30 được lựa chọn nhằm nghiên cứu cụ thể tác động của phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị lên CLCS. Đối với mỗi câu hỏi trong cả hai bảng điểm, bệnh nhân chấm điểm từ 1 tới 4 (1 = hoàn toàn không, 2 = một chút, 3 = khá nhiều, 4 = rất nhiều); sau đó tất cả các điểm số đều được chuyển đổi tuyến tính thành thang điểm từ 0 tới 100. Đối với các mục đánh giá điểm sức khỏe tổng quát và điểm chức năng, điểm số cao nhất biểu thị mức độ chức năng cao nhất. Điểm sức khỏe tổng quát được xem là điểm số chính đại diện phản ánh chính về CLCS của

BN. Điểm sức khỏe tổng quát trên 70 được xem là BN có CLCS tốt. Điểm chức năng trên 80 được xem là tác động tích cực đến CLCS của BN. Đối với các mục đánh giá triệu chứng hoặc vấn đề chức năng, điểm số cao nhất biểu thị mức độ triệu chứng hoặc vấn đề cao nhất. Điểm triệu chứng dưới 20 được xem là không ảnh hưởng đến CLCS của BN. Tất cả dữ liệu thu thập được xử lý dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (SD). Các mục được phân loại theo 3 giai đoạn thời gian theo dõi (giai đoạn đầu từ 1 tới 12 tháng, giai đoạn hai từ 12 tháng tới 24 tháng, giai đoạn ba từ sau 24 tháng). Các phép kiểm định sự khác biệt giữa các giá trị trung bình gồm phép kiểm t-test nếu như các giá trị là phân phối chuẩn, phép kiểm phi tham số Mann – Whitney U nếu như không có phân phối chuẩn. Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê nếu như giá trị $P \leq 0,05$.

Xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20

Y đức

Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng Y đức trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tuổi, giới tính và các đặc điểm lâm sàng, bệnh lý của 91 bệnh nhân

Đặc điểm	N (%)
Giới tính	
Nam	82 (90)
Nữ	9 (10)
Tuổi (năm) (trung bình) (giới hạn)	61,8 (32 – 85)
Giai đoạn ung thư (pTNM – AJCC)	
Giai đoạn II	78 (86)
Giai đoạn III	13 (14)
Hóa trị tân hỗ trợ	16 (18)
Phương pháp phẫu thuật	
Mổ mở	36 (39)
Mổ robot	55 (61)

Bảng 1 ghi nhận các đặc điểm tuổi, giới và một số đặc điểm bệnh lý, lâm sàng của bệnh nhân, tuổi trung bình ghi nhận $61,8 \pm 10$. Trong đó nam giới chiếm ưu thế gồm 82 bệnh nhân (90%).

Bảng 2. Kết quả đánh giá CLCS sau mổ theo EORTC QLQ – C30

Chỉ số	Sau mổ trước 12 tháng (N=22)	Sau mổ từ 12th> 24th (N= 35)	Sau mổ >24th (N= 34)	P*	P**	P***
Sức khỏe tổng quát	53,5 ± 24	61,2 ± 23	76,1 ± 12	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Chức năng						
Thể chất	70,0 ± 13	71,1 ± 18	74,2 ± 14	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Hoạt động	66,7 ± 19	70,9 ± 23	80,8 ± 18	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Cảm xúc	86,1 ± 8	86,9 ± 16	89,0 ± 13	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Nhận thức	87,9 ± 12	90,9 ± 14	95,1 ± 8	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Xã hội	50,0 ± 28	62,3 ± 28	81,7 ± 18	P < 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Triệu chứng						
Mệt mỏi	29,7 ± 20	24,4 ± 22	26,3 ± 19	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Buồn nôn/nôn	17,3 ± 16	12,4 ± 14	15,8 ± 20	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Đau	40,1 ± 27	31,5 ± 27	27,4 ± 23	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Khó thở	19,5 ± 17	17,9 ± 22	12,6 ± 16	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Mất ngủ	48,5 ± 40	33,3 ± 33	29,4 ± 31	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Chán ăn	48,5 ± 41	26,5 ± 24	20,4 ± 26	P > 0,05	P > 0,05	P < 0,05
Táo bón	50,0 ± 40	31,4 ± 33	19,5 ± 27	P > 0,05	P < 0,05	P > 0,05
Tiêu chảy	9,0 ± 15	16,0 ± 17	14,6 ± 17	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05
Khó khăn tài chính	43,9 ± 26	32,4 ± 28	29,3 ± 21	P > 0,05	P > 0,05	P > 0,05

Chú thích: *, **, *** là giá trị P, kiểm định sự khác biệt giữa giá trị trung bình của các thang điểm ở các mốc thời gian khác nhau

*: sau 24th và 12>24th, **: sau 24th và trước 12th, ***: trước 12th và 12>24th



Biểu đồ 1. Sự thay đổi theo thời gian của các nhóm chức năng theo C30

Bảng 2 và biểu đồ 1 ghi nhận điểm sức khỏe tổng quát, điểm chức năng và điểm triệu chứng theo EORTC QLQ – C30 qua các giai đoạn thời gian. Trong đó điểm sức khỏe tổng quát, điểm chức năng và hầu hết các điểm triệu chứng đều ghi nhận có sự cải thiện theo thời gian. Cụ thể, điểm sức khỏe tổng quát và tất cả các điểm chức năng ghi nhận thấp nhất trong 12 tháng đầu. Điểm sức khỏe tổng quát ở 12 tháng đầu chỉ có 53,5.

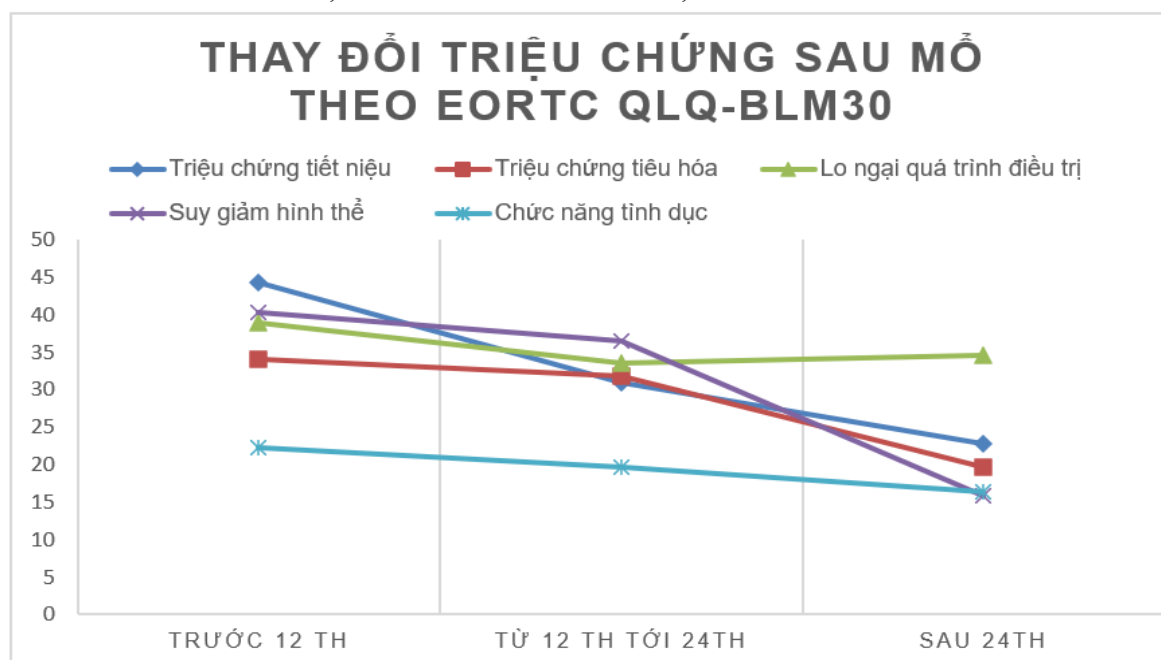
Tới sau 24 tháng, điểm sức khỏe tổng quát đã cải thiện, đạt được 76,1 (> ngưỡng cut – off 70). Sự khác biệt về điểm sức khỏe tổng quát qua các giai đoạn mang ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Các thang điểm chức năng và triệu chứng cũng ghi nhận thấp nhất trong 12 tháng đầu và cải thiện tốt nhất sau 24 tháng. Tuy nhiên hầu hết sự khác biệt về điểm chức năng và triệu chứng lại không mang ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Bảng 3. Kết quả đánh giá CLCS sau mổ theo EORTC QLQ- BLM30

Chỉ số	Sau mổ nhỏ hơn 12 tháng (N= 22)	Sau mổ từ 12th >24th (N= 35)	Sau mổ từ >24th (N= 34)	P*	P**	P***
Triệu chứng tiết niệu	44,3 ± 2	31,0 ± 2	22,8 ± 19	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P < 0,05$
Triệu chứng tiêu hóa	34,1 ± 25	31,9 ± 29	19,7 ± 16	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P > 0,05$
Lo ngại quá trình điều trị	38,9 ± 27	33,5 ± 22	34,6 ± 24	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$
Suy giảm hình thể	40,4 ± 23	36,5 ± 28	15,9 ± 16	$P < 0,05$	$P < 0,05$	$P > 0,05$
Chức năng tình dục	22,0 ± 17	19,3 ± 17	16,3 ± 18	$P > 0,05$	$P > 0,05$	$P > 0,05$

Chú thích: *, **, *** là giá trị P, kiểm định sự khác biệt giữa giá trị trung bình của các thang điểm ở các mốc thời gian khác nhau

*: sau 24th và 12>24th, **: sau 24th và trước 12th, ***: trước 12th và 12>24th



Biểu đồ 2. Sự thay đổi theo thời gian của các nhóm triệu chứng theo BLM30

Bảng 3 và biểu đồ 2 ghi nhận điểm triệu chứng theo EORTC QLQ – BLM30 qua các giai đoạn thời gian. Trong đó nhìn chung hầu hết các điểm triệu chứng đều có sự cải thiện theo thời gian. Trong các nhóm triệu chứng, điểm triệu chứng tiết niệu ghi nhận nặng nề nhất (44,3) trong 12 tháng đầu. Và cải thiện theo thời gian đạt được mức thấp nhất (22,8) sau 24 tháng. Sự khác biệt triệu chứng tiết niệu này qua các giai đoạn thời gian mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các nhóm điểm triệu chứng khác cũng ghi nhận tương tự, đạt được mức thấp nhất sau 24 tháng. Tuy nhiên điểm triệu chứng “lo ngại quá trình điều trị” vẫn ghi nhận ở mức cao (34,6) sau 24 tháng mặc dù có sự cải thiện. Sự khác biệt về triệu chứng “tiêu hóa” và “suy giảm hình thể” mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Dựa trên số liệu bảng 2 và biểu đồ 1, điểm “sức khỏe tổng quát” cải thiện từ 53,5 ở giai đoạn 12 tháng đầu, đến 61,2 và đạt được ngưỡng cao nhất 76,1 sau 24 tháng. Sự khác biệt là có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Điểm “sức khỏe tổng quát” là điểm số chính phản ánh đúng CLCS của bệnh nhân, điểm trên 70 là ngưỡng cut-off khẳng định có được mức chất lượng cuộc sống “tốt” theo định nghĩa của EORTC. Qua đó cho thấy, CLCS ở bệnh nhân sau mổ cắt bàng quang tạo hình bàng quang trực vị, có mức CLCS sau mổ bị ảnh hưởng nhiều nhất trong vòng 12 tháng đầu tiên, nhưng dần dần cải thiện theo thời gian và đạt được mức độ “tốt” về mặt dài hạn (> 24 tháng). Tất cả các điểm chức năng đều ghi nhận có sự cải thiện theo thời gian và hầu hết đều trên 80 điểm sau 24 tháng. Trong đó, các điểm chức năng “thể chất”, “hoạt động” và “xã hội” ghi nhận thấp nhất trong năm đầu tiên (lần lượt 70; 66,7 và 50), thể hiện BN có

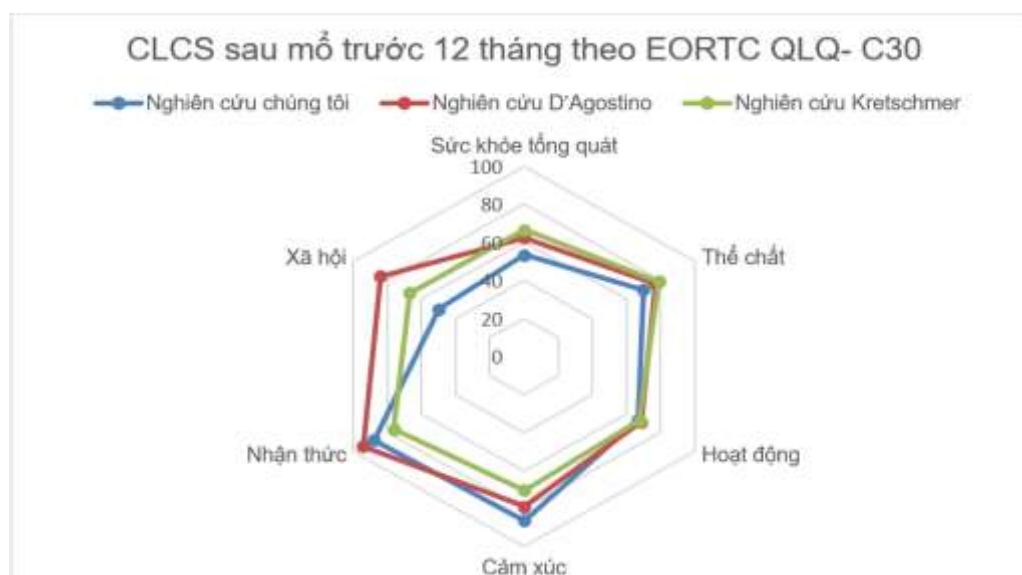
sự giới hạn nhất định về thể chất, bên cạnh sự khó khăn nhất định trong các hoạt động sinh hoạt hằng ngày và khó hòa nhập xã hội được sớm trong giai đoạn 12 tháng đầu tiên. Tất cả các điều đó nói lên phần nào ảnh hưởng tới CLCS của BN trong khoảng thời gian này. Vì vậy thật sự quan trọng nếu như có các chương trình phục hồi chức năng toàn diện, cung cấp hướng dẫn và đào tạo cho BN về cách thích nghi với những thay đổi thể chất, giúp họ tự thực hiện các hoạt động sinh hoạt cơ bản (tắm rửa, ăn uống, đi lại) một cách độc lập hơn, hỗ trợ hòa nhập sớm vào cộng đồng sẽ giúp cải thiện đáng kể CLCS của BN trong vòng 12 tháng đầu tiên.

Nhóm các triệu chứng “đau”, “mất ngủ”, “chán ăn”, “táo bón” và tình trạng “khó khăn tài chính” ghi nhận ở mức cao trong 12 tháng đầu tiên. Tuy có cải thiện theo thời gian sau mổ, nhưng mức điểm triệu chứng cao như vậy ảnh hưởng nhiều tới CLCS của bệnh nhân, qua đó cần tập trung giải quyết các triệu chứng này trong 12 tháng đầu bằng các phương pháp giảm đau, an thần, cũng như hỗ trợ dinh dưỡng, ăn nhiều chất xơ, qua đó giúp cải thiện nhiều điểm “sức khỏe tổng quát” cũng như CLCS.

So sánh với các nghiên cứu trong nước và thế giới. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Hà và CS⁵ tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108, cũng sử dụng bộ câu hỏi EORTC QLQ- C30, ghi nhận điểm “sức khỏe tổng quát” giảm dần sau mổ từ 3 tháng sau mổ (81,3) xuống còn 68,2 điểm tại thời điểm 12 tháng sau mổ. Điểm “sức khỏe tổng quát” này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên nghiên cứu của tác giả chỉ thu thập tới thời điểm 12 tháng sau mổ và có xu hướng giảm gần tiệm cận với điểm số của chúng tôi tại thời điểm sau 12 tháng.

Trong nghiên cứu của tác giả D'Agostino⁶ và CS năm 2016, về nghiên cứu “Chất lượng cuộc sống sau mổ cắt bàng quang trực vị trong thời gian trung hạn và dài hạn” trên 171 bệnh nhân tại 5 trung tâm tiết niệu lớn của nước Ý, cũng ghi nhận số liệu tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi về điểm sức khỏe tổng quát. Nghiên cứu của tác giả ghi nhận CLCS tại các thời điểm trước 18 tháng, từ 19 tháng tới 36 tháng... cho đến sau 72 tháng theo hai tháng điểm EORTC QLQ – C30 và EORTC QLQ BLM30. Tác giả đề cập điểm “sức khỏe tổng quát” ghi nhận thấp trong 12 tháng đầu (62,6), cải thiện và đạt được mức cao nhất sau 72 tháng (72,4). Nghiên cứu cũng ghi nhận trong 12 tháng đầu sau mổ, điểm chức năng “thể chất” và “hoạt động” cũng thấp (< ngưỡng cut - off 80), điểm triệu chứng “mệt mỏi”, “mất ngủ” và táo bón” cũng ghi nhận cao (> ngưỡng cut – off 20), tuy nhiên sau đó cải thiện rõ rệt về mặt dài hạn. Điều này cũng tương đồng giống nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của tác giả Kretschmer⁷ và CS năm 2019 trên tạp chí Niệu khoa Châu Âu cũng ghi nhận số liệu tương tự về điểm “sức khỏe tổng quát” sau mổ 3 tháng, 12 tháng và tới sau 24 tháng, tăng dần qua thời gian từ 64,5 tới 66,7 và lên tới 73,6 ở giai đoạn sau 24 tháng. Điều này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của tác giả ghi nhận tại thời điểm 12 tháng sau mổ, điểm chức năng “hoạt động” và “xã hội” ghi nhận thấp nhất (67,6 và 67,1), nhưng cải thiện tốt và đạt được ngưỡng cao nhất sau 24 tháng (lần lượt là 76,4 và 79,6). Về điểm triệu chứng, tác giả ghi nhận triệu chứng “mệt mỏi”, “mất ngủ” và “khó thở” là các nhóm triệu chứng tác động nặng nề nhất. Nhưng sau 24 tháng, tất cả các nhóm triệu chứng đều cải thiện tốt và đạt được ngưỡng triệu chứng nhẹ nhàng nhất. Sự cải thiện này tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.



Biểu đồ 3. So sánh điểm sức khỏe tổng quát và chức năng theo EORTC – C30

Biểu đồ 3 cho thấy sự tương đồng giữa nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu khác trên thế giới về các nhóm điểm trong 12 tháng đầu sau mổ. Điểm chức năng “nhận thức” và “cảm xúc” ở mức cao ở cả 3 nhóm nghiên cứu. Điểm “sức khỏe tổng quát”, “thể chất”, “hoạt động” cũng tương đương nhau. Riêng nhóm chức năng “xã hội” ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với hai nghiên cứu trên vì sự khác biệt về văn hóa, người Việt Nam có xu hướng sống khép kín hơn so với các nước phương Tây, cũng như thiếu đi các chương trình chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ tâm lý hơn so với các nước bạn.

Bảng 3 và biểu đồ 2 mô tả các điểm triệu chứng theo 3 mốc thời gian với 5 nhóm triệu chứng chính đặc thù trong ung thư bàng quang: “triệu chứng tiết niệu”, “triệu chứng tiêu hóa” (chướng hơi khiến xì hơi nhiều và đầy bụng), “lo ngại quá trình điều trị”, “suy giảm hình thể”, “chức năng tình dục”. Trong nghiên cứu chỉ ra rằng “triệu chứng tiết niệu”, “suy giảm hình thể” và “lo ngại quá trình điều trị” là các nhóm triệu chứng tác động nặng nề tới bệnh nhân trong 12 tháng đầu sau mổ. Tuy nhiên sau 12 tháng, các nhóm triệu chứng đều có sự cải thiện theo thời gian và đạt được mức nhẹ nhàng nhất sau 24 tháng. Đặc biệt điểm “triệu chứng tiết niệu” cải thiện đáng kể từ giai đoạn sau mổ trước 12 tháng (44,3) xuống 31 điểm và ở mức thấp nhất sau 24 tháng (22,8). Các sự khác biệt này đều có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Giải thích cho sự khác biệt này đó là việc bệnh nhân dần thích nghi với phương pháp chuyển lưu nước tiểu mới, kết hợp với sự giảm viêm và đau sau phẫu thuật ban đầu. Điểm này cũng được ghi nhận trong nghiên

cứu của tác giả D’Agostino⁶, cho thấy các “triệu chứng tiết niệu” ghi nhận cao nhất trong giai đoạn trước 18 tháng (34,1 điểm), nhưng cải thiện dần theo thời gian và thấp nhất ở giai đoạn từ 36 tháng tới 72 tháng sau mổ. Những sự khác biệt này đều có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

Về triệu chứng “tiêu hóa” theo EORTC QLQ- BLM30 gồm triệu chứng đầy hơi và chướng bụng ghi nhận cao nhất trong giai đoạn 12 tháng (34,1). Sau đó cải thiện dần theo thời gian và thấp nhất sau 24 tháng (19,7 điểm). Sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Lý giải cho việc này, vì 12 tháng đầu đây là giai đoạn tái cấu trúc ruột kèm theo thay đổi nhu động ruột sau mổ dẫn đến thường gặp các triệu chứng như đầy hơi, chướng bụng cũng như táo bón hoặc tiêu chảy luân phiên, nhưng dần về sau các triệu chứng sẽ giảm dần khi cơ thể thích nghi. So sánh với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của tác giả D’Agostino⁶, “triệu chứng tiêu hóa” ghi nhận ở mức thấp ở tất cả các giai đoạn thời gian sau mổ, hầu hết đều dưới 20 điểm. Cũng như của tác giả Kretschmer⁷, tác giả ghi nhận nhóm bệnh nhân có các triệu chứng liên quan đường tiêu hóa như buồn nôn, nôn ói, tiêu chảy,... ghi nhận ở mức thấp ở các giai đoạn hậu phẫu. Giải thích sự khác biệt này, có thể nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn chưa được hỗ trợ đầy đủ. Như ở các nước phát triển, bệnh nhân có khả năng tiếp cận tốt hơn với các dịch vụ hỗ trợ về dinh dưỡng, vật lý trị liệu, và chăm sóc tâm lý sau mổ, giúp cải thiện các triệu chứng tiêu hóa. Ngược lại, tại Việt Nam, sự thiếu hụt các dịch vụ này có thể khiến bệnh

nhân gặp nhiều khó khăn hơn trong việc hồi phục chức năng tiêu hóa.

Triệu chứng “lo ngại quá trình điều trị” trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mức triệu chứng nặng nề nhất (38,9) trong 12 tháng đầu sau mổ. Sau đó có sự cải thiện theo thời gian, nhưng không nhiều ở giai đoạn về sau. So sánh với nghiên cứu của tác giả D’Agostino⁶, triệu chứng “lo ngại quá trình điều trị” cũng ghi nhận nặng nề nhất (32,6) trong 18 tháng đầu sau mổ, sau đó có sự cải thiện theo thời gian nhưng vẫn duy trì ở mức cao (> 20) về mặt dài hạn. Điều này cũng tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của tác giả Tostivint cũng ghi nhận, những bệnh nhân duy trì hoạt động xã hội và được cung cấp các thông tin đầy đủ về phẫu thuật, có điểm “lo ngại điều trị” thấp.

Điểm triệu chứng “suy giảm hình thể” trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở mức cao (40,4) trong 12 tháng đầu sau mổ và cải thiện dần theo thời gian, thấp nhất sau 24 tháng (15,9). Sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Sự cải thiện dần theo thời gian này là vì bệnh nhân dần thích nghi với cơ thể mới, cảm thấy tự tin hơn. Điều này lại khác biệt với nghiên cứu của tác giả D’Agostino⁶, tác giả ghi nhận triệu chứng “suy giảm hình thể” không phải là vấn đề tác động lớn đến CLCS ở nhóm dân số bệnh nhân. Điểm triệu chứng “suy giảm hình thể” trong nghiên cứu của tác giả ghi nhận ở mức nhẹ nhàng hơn (23,8) trong giai đoạn 18 tháng đầu sau mổ, bệnh nhân cảm thấy tự tin hơn khi không phải đeo túi nước tiểu bên mình. Giải thích cho sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi, có thể đến từ sự khác biệt

về văn hóa, về các chương trình hỗ trợ sau phẫu thuật như tư vấn tâm lý, vật lý trị liệu. Tại Việt Nam, sự thiếu hụt các dịch vụ này có thể khiến bệnh nhân cảm thấy lo lắng và tự ti hơn về hình thể, nhất là khi phải đối mặt với những triệu chứng kéo dài. Tác giả Tostivint và CS cũng đề cập, nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả có điểm “suy giảm hình thể” thấp nhờ chương trình phục hồi chức năng toàn diện sau mổ.

Điểm triệu chứng “chức năng tình dục” trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở mức điểm thấp (hầu hết < 20 điểm) và gần như duy trì ổn định qua thời gian. Để giải thích điều này, chúng tôi khảo sát mức độ quan tâm tình dục trước mổ ở nhóm dân số nghiên cứu của chúng tôi, đa phần nhóm nghiên cứu của chúng tôi ở độ tuổi cao tuổi (độ tuổi trung bình ở nhóm nghiên cứu nam giới là 62 tuổi) và hầu hết các bệnh nhân không còn quan tâm tới vấn đề tình dục từ lúc trước mổ. Điều này tác động một phần đến điểm triệu chứng “chức năng tình dục” thấp và duy trì ổn định theo thời gian. Bên cạnh đó gần đây, nhờ ưu thế của việc phẫu thuật bảo tồn thần kinh cương dưới sự hỗ trợ robot, chức năng tình dục sau mổ của bệnh nhân được bảo tồn nhiều. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới. Trong nghiên cứu của tác giả D’Agostino⁶ ghi nhận điểm triệu chứng “chức năng tình dục” dao động trung bình từ 13.8 đến 24.0 tương tự với nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của tác giả Tostivint⁸ và CS đề cập: những bệnh nhân có hoạt động tình dục đều đặn sau mổ thường có CLCS cao hơn. Tác giả Kretschmer⁷ và CS nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật bảo tồn thần kinh trong việc cải

thiện chức năng tình dục, kết quả cho thấy bệnh nhân có phẫu thuật bảo tồn thần kinh có điểm CLCS cao hơn đáng kể so với nhóm không được bảo tồn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Cắt bàng quang tận gốc kèm chuyển lưu nước tiểu bằng bàng quang trực vị hồi tràng là một phương pháp phẫu thuật đầy hứa hẹn. Mặc dù bệnh nhân phải chịu đựng mức độ triệu chứng nặng nề cũng như các hạn chế nhất định về mặt chức năng trong thời gian đầu (12 tháng đầu), tuy nhiên về mặt lâu dài chuyển lưu bàng quang trực vị mang lại cho bệnh nhân một chất lượng cuộc sống tốt, đạt được ngưỡng chức năng gần như người bình thường, bên cạnh các triệu chứng ở mức nhẹ nhàng. Nếu như tập trung hơn vào các chương trình hỗ trợ sau phẫu thuật trong thời gian đầu như chương trình phục hồi chức năng toàn diện, vật lý trị liệu bên cạnh hỗ trợ về dinh dưỡng, tâm lý sẽ cải thiện nhiều hơn chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân trong khoảng thời gian 12 tháng đầu khó khăn này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fayers PM AN, Bjordal K, Curran D, Groenvold M.** The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. 3rd ed ed. European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
2. **Scott NW FP, Aaronson NK, et al.** EORTC QLQ-C30 Reference Values. European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2008.
3. **Group EQoL.** EORTC QLQ-C30 Clinical Practice User Manual. European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2018.
4. **Witjes JA, Bruins HM, Cathomas R, et al.** European Association of Urology guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2020 guidelines. *European urology*. 2021;79(1):82-104.
5. **Nguyễn Thu Hà, Hán Thị Thu Trang, Phạm Thị Bích, Nguyễn Thị Huyền.** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang, tạo hình bàng quang bằng ruột điều trị ung thư bàng quang. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2022;17(DB8).
6. **D'agostino D, Racioppi M, Pugliese D, et al.** Postoperative quality of life in patients with ileal neobladder at short-, intermediate- and long-term follow-up. *Urologia internationalis*. 2016;97(1):54-60.
7. **Kretschmer A, Grimm T, Buchner A, et al.** Midterm health-related quality of life after radical cystectomy: a propensity score-matched analysis. *European urology focus*. 2020;6(4):704-710.
8. **Tostivint V, Verhoest G, Cabarrrou B, et al.** Quality of life and functional outcomes after radical cystectomy with ileal orthotopic neobladder replacement for bladder cancer: a multicentre observational study. *World journal of urology*. 2021;39:2525-2530.

ĐẶC ĐIỂM KÍCH THƯỚC ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG QUA PHÂN TÍCH HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Khánh Đức¹, Nguyễn Minh Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý động mạch chủ (ĐMC) ngày càng phát triển rộng rãi. Chúng tôi mong muốn khảo sát hình thái, kích thước ĐMC bụng nhằm cung cấp số liệu trung bình chính xác nhất của người Việt Nam; từ đó có cơ sở xác định chẩn đoán và chỉ định điều trị bệnh phình ĐMC bụng ở nước ta.

Mục tiêu nghiên cứu: (1) Xác định đường kính trung bình ĐMC bụng ở người Việt Nam qua phân tích hình chụp cắt lớp vi tính có cản quang. (2) Xác định mối tương quan giữa hình thái, kích thước ĐMC bụng người Việt Nam với độ tuổi, giới tính qua phân tích hình chụp cắt lớp vi tính có cản quang.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang, từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023. Tất cả bệnh nhân (BN) được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tại bệnh viện Bình Dân TP.HCM thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Kết quả: 859 BN, độ tuổi trung bình là 54.7 ± 14.6 . Tỷ lệ nam : nữ là 1.3 : 1.

Chiều dài trung bình ĐMC bụng người Việt Nam là 103.7 ± 17.8 mm.

Đường kính ĐMC bụng trung bình là 17.6 ± 3 mm.

Đường kính ĐMC bụng nhỏ dần (hình côn xuôi chiều) với:

- Đường kính ngang mức động mạch thân tạng là 19.7 ± 2.9 mm,
- Đường kính ngang mức động mạch thận là 18.7 ± 3.0 mm,
- Đường kính ĐMC bụng dưới thận là 16.7 ± 3.4 mm.

Đường kính trung bình ĐMC bụng nam giới là 18 ± 3.2 mm và lớn hơn nữ giới là 16.9 ± 2.6 mm.

Đường kính ĐMC bụng tăng dần từ nhóm 18 – 30 tuổi (15.1 mm) đến > 90 tuổi (21.3 mm).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cung cấp số liệu trung bình chính xác nhất của ĐMC bụng người Việt Nam, từ đó có thể đề xuất một số định nghĩa phình ĐMC bụng phục vụ chẩn đoán và điều trị bệnh lý phình ĐMC ở nước ta.

Từ khóa: Abdominal aorta, abdominal aortic branches, aortic intervention, ĐMC bụng, các nhánh tạng ĐMC bụng, can thiệp nội mạch ĐMC.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ABDOMINAL AORTIC DIMENSIONS BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING IN ADULTS AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Endovascular intervention for aortic pathologies has been increasingly applied. This study aims to analyze the morphology and

¹Khoa Phẫu thuật Tim – Mạch máu, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Khánh Đức
SĐT: 0906559409

Email: bskhanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

dimensions of the abdominal aorta (AA) to provide accurate average measurements for the Vietnamese population, thereby establishing a basis for diagnosing and treating abdominal aortic aneurysms (AAA) in Vietnam. Additionally, the findings aim to assist in selecting appropriate endovascular grafts, especially branched grafts for suprarenal aortic interventions.

Research Objectives:

1. To determine the average diameter of the abdominal aorta and its visceral branches in the Vietnamese population using contrast-enhanced computed tomography (CT) imaging.
2. To identify the correlations between the morphology and dimensions of the abdominal aorta with age and gender based on contrast-enhanced CT imaging analysis.

Methods: A retrospective, cross-sectional study was conducted from November 2021 to November 2023. All patients undergoing contrast-enhanced CT imaging of the abdomen at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City, who met the inclusion criteria, were included.

Results: A total of 859 patients were studied, with a mean age of 54.7 ± 14.6 years. The male-to-female ratio was 1.3:1. The average length of the abdominal aorta in Vietnamese individuals was 103.7 ± 17.8 mm. The mean diameter of the abdominal aorta was 17.6 ± 3 mm.

- The abdominal aorta exhibited a tapering morphology:

Diameter at the celiac artery level: 19.7 ± 2.9 mm

Diameter at the renal artery level: 18.7 ± 3.0 mm

Diameter below the renal arteries: 16.7 ± 3.4 mm

- The mean abdominal aortic diameter in males was 18 ± 3.2 mm, larger than in females (16.9 ± 2.6 mm).

- The diameter of the abdominal aorta increased progressively from 15.1 mm in the 18–30 age group to 21.3 mm in those aged over 90 years.

Conclusion: The research results provide the most accurate average data of the abdominal aorta diameter in Vietnamese people, from which definitions of abdominal aortic aneurysm can be proposed to support the diagnosis and treatment of this condition in our country.

Keywords: Abdominal aorta, abdominal aortic branches, aortic intervention, endovascular treatment, visceral aortic branches.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình ĐMC bụng là bệnh lý thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt là đoạn dưới động mạch (ĐM) thận (khoảng 80%).^[6] Kích thước ĐMC thay đổi theo tuổi, giới tính, chiều cao, cân nặng cơ thể nên đến nay vẫn chưa có đồng thuận về định nghĩa phình ĐMC bụng. Nhiều tác giả đồng ý với định nghĩa phình khi đường kính ĐMC lớn hơn 1.5 lần so với kích thước bình thường, nhằm phù hợp với sự thay đổi của từng cá nhân người bệnh.^{[6],[13]} Các quan niệm trên đều dựa vào đường kính bình thường của ĐMC để đưa ra so sánh và chẩn đoán. Do đó, biết được đường kính trung bình ĐMC là rất quan trọng, đặc biệt là đối với người Việt Nam. Chúng ta cũng đã có các nghiên cứu ĐMC trên hình ảnh CLVT tại Việt Nam. Tuy nhiên, các tác giả chủ yếu sử dụng mặt cắt dọc và cắt ngang trên CLVT dựng hình hai chiều (2D) nên sẽ có sai số ở những đoạn ĐMC uốn cong, do mặt cắt không còn tròn đều và vuông góc với thước đo. Trong thực hành can thiệp nội mạch, chúng tôi sử dụng phần mềm OsiriX, tái tạo và duỗi thẳng ĐM nhằm mục đích làm cho các mặt cắt đo đặc luôn tròn đều và vuông góc với thước đo; từ đó bảo đảm kích thước, chiều dài đoạn ĐMC được đo có sai số thấp nhất. Chúng tôi tiến

hành nghiên cứu này, khảo sát hình thái, kích thước ĐMC bụng nhằm cung cấp số liệu trung bình chính xác nhất của người Việt Nam; từ đó có cơ sở xác định chẩn đoán và chỉ định điều trị bệnh lý phình ĐMC ở nước ta.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định đường kính trung bình động mạch chủ bụng ở người Việt Nam qua phân tích hình chụp cắt lớp vi tính có cản quang.
2. Xác định mối tương quan giữa hình thái, kích thước động mạch chủ bụng người Việt Nam với độ tuổi, giới tính qua phân tích hình chụp cắt lớp vi tính có cản quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

Mẫu nghiên cứu: Tất cả BN được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tại bệnh viện Bình Dân TP.HCM thoả tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023, chúng tôi tiến hành thu thập nguồn hình chụp CLVT của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu từ hệ thống bệnh viện, sau đó dựng hình và đo đạc bằng phần mềm OsiriX cho các kết quả nghiên cứu.



Hình 1. Vẽ đường trung tâm và duỗi thẳng ĐMC (chế độ 3D-Curved-MPR)

Nguồn: “OsiriX: An Open-Source Software for Navigating in Multidimensional DICOM Images”, (2004)^[12]

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN trên 18 tuổi được chụp CLVT đa lát cắt ổ bụng có cản quang tại bệnh viện Bình Dân do các nguyên nhân ngoài bệnh lý ĐMC.

Tiêu chuẩn loại mẫu:

- Bệnh lý ổ bụng ảnh hưởng đến hình dạng và kích thước ĐMC bụng (u xâm lấn,...)
- Tiền căn can thiệp ĐMC ngực, bụng.
- Có xáo ảnh quanh vị trí cần khảo sát và đo đạc.
- Hình ảnh không đủ tiêu chuẩn để đo đạc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Phân tích trên 859 trường hợp (TH) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, chúng tôi ghi nhận mẫu nghiên cứu có 486 BN nam (57%), 373 BN nữ (43%); tương đương với tỷ lệ nam : nữ là 1.3 : 1. Độ tuổi trung bình là 54.7 ± 14.6 tuổi.

3.2. Đặc điểm hình thái ĐMC bụng đo đạc trên CLVT

Tất cả các TH trong mẫu nghiên cứu, ĐMC bụng đều đi qua lỗ cơ hoành ngang mức đốt sống ngực XII và chia đôi ngang mức đốt sống thắt lưng IV. Các thông số đo đạc gồm:

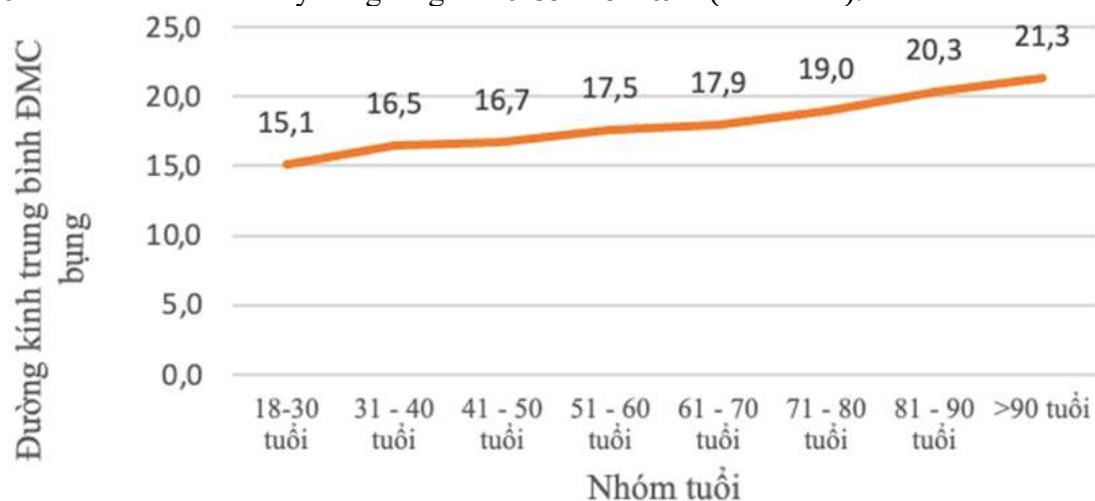
Đường kính ĐMC bụng ngang mức các nhánh tạng:

Bảng 1 cho thấy đường kính ĐMC bụng giảm dần từ trên xuống dưới.

Bảng 1. Đường kính trung bình ĐMC bụng ngang mức các nhánh tạng

ĐMC bụng ngang mức	Đường kính trung bình
ĐM thân tạng (mm)	19.7 ± 2.9
ĐM mạc treo tràng trên (mm)	18.7 ± 3.0
ĐM thận Phải (mm)	16.9 ± 3.1
ĐM thận Trái (mm)	16.5 ± 3.1
Giữa ĐM thận – ngã ba chủ chậu (mm)	15.7 ± 2.9
Ngã ba ĐMC – chậu (mm)	16.7 ± 3.4
Đường kính trung bình ĐMC bụng	17.5 ± 3.1

Đường kính trung bình ĐMC bụng của nam giới là 18 ± 3.2 mm; lớn hơn nữ giới là 16.9 ± 2.6 mm và kích thước này cũng tăng dần theo nhóm tuổi (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Đường kính trung bình ĐMC bụng tăng dần theo nhóm tuổi

Chiều dài đoạn ĐMC bụng tương ứng các vị trí phân nhánh

Chiều dài trung bình toàn bộ ĐMC bụng là 103.7 ± 17.8 mm; trong đó chiều dài trung bình đoạn ĐMC ngắn nhất là ở đoạn giữa hai ĐM thận (4 ± 5.4 mm) và đoạn ĐMC dài nhất là giữa ĐM thận thấp – Mạc treo tràng dưới (47.9 ± 12.1 mm).

Bảng 2. Chiều dài trung bình của đoạn ĐMC bụng tương ứng với các vị trí phân nhánh

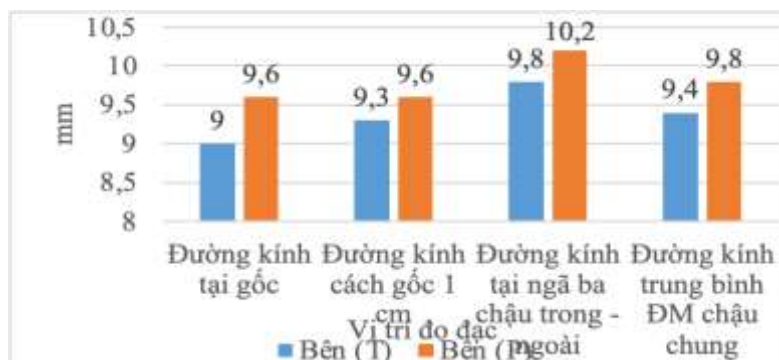
Đoạn ĐMC	Chiều dài trung bình (mm)
ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên	8.8 ± 2.7
ĐM mạc treo tràng trên – thận cao hơn	8.6 ± 4.2
Giữa hai ĐM thận	4 ± 5.4
ĐM thận thấp – Mạc treo tràng dưới	47.9 ± 12.1
ĐM mạc treo tràng dưới – Ngã ba chủ chậu	34.7 ± 9.2

Hình thái ĐMC bụng: 362 BN có hình thái ĐMC bụng vặn xoắn (42.1%) và 497 BN có hình thái ĐMC bụng thẳng (57.9%).

**Hình 2. CLVT dựng hình 3D trường hợp ĐMC có hình thái vặn xoắn**

Nguồn: BN (STT 97), bệnh viện Bình Dân - 176 TH ĐM chậu (P) vặn xoắn (chiếm 20.6%).

Động mạch chậu có sự tương đồng về đường kính, chiều dài và góc của ĐM chậu chung hai bên. Ngoài ra, cũng có sự tương đồng về hình thái vặn xoắn giữa hai bên:

**Biểu đồ 2. Đường kính ĐM chậu chung hai bên đo đặc tại các vị trí trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu mới đây về phân tích các biến thể giải phẫu của các nhánh ĐM chính từ ĐMC bụng bằng CLVT trên 500 BN ngẫu nhiên, tác giả Dabria^[4] đã báo cáo các TH bệnh chủ yếu có độ tuổi từ 51 đến 60 và độ tuổi trung bình là 53.2. Nghiên cứu này cũng cho thấy tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, tương đương 1.34:1. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Đặng Nguyễn Trung An^[1] với 1102 TH cũng đưa ra kết quả tương tự về độ tuổi trung bình và tỉ lệ giới tính. Như vậy, mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và trong nước với tỷ lệ nam:nữ là 1.3:1; độ tuổi trung bình là 54.7 ± 14.6 tuổi.

4.2. Đặc điểm hình thái ĐMC bụng đo đặc trên CLVT

Cũng như các tác giả khác, tất cả các TH trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, ĐMC bụng đều đi qua lỗ cơ hoành ngang mức đốt sống ngực XII và chia đôi ngang mức đốt sống thắt lưng IV.

4.2.1. Đường kính ĐMC bụng ngang mức các nhánh tạng

Đường kính ĐMC trung bình trong nghiên cứu là 17.6 ± 3 mm, đường kính ngang mức ĐM thân tạng là 19.7 ± 2.9 mm, ngang mức ĐM thận là 18.7 ± 3.0 mm, ngang mức ngã ba ĐMC - chậu là 16.7 ± 3.4 mm. Như vậy, nếu dựa trên định nghĩa chẩn đoán “phình ĐMC là sự tăng kích thước khu trú của một đoạn ĐM có đường kính gấp 1.5 lần đường kính ĐM bình thường”^{[14],[3]}, chúng tôi đề xuất chẩn đoán phình ĐMC bụng ở người Việt Nam khi đường kính ĐMC trung bình lớn hơn 26.3 mm. Kết quả này khá tương đồng với các tác giả trong nước như Văn Tàn^[2], Đặng Nguyễn Trung

An^[1]. Nếu dựa vào đường kính ĐMC ở từng đoạn, chúng ta sẽ xác định phình ĐMC:

- Đoạn ĐMC trên thận: đường kính lớn hơn 28.05 mm
- Đoạn ĐMC ngang thận: đường kính lớn hơn 25.35 mm
- Đoạn ĐMC dưới thận: đường kính lớn hơn 23.55 mm

Như vậy, so với các tác giả khác trên thế giới, đường kính trung bình ĐMC trong mẫu nghiên cứu này luôn nhỏ hơn tại tất cả các vị trí trên thận – ngang thận và ngã ba ĐMC – chậu. Lý do vì thể trạng của người Việt Nam nói riêng và Châu Á nói chung là nhỏ hơn so với các nước phương Tây. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Xiang Wang tại Trung Quốc, đường kính ĐMC của người Trung Quốc nhỏ hơn so với các nước Mỹ, Châu Âu và cả người Hàn Quốc.^[16]

Mặt khác, đường kính ĐMC bụng cũng giảm dần từ trên thận đến ngã ba ĐMC – chậu ở tất cả các nghiên cứu với những phương pháp đo đặc khác nhau. Nghiên cứu của Jin Huyn Joh tại Hàn Quốc cũng ghi nhận hình ảnh ĐMC dạng hình côn với kích thước giảm dần từ 22 mm (nam) – 21.1 mm (nữ) đoạn trên thận còn 19 mm (nam) – 17.9 mm (nữ) ở đoạn dưới thận.^[7]

Đồng thời, các nghiên cứu cũng ghi nhận mối tương quan giữa đường kính trung bình ĐMC bụng với nhóm tuổi và giới tính. Theo đó, đường kính trung bình ĐMC tăng dần theo nhóm tuổi và đường kính ĐMC lớn hơn ở nam giới so với nữ giới. Trong một nghiên cứu về phân tích các yếu tố quyết định và giá trị phân phối bình thường của ĐMC ngực - bụng bằng CLVT, tác giả Roges (2013)^[11] đã báo cáo rằng đường kính ĐMC bụng đoạn ngang thận và dưới thận tăng dần từ nhóm < 45 tuổi (15.2/14.7 mm) đến nhóm ≥ 65 tuổi (17.8/16.5 mm) ở nữ giới. Các chỉ số này ở nam giới cũng tăng tương tự với nhóm < 45

tuổi (16.9/16.7 mm) đến nhóm ≥ 65 tuổi (21/20.3 mm). Đối với nghiên cứu của chúng tôi, biểu đồ 1 cho thấy đường kính trung bình ĐMC tăng dần từ nhóm 18 – 30 tuổi (15.1 mm) đến nhóm > 90 tuổi (21.3 mm) và đường kính trung bình ĐMC ở nam giới là 18 ± 3.4 mm, lớn hơn ở nữ giới là 16.8 ± 2.6 mm. Như vậy, các kết quả này tương đồng giữa nghiên cứu của chúng tôi với các nghiên cứu khác trên thế giới về thay đổi của đường kính ĐMC theo nhóm tuổi và giới tính. Lý giải cho vấn đề đường kính ĐMC tăng dần theo nhóm tuổi, các tác giả cho rằng BN lớn tuổi tăng dần các yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, xơ vữa thành mạch, thay đổi cấu trúc mô học thành mạch làm giảm khả năng đàn hồi của thành mạch ảnh hưởng đến kích thước ĐMC.^{[1], [7], [11]} Trong thực hành lâm sàng, khi đường kính túi phình ĐMC bụng lớn hơn 50 mm là có chỉ định can thiệp ngoại khoa vì nguy cơ vỡ phình cao. Từ kết quả trên, chúng ta thấy đường kính ĐMC bụng của nữ nhỏ hơn so với nam, nên chỉ định can thiệp ở nữ có thể nhỏ hơn mức 50 mm, có thể ước lượng khoảng 48 mm.

4.2.2. Chiều dài đoạn ĐMC bụng tương ứng các vị trí phân nhánh

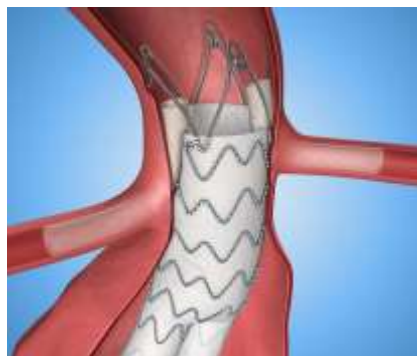
Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận chiều dài trung bình toàn bộ ĐMC bụng là 103.7 mm. Khoảng cách giữa ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên là 8.8 mm, giữa ĐM mạc treo tràng trên – thận là 8.6 mm, giữa hai ĐM thận là 4 mm, giữa ĐM thận - mạc

treo tràng dưới là 47.9 mm. Chúng tôi nhận thấy tất cả các thông số chiều dài trung bình toàn bộ ĐMC bụng, khoảng cách giữa các nhánh tạng trong nghiên cứu này luôn nhỏ hơn các báo cáo của tác giả Nhật Bản và Châu Âu (xem bảng 4). Lý giải cho sự khác biệt đó, có thể do phương pháp đo đặc khác biệt, mẫu dân số khác nhau và do người Việt Nam chúng ta có thể trạng nhỏ bé hơn.

Trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là khi ứng dụng vào can thiệp nội mạch, sự khác nhau về chiều dài đoạn ĐMC bụng và khoảng cách giữa các phân nhánh ĐMC có ảnh hưởng không nhỏ đến việc lựa chọn mảnh ghép hoặc stent phù hợp với từng BN.^[16] Khoảng cách trung bình giữa ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận trong nghiên cứu được đo đặc là 8.6 ± 4.2 mm, là khá bất lợi cho việc đặt ống ghép nội mạch kiểu ống khói (kỹ thuật Chimney) vào ĐM mạc treo tràng trên và 2 ĐM thận trong trường hợp phình có cổ ngắn hoặc ngang thận vì yêu cầu khoảng cách này tối thiểu ≥ 15 mm mới bảo đảm hiệu quả điều trị. Thực tế lâm sàng, chúng tôi thường gặp khó khăn trong các trường hợp này. Giải quyết tình trạng đó, đa số phải mổ mở để chuyển vị 3 nhánh ĐM hoặc mổ mở hoàn toàn. Trong khi đó, đối với người Châu Âu, khoảng cách giữa ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận cao nhất trung bình là 15 mm, khá phù hợp với kỹ thuật Chimney.

Bảng 4. Chiều dài trung bình đoạn ĐMC bụng tương ứng vị trí các phân nhánh trong một số nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Năm	ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên	ĐM mạc treo tràng trên – ĐM thận	ĐM thận – Mạc treo tràng dưới	ĐM mạc treo tràng dưới – Ngã ba ĐMC
Nakayama ^[8]	2017	16.2 ± 3.3	15.6 ± 8.2	54.3 ± 8.9	45.1 ± 9.6
O’Flynn ^[10]	2010	16.6 ± 4.9	15.2 ± 8.9	//	//
Dabria ^[4]	2022	10.4 ± 2.1	//	//	//
Chúng tôi	2022	8.8 ± 2.7	8.6 ± 4.2	47.9 ± 12.1	34.7 ± 9.2



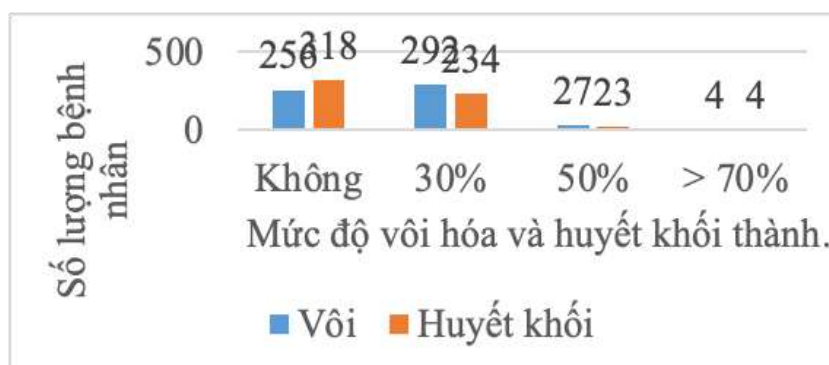
Hình 3. Kỹ thuật Chimney trong can thiệp nội mạch

Nguồn: "EVAR in patients with challenging neck anatomy", 2020^[15]

4.2.3. Hình thái ĐMC bụng

Trong thực hành lâm sàng, ngoại trừ đường kính ngang và chiều dài đoạn ĐMC bụng tương ứng các vị trí phân nhánh, hình thái ĐMC và mức độ vôi hóa cũng được các tác giả quan tâm. Theo nhiều nghiên cứu, ĐMC có hình thái vặn xoắn thường gây ra các biến đổi về lưu lượng dòng chảy, từ đó tạo nên các bất thường nội mạch như hẹp tắc hay bóc tách ĐMC. Song song đó, những hình thái vặn xoắn quá mức cũng gây nhiều khó khăn trong quá trình chẩn đoán và can thiệp nội mạch ĐMC. Trong mẫu nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có hình thái ĐMC bụng vặn xoắn khá cao, tương đương với các trường hợp ĐMC có dạng hình thẳng với tỉ lệ tương ứng 42.1% và

57.9%. Mặt khác, các tác giả ngày càng quan tâm hơn đến vấn đề vôi hóa và huyết khối thành mạch. Theo nghiên cứu về phân bố, kích thước, hình dạng và mức độ vôi hóa của ĐMC bụng được công bố vào năm 2010, Nielsen cho rằng vôi hóa thành ĐMC không chỉ là một yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành mà mức độ vôi hóa ĐMC bụng còn liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ vôi hóa ĐM vành và độc lập với các yếu tố khác.^[9] Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ vôi hóa và huyết khối thành mạch >50% là tương đối thấp (biểu đồ 3). Thêm vào đó, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ vôi hóa giữa hai giới nam và nữ ($p = 0.324 > 0.05$). Ngược lại, tỷ lệ BN có huyết khối thành ĐMC cao hơn ở nam giới so với nữ giới và mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0.019 < 0.05$).



Biểu đồ 3. Mức độ vôi hóa và huyết khối trên thành ĐMC bụng

Nguồn: Bệnh viện Bình Dân

4.2.3. Động mạch chậu

Trong can thiệp nội mạch mà chủ yếu là can thiệp đặt ống ghép nội mạch ĐMC, ĐM đùi thường được lựa chọn làm ĐM đường vào trong khi ĐM chậu chung hai bên là vị trí hạ đặt đầu xa (distal landing zone) của ống ghép. Tuy nhiên, trong một số tình huống lâm sàng khi ĐM đùi không phù hợp, ĐM chậu cũng cần được tiếp cận như một đường vào. Do vậy, cần phải khai thác các thông số ĐM chậu hai bên bao gồm: đường kính, độ dài, mức độ xoắn vặn, vôi hóa và huyết khối.

Nghiên cứu của Xiang Wang và cộng sự trên 1340 người Trung Quốc được chụp CLVT có can thiệp cho kết quả: Đường kính trung bình ĐM chậu chung (P) là 9.77 cm (nam) và 8.59 cm (nữ); ĐM chậu chung (T) là 9.65 cm (nam) và 8.45 cm (nữ).^[16]

Như vậy, mẫu nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự kết quả của người Trung Quốc, với đường kính trung bình ĐM chậu chung bên (P) là 9.8 mm và bên (T) là 9.4 mm. Như vậy với định nghĩa phình ĐM khi đường kính ĐM lớn hơn 1.5 lần so với bình thường, chúng ta có thể kết luận đối với người Việt Nam, khi ĐM chậu chung dẫn khu trú với đường kính > 15 mm là chẩn đoán phình ĐM chậu. Trong khi đó, tác giả Woo – Sung Yun (2015) cho rằng phình ĐMC chậu được định nghĩa khi đường kính > 20 mm và có 43% phình ĐM chậu (P) và 35% phình ĐM chậu (T) đi kèm với bệnh lý phình ĐMC bụng. Qua so sánh trên chúng tôi thấy các định nghĩa về chẩn đoán phình ĐM rõ ràng thay đổi theo sắc tộc, đất nước. Chúng ta thấy được tầm quan trọng khi biết được các số đo đường kính trung bình của ĐM. Ngoài ra, chúng tôi cũng nhận thấy có sự tương đồng về hình thái xoắn vặn ĐM chậu chung giữa hai bên. Trong đó, có 20.6%

ĐM chậu (P) vặn xoắn và 19.5% ĐM chậu (T) vặn xoắn.

Về vấn đề xoắn vặn ĐM chậu, ĐM chậu chung đóng vai trò rất quan trọng trong điều trị can thiệp nội mạch ĐMC. Theo các tác giả, chiều dài tối thiểu của vị trí đặt ống ghép đầu xa phải > 15 mm để tránh rò nội mạch. Vì vậy, trong trường hợp ĐM chậu chung ngắn hơn chiều dài tối thiểu này hoặc xoắn vặn sẽ gây nhiều khó khăn trong quá trình can thiệp. Mức độ xoắn vặn và góc của ĐM chậu cũng là yếu tố ảnh hưởng đến chỉ định và kết quả điều trị. Góc của ĐM chậu chung hoặc ĐM chậu ngoài lớn hơn 90° là một chống chỉ định tương đối của can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý ĐMC. Trong một số trường hợp, mạch máu xoắn vặn có thể duỗi ra khi đưa dây dẫn cứng lên theo ĐM. Siêu âm nội mạch có thể được sử dụng trước kết thúc thủ thuật nhằm đánh giá mức độ gấp góc ống ghép mà không thấy được trên hình chụp mạch máu.^[5] Do đó, cần chuẩn bị trước các dụng cụ cần thiết cũng như các phương án can thiệp tối ưu đối với các trường hợp ĐM chậu xoắn.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý ĐMC đang dần chứng tỏ ưu thế vượt trội, có thể thay thế phẫu thuật trong tương lai. Dựa vào kết quả nghiên cứu này, có thể đề xuất một số định nghĩa phục vụ chẩn đoán và điều trị bệnh lý phình ĐMC bụng ở người Việt Nam. Đồng thời, hiểu biết về số đo đường kính của ĐMC ngang mức các nhánh tạng cũng như khoảng cách giữa các nhánh ĐM tạng giúp phẫu thuật viên có thể lựa chọn kích thước ống ghép phù hợp với từng đối tượng BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nguyễn Trung An**, (2020), "Nghiên cứu kích thước và phân nhánh của động mạch chủ ở người Việt Nam trưởng thành", Luận án Tiến sĩ y học, ĐHY dược TPHCM.
2. **Văn Tàn và cộng sự**, (2008), "Phình động mạch chủ bụng dưới động mạch thận tại TP Hồ Chí Minh: tần suất và các yếu tố nguy cơ mẫu điều tra 4807 người trên 50 tuổi", Y học Thành Phố Hồ Chí Minh, 12 (1), pp. 1-8.
3. **Chaikof E L, Dalman R L, Eskandari M K, Jackson B M, et al**, (2018), "The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm", J Vasc Surg, 67 (1), pp. 2-77.e72.
4. **Dabria N, Galhotra A, Galhotra R, Galhotra A, et al**, (2022), "Analysis of Anatomical Variations of the Main Arteries Branching from the Abdominal Aorta by Multidetector Computed Tomography: A Prospective Study of 500 Patients in a Tertiary Center", 71 (2), pp. 128-134.
5. **Early H, Atkins M**, (2012), "Technical tips for managing difficult iliac access", Semin Vasc Surg, 25 (3), pp. 138-143.
6. **Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, et al**, (2014), "2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC)", European Heart Journal, 35 (41), pp. 2873-2926.
7. **Joh J H, Ahn H-J, Park H-C J Y**, (2013), "Reference diameters of the abdominal aorta and iliac arteries in the Korean population", 54 (1), pp. 48-54.
8. **Nakayama Y, Hayashi S, Takeuchi K, Kawata S, et al**, (2017), "Positional relationships of abdominal aortic branches for contrast radiography of the inferior mesenteric artery using the coeliac trunk and superior mesenteric artery as landmarks", 93 (4), pp. 139-145.
9. **Nielsen M, Ganz M, Lauze F, Pettersen P C, et al**, (2010), "Distribution, size, shape, growth potential and extent of abdominal aortic calcified deposits predict mortality in postmenopausal women", BMC Cardiovascular Disorders, 10 (1), pp. 56.
10. **O'Flynn P M, O'Sullivan G, Pandit A S**, (2010), "Geometric Variability of the Abdominal Aorta and Its Major Peripheral Branches", Annals of Biomedical Engineering, 38 (3), pp. 824-840.
11. **Rogers I S, Massaro J M, Truong Q A, Mahabadi A A, et al**, (2013), "Distribution, Determinants, and Normal Reference Values of Thoracic and Abdominal Aortic Diameters by Computed Tomography (from the Framingham Heart Study)", The American Journal of Cardiology, 111 (10), pp. 1510-1516.
12. **Rosset A, Spadola L, Ratib O**, (2004), "OsiriX: An Open-Source Software for Navigating in Multidimensional DICOM Images", Journal of Digital Imaging, 17 (3), pp. 205-216.
13. **Sakalihasan N, Limet R, Defawe O D**, (2005), "Abdominal aortic aneurysm", The Lancet, 365 (9470), pp. 1577-1589.
14. **Sidawy A P, Perler B A**, (2022), Rutherford's Vascular Surgery and Endovascular Therapy, 2-Volume Set, E-Book, Elsevier Health Sciences, pp.
15. **van Basten Batenburg M, Bode A, van Sambeek M, Cuypers P, et al**, (2020), "EVAR in patients with challenging neck anatomy: 1-year results from the EAGLE Registry", pp. 103.
16. **Wang X, Zhao W-j, Shen Y, Zhang R-l**, (2020), "Normal Diameter and Growth Rate of Infrarenal Aorta and Common Iliac Artery in Chinese Population Measured by Contrast-Enhanced Computed Tomography", Annals of Vascular Surgery, 62 pp. 238-247.

HÌNH THÁI VÀ MỘT SỐ BIẾN THỂ GIẢI PHẪU CÁC NHÁNH TẠNG ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG QUA PHÂN TÍCH HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Khánh Đức¹, Nguyễn Minh Trung¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hình thái và các biến thể giải phẫu của các nhánh tạng động mạch chủ (ĐMC) bụng đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý mạch máu. Phân tích hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) là phương pháp hiệu quả để đánh giá các đặc điểm này. Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp dữ liệu giải phẫu chi tiết về động mạch chủ bụng và các nhánh tạng tại Việt Nam.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định hình thái và kích thước trung bình của các nhánh tạng động mạch chủ bụng qua phân tích hình ảnh CLVT có cản quang.
- Mô tả một số biến thể giải phẫu của các nhánh tạng động mạch chủ bụng trên người Việt Nam trưởng thành.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023 trên các bệnh nhân được chụp CLVT bụng có tiêm thuốc cản quang tại Bệnh viện Bình Dân, TP.HCM. Các thông số về hình thái, kích thước và vị trí của các nhánh tạng được phân tích bằng phần mềm Osirix MD.

Kết quả:

¹Khoa Phẫu thuật Tim – Mạch máu Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Khánh Đức

SĐT: 0906559409

Email: bskhanhduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

• Nghiên cứu trên 859 bệnh nhân, tuổi trung bình 54.7 ± 14.6 ; tỷ lệ nam : nữ là 1.3:1.

• Chiều dài trung bình động mạch chủ bụng là 103.7 ± 17.8 mm.

• Đường kính trung bình của động mạch chủ bụng là 17.6 ± 3 mm, nhỏ dần từ mức động mạch thân tạng (19.7 ± 2.9 mm) xuống dưới thận (16.7 ± 3.4 mm).

• Biến thể giải phẫu được ghi nhận tại các nhánh tạng chính, bao gồm động mạch thân tạng, động mạch mạc treo tràng trên và động mạch thận.

Kết luận: Nghiên cứu cung cấp dữ liệu tham chiếu về kích thước và hình thái của các nhánh tạng động mạch chủ bụng ở người Việt Nam. Kết quả này hỗ trợ việc chẩn đoán và can thiệp nội mạch, đồng thời gợi ý các tiêu chuẩn lựa chọn thiết bị nội mạch phù hợp.

Từ khóa: Động mạch chủ bụng, nhánh tạng, biến thể giải phẫu, can thiệp nội mạch, phân tích CLVT.

SUMMARY

MORPHOLOGY AND ANATOMICAL VARIATIONS OF THE VISCERAL BRANCHES OF THE ABDOMINAL AORTA BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGING AT BINH DAN HOSPITAL

Background: The morphology and anatomical variations of the visceral branches of the abdominal aorta play a crucial role in diagnosing and treating vascular pathologies. Computed tomography (CT) imaging is an

effective method for evaluating these features. This study was conducted to provide detailed anatomical data on the abdominal aorta and its visceral branches in the Vietnamese population.

Objectives:

1. To identify the morphology and average dimensions of the visceral branches of the abdominal aorta using contrast-enhanced CT imaging.

2. To describe anatomical variations in the visceral branches of the abdominal aorta in Vietnamese adults.

Methods: A retrospective, cross-sectional study was conducted from November 2021 to November 2023 on patients undergoing contrast-enhanced CT imaging at Bình Dân Hospital, Ho Chi Minh City. Morphological, dimensional, and positional data of the visceral branches were analyzed using the Osirix MD software.

Results: The study included 859 patients with a mean age of 54.7 ± 14.6 years and a male-to-female ratio of 1.3:1. The average length of the abdominal aorta was 103.7 ± 17.8 mm. The mean diameter of the abdominal aorta was 17.6 ± 3 mm, tapering from the celiac trunk level (19.7 ± 2.9 mm) to below the renal arteries (16.7 ± 3.4 mm). Anatomical variations were observed in major visceral branches, including the celiac trunk, superior mesenteric artery, and renal arteries.

Conclusion: This study provides reference data on the dimensions and morphology of the visceral branches of the abdominal aorta in the Vietnamese population. This finding support diagnosis and endovascular interventions while suggesting criteria for selecting appropriate endovascular devices.

Keywords: Abdominal aorta, visceral branches, anatomical variations, endovascular intervention, CT imaging analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hình thái và các biến thể giải phẫu của các nhánh tạng động mạch chủ (ĐMC) bụng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý mạch máu, đặc biệt là can thiệp nội mạch. Chụp cắt lớp vi tính với khả năng dựng hình 3D là phương pháp hiệu quả để phân tích chi tiết các đặc điểm này. Tuy nhiên, dữ liệu tham khảo về động mạch chủ bụng và các nhánh tạng ở người Việt Nam còn hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện nhằm cung cấp thông tin giải phẫu chính xác, hỗ trợ chẩn đoán, điều trị và lựa chọn thiết bị nội mạch phù hợp, nâng cao hiệu quả điều trị các bệnh lý động mạch chủ bụng.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định hình thái và kích thước trung bình của các nhánh tạng động mạch chủ bụng qua phân tích hình ảnh CLVT có cản quang.

2. Mô tả một số biến thể giải phẫu của các nhánh tạng động mạch chủ bụng trên người Việt Nam trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang

Mẫu nghiên cứu: Tất cả BN được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) ổ bụng có tiêm thuốc cản quang tại bệnh viện Bình Dân TP.HCM thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2021 đến tháng 11/2023, chúng tôi tiến hành thu thập nguồn hình chụp CLVT của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu từ hệ thống bệnh viện, sau đó dựng hình và đo đạc bằng phần mềm OsiriX cho các kết quả nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: BN trên 18 tuổi được chụp CLVT đa lát cắt ổ bụng có cản quang tại bệnh viện Bình Dân do các nguyên nhân ngoài bệnh lý ĐMC.

Tiêu chuẩn loại mẫu:

- Bệnh lý ổ bụng ảnh hưởng đến hình dạng và kích thước các nhánh tạng ĐMC bụng như các khối u xâm lấn.
- Tiền căn can thiệp ĐMC ngực, bụng hoặc động mạch tạng.
- Có xảo ảnh quanh vị trí cần khảo sát và đo đạc.

Hình ảnh không đủ tiêu chuẩn để đo đạc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Phân tích trên 859 trường hợp (TH) thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, chúng tôi ghi nhận mẫu nghiên cứu có 486 BN nam (57%), 373 BN nữ (43%); tương đương với tỷ lệ nam:nữ là 1.3:1. Độ tuổi trung bình là 54.7 ± 14.6 tuổi.

3.2. Chiều dài đoạn ĐMC bụng tương ứng các vị trí phân nhánh

Chiều dài trung bình toàn bộ ĐMC bụng là 103.7 ± 17.8 mm; trong đó chiều dài trung bình đoạn ĐMC ngắn nhất là ở đoạn giữa hai ĐM thận (4 ± 5.4 mm) và đoạn ĐMC dài nhất là giữa ĐM thận thấp – Mạc treo tràng dưới (47.9 ± 12.1 mm).

Bảng 1. Chiều dài trung bình của đoạn ĐMC bụng tương ứng với các vị trí phân nhánh

Đoạn ĐMC	Chiều dài trung bình (mm)
ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên	8.8 ± 2.7
ĐM mạc treo tràng trên – thận cao hơn	8.6 ± 4.2
Giữa hai ĐM thận	4 ± 5.4
ĐM thận thấp – Mạc treo tràng dưới	47.9 ± 12.1
ĐM mạc treo tràng dưới – Ngã ba chủ chậu	34.7 ± 9.2

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận một số biến thể theo tỷ lệ sau:

- 04 TH xuất phát ĐM thân tạng và mạc treo tràng trên ngang nhau (0.5%);
- 17 TH xuất phát ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận ngang nhau (2%);
- 54 TH hai ĐM thận xuất phát ngang nhau (6.3%);
- 10 TH xuất phát ĐM thận và mạc treo tràng dưới ngang nhau (1.2%);
- 08 TH ĐM mạc treo tràng dưới xuất phát tại ngã ba chủ - chậu (0.9%).

3.3. Đặc điểm hình thái các nhánh tạng của ĐMC bụng đo đạc trên CLVT

Động mạch thân tạng có đường kính trung bình là 6.1 ± 1.7 mm; trong đó lớn nhất là 37.3 mm và nhỏ nhất là 0.26 mm. Góc ĐM thân tạng với ĐMC trung bình là $84.4 \pm 39.7^\circ$.

Về bất thường ĐM thân tạng, chúng tôi ghi nhận 21 TH xơ vữa tại gốc ĐM thân tạng (2.4%) và 03 TH không có ĐM thân tạng (chiếm 0.35%).

Động mạch mạc treo tràng trên có đường kính trung bình là 6.1 ± 1 mm; trong đó lớn nhất là 9.44 mm và nhỏ nhất là 3.5 mm. Góc ĐM mạc treo tràng trên với ĐMC trung bình là $86.3 \pm 40.7^\circ$.

Về bất thường ở ĐM mạc treo tràng trên, chúng tôi ghi nhận 26 TH xơ vữa tại gốc ĐM mạc treo tràng trên (3%); 02 TH không có ĐM mạc treo tràng trên (0.23%) và không ghi nhận TH nào có từ 02 ĐM mạc treo tràng trên trở lên.

Động mạch thận có 465 TH ĐM thận (P) nằm cao hơn (chiếm 80%).

Bảng 2. Đặc điểm kích thước ĐM thận hai bên

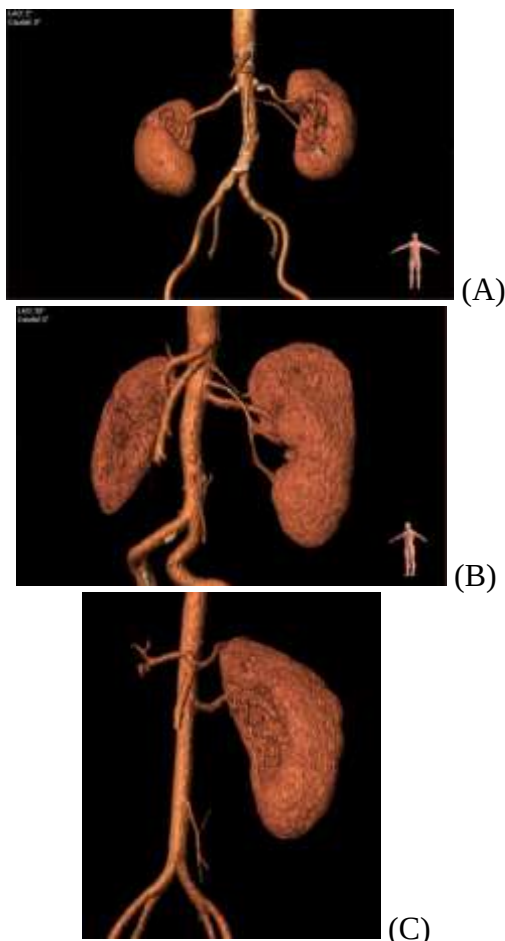
Đường kính ĐM thận	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)	Trung bình (mm)
Bên (P)	2.0	8.0	4.6 ± 0.9
Bên (T)	1.4	7.7	4.7 ± 0.9
Góc ĐM thận với ĐMC	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Bên (P)	79°	165°	129 ± 13.3^0
Bên (T)	60°	158°	125.7 ± 12.1^0

Bảng 2 cho thấy sự tương đồng về kích thước và góc giữa ĐM thận hai bên trong mẫu nghiên cứu. Tuy nhiên, vẫn có một số khác biệt về số lượng phân nhánh được chúng tôi ghi nhận sau đây:

- Về bất thường phân nhánh ở ĐM thận (P): có 16 TH hai ĐM thận và 03 TH không

có ĐM thận và không ghi nhận TH nào có nhiều hơn 03 nhánh ĐM thận (P).

- Về bất thường phân nhánh ở ĐM thận (T): có 23 TH nhiều hơn hai ĐM thận; trong đó 22 TH có hai ĐM và 01 TH có đến ba nhánh ĐM thận (T) và có 01 TH không có ĐM thận.

**Hình 3. CLVT dựng hình 3D**

Nguồn: BN (STT 169; 213; 226), bệnh viện Bình Dân

(A) 02 ĐM thận (T); (B) 03 ĐM thận (T);
(C) Không có ĐM thận

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong nghiên cứu mới đây về phân tích các biến thể giải phẫu của các nhánh ĐM chính từ ĐMC bụng bằng CLVT trên 500 BN ngẫu nhiên, tác giả Dabria^[3] đã báo cáo các TH bệnh chủ yếu có độ tuổi từ 51 đến 60 và độ tuổi trung bình là 53.2. Nghiên cứu này cũng cho thấy tỉ lệ nam nhiều hơn nữ, tương đương 1.34 : 1. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Đặng Nguyễn Trung An^[1] với 1102 TH cũng đưa ra kết quả tương tự về độ tuổi trung bình và tỉ lệ giới tính. Như vậy, mẫu nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới và trong nước với tỷ lệ nam : nữ là 1.3:1; độ tuổi trung bình là 54.7 ± 14.6 tuổi.

4.2. Chiều dài đoạn ĐMC bụng tương ứng các vị trí phân nhánh

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận chiều dài trung bình toàn bộ ĐMC bụng là 103.9 mm. Khoảng cách giữa ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên là 8.8 mm, giữa ĐM mạc treo tràng trên – thận là 8.6 mm, giữa hai ĐM thận là 4 mm, giữa ĐM thận - mạc treo tràng dưới là 47.9 mm. Chúng tôi nhận thấy tất cả các thông số chiều dài trung bình

toàn bộ ĐMC bụng, khoảng cách giữa các nhánh tạng trong nghiên cứu này luôn nhỏ hơn các báo cáo của tác giả Nhật Bản và Châu Âu (xem bảng 3). Lý giải cho sự khác biệt đó, có thể do phương pháp đo đặc khác biệt, mẫu dân số khác nhau và do người Việt Nam chúng ta có thể trạng nhỏ bé hơn.

Trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là khi ứng dụng vào can thiệp nội mạch, sự khác nhau về chiều dài đoạn ĐMC bụng và khoảng cách giữa các phân nhánh ĐMC có ảnh hưởng không nhỏ đến việc lựa chọn mảnh ghép hoặc stent phù hợp với từng BN.^[10] Khoảng cách trung bình giữa ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận trong nghiên cứu được đo đặc là 8.6 ± 4.2 mm, là khá bất lợi cho việc đặt ống ghép nội mạch kiểu ống khói (kỹ thuật Chimney) vào ĐM mạc treo tràng trên và 2 ĐM thận trong trường hợp phình có cổ ngắn hoặc ngang thận vì yêu cầu khoảng cách này tối thiểu ≥ 15 mm mới bảo đảm hiệu quả điều trị. Thực tế lâm sàng, chúng tôi thường gặp khó khăn trong các trường hợp này. Giải quyết tình trạng đó, đa số phải mổ mở để chuyển vị 3 nhánh ĐM hoặc mổ mở hoàn toàn. Trong khi đó, đối với người Châu Âu, khoảng cách giữa ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận cao nhất trung bình là 15 mm, khá phù hợp với kỹ thuật Chimney.

Bảng 3. Chiều dài trung bình đoạn ĐMC bụng tương ứng vị trí các phân nhánh trong một số nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Năm	ĐM thân tạng – Mạc treo tràng trên	ĐM mạc treo tràng trên – ĐM thận	ĐM thận – Mạc treo tràng dưới	ĐM mạc treo tràng dưới – Ngã ba ĐMC
Nakayama ^[7]	2017	16.2 ± 3.3	15.6 ± 8.2	54.3 ± 8.9	45.1 ± 9.6
O’Flynn ^[8]	2010	16.6 ± 4.9	15.2 ± 8.9	//	//
Dabria ^[3]	2022	10.4 ± 2.1	//	//	//
Chúng tôi	2022	8.8 ± 2.7	8.6 ± 4.2	47.9 ± 12.1	34.7 ± 9.2

Mặt khác, chúng tôi cũng ghi nhận các TH ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên xuất phát ngang nhau (0.5%), ĐM mạc treo tràng trên và ĐM thận xuất phát ngang nhau (2%), hai ĐM thận xuất phát ngang nhau (6.3%), ĐM thận và ĐM mạc treo tràng dưới xuất phát ngang nhau (1.2%) và ĐM mạc treo tràng dưới tại ngã ba chủ - chậu (0.9%).

Đây là những phát hiện thú vị về các biến thể của các nhánh chính ĐMC bụng. Như vậy các nhà sản xuất các ống ghép nội mạch có phân nhánh để điều trị phình ĐMC bụng trên thận cần lưu ý để sản xuất một số ống ghép đặc biệt cho BN có các biến thể này.

4.3. Đặc điểm hình thái các nhánh tạng của ĐMC bụng đo đạc trên CLVT

Trong quá trình chẩn đoán và điều trị bệnh lý ĐMC bụng, đặc biệt là can thiệp nội mạch, hiểu biết về hình thái và các dị dạng của phân nhánh ĐM từ ĐMC đóng vai trò quan trọng. Năm 2010, Kornafe và cộng sự nghiên cứu trên 201 bệnh nhân chụp CLVT dựng hình mạch máu ghi nhận biến thể của ĐM thận là thường gặp nhất (chiếm 41.3%), kế đến là các biến thể về các nhánh của ĐM thân tạng (4.5%) và cuối cùng là các biến thể của ĐM mạc treo tràng trên (khoảng 2%).^[6]

Trong nghiên cứu này, đặc điểm hình thái các nhánh tạng ĐMC bụng cũng được chúng tôi ghi nhận lại, cụ thể như sau:

4.3.1. Động mạch thân tạng và mạc treo tràng trên

ĐM thân tạng là nhánh nằm cao nhất trong các nhánh của ĐMC bụng. Thông thường, ĐM thân tạng cho ba nhánh: ĐM vị trái, ĐM gan chung và ĐM lách. Nghiên cứu của tác giả Iezzi^[4] cho thấy tỉ lệ của hình thái này là 72.1% và tỉ lệ ĐM mạc treo tràng trên xuất phát ngang mức ĐM thân tạng là 0.4%.

Trong khi đó, Kornafe (2010) phân tích các biến thể của các nhánh ĐM chính từ ĐMC bụng bằng CLVT cho thấy tỉ lệ ĐM thân tạng phân nhánh bình thường chiếm đến 95.5% và biến thể ĐM thân tạng xuất phát chung hoặc ngang mức với ĐM mạc treo tràng trên cũng chiếm tỉ lệ 1.5%, cao hơn kết quả từ nghiên cứu của tác giả Dabria (2022) trên 500 BN Ấn Độ (0.2%).

Trong mẫu nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận đường kính trung bình ĐM thân tạng là 6.1 mm, góc với ĐMC là 84.4°. Kết quả này tương đồng với đường kính ĐM thân tạng trong nghiên cứu Dabria là 5.6 mm.^[3]

Mặt khác, có 0.5% ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên xuất phát ngang nhau. Điều này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Iezzi (0.4%).^[4] Về bất thường ở ĐM thân tạng, chúng tôi cũng ghi nhận 3.6% xơ vữa tại gốc ĐM thân tạng; 01 TH có hai ĐM thân tạng và 03 TH không có ĐM thân tạng.



Hình 5. CLVT dựng hình 3D trường hợp ĐM gan chung và ĐM lách xuất phát trực tiếp từ ĐMC (không có ĐM thân tạng)

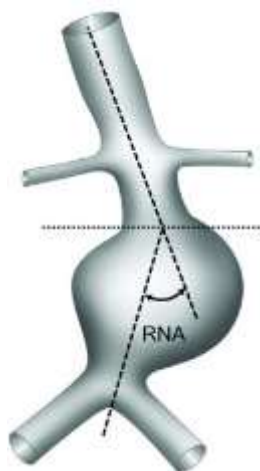
Đối với ĐM mạc treo tràng trên, Dabria ghi nhận đường kính trung bình ĐM mạc treo tràng trên tại gốc là 6 mm. Trong khi đó, đường kính trung bình ĐM mạc treo tràng trên trong nghiên cứu của chúng tôi là 6.1 mm và góc với ĐMC là 86.3° . Như vậy, kết quả của nghiên cứu này là khá tương đồng với các tác giả khác trên thế giới về hình thái và các kích thước của ĐM thân tạng và mạc treo tràng trên.^{[3], [4], [6]}

Với số đo về đường kính ĐM thân tạng và ĐM mạc treo tràng trên cũng như góc trung bình của hai ĐM trên sẽ giúp thiết kế ống ghép ĐMC có hai nhánh phù hợp với người Việt Nam là khoảng 85° , đường kính hai nhánh là 6 mm với khoảng cách giữa hai nhánh là 9 mm.

4.3.2. Động mạch thận

Trong các nhánh tạng từ ĐMC bụng, ĐM thận thường được các tác giả quan tâm nhiều không chỉ vì có nhiều biến thể nhất mà còn là

Nguồn: BN (STT 129), bệnh viện Bình Dân phân nhánh mang nhiều ý nghĩa trong điều trị bệnh lý ĐMC trên lâm sàng, đặc biệt là với can thiệp nội mạch. Trong phân loại phình ĐMC bụng, vị trí túi phình so với ĐM thận thấp nhất thường được các tác giả sử dụng để chia phình ĐMC thành ba dạng hình thái (trên thận, ngang thận và dưới thận) với các chiến lược điều trị hoàn toàn khác nhau. Cổ túi phình được tính từ ngay dưới vị trí ĐM thận thấp nhất đến chỗ bắt đầu giãn ra của túi phình ĐMC bụng. Góc cổ túi phình là góc hợp bởi trục túi phình và trục của cổ túi phình. Theo y văn, cổ túi phình được xem là thuận lợi cho can thiệp nội mạch ĐMC bụng dưới thận khi cách ĐM thận thấp nhất tối thiểu 15 mm, có đường kính ngang < 32 mm và gấp góc $< 60^{\circ}$. Cổ túi phình ngắn hơn 15 mm hoặc gấp góc $> 60^{\circ}$ là những lý do thường gặp gây khó khăn trong can thiệp nội mạch.^{[5],[2]}



Hình 6. Góc cổ túi phình ĐMC bụng dưới thận (Renal neck angle – RNA)

Cũng vì lý do đó, tương quan vị trí giữa các nhánh ĐM thận và nhánh ĐM thận thấp nhất luôn được chú ý trong thực hành lâm sàng. Theo các tác giả Kornafel và O’Flynn, số lượng phân nhánh của ĐM thận dao động trong khoảng từ 2 đến 4 nhánh và ĐM thận (P) thường xuất phát cao hơn ĐM thận (T) trên 50% các TH.^{[6],[8]} Mới đây, tác giả Dabria công bố kết quả nghiên cứu vào năm 2021 trên 500 BN người Ấn Độ ghi nhận có 41.6% TH xuất hiện ĐM thận phụ.^[3] Trong mẫu nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận kết quả tương đồng với các tác giả trên khi có 80% ĐM thận (P) nằm cao hơn. Nghiên cứu của Ulku Cenik Turba trên 798 người Mỹ, cũng cho thấy 63% ĐM thận (P) cao hơn thận (T).^[9]

Về đường kính, tác giả Dabria ghi nhận đường kính trung bình ĐM thận là 4 mm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính này là tương đương nhau giữa hai ĐM thận với đường kính ĐM thận (P) là 4.6 mm và thận (T) là 4.7 mm. Kết quả này đồng thời cũng tương đương với công bố của Dabria.^[3] Song song đó, tỉ lệ vôi hóa ĐM thận hai bên cũng tương đương nhau với bên (P) là 4.5% và bên (T) là 4.7%.

Nguồn: “Kim T.H. và cộng sự”, (2017)^[5]

Về góc ĐM thận, Kornafel và O’Flynn ghi nhận góc trung bình ĐM thận (P) và thận (T) với ĐMC lần lượt là 63.5° và 73.1° . Kết quả này mặc dù có khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác, tuy nhiên nhìn chung thì góc trung bình của ĐM thận hai bên là tương đương nhau. Nguyên nhân gây ra sự khác biệt có thể do phương pháp đo đặc khác nhau hoặc cỡ mẫu không đủ lớn. Vì vậy, chúng tôi đề nghị cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và có phương pháp đo góc ĐM thận thống nhất để các kết quả là tối ưu nhất.^{[6],[8]}

Số đo góc ĐM thận của chúng tôi cho thấy hướng của 2 ĐM thận là xuôi chiều đi xuống (không nằm ngang hoặc quặc ngược lên trên) so với trục ĐMC bụng. Điều này là khá thuận lợi cho kỹ thuật ống khói (Chimney) khi đặt 2 ống ghép vào ĐM thận để tăng chiều dài đặt ống ghép vào cổ túi phình.

Đường kính trung bình của 2 ĐM thận người Việt Nam là 4.6 mm (bên phải) và 4.7 mm (bên trái), sẽ cần ống ghép đường kính 5 mm (lớn hơn đường kính ĐM tự nhiên 10%) là phù hợp trong trường hợp dùng kỹ thuật Chimney hoặc điều trị hẹp ĐM thận.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch điều trị bệnh lý ĐMC và các nhánh tạng đang dần chứng tỏ ưu thế vượt trội, có thể thay thế phẫu thuật trong tương lai. Dựa vào kết quả nghiên cứu này, hiểu biết về số đo đường kính và khoảng cách giữa các nhánh ĐM tạng giúp phẫu thuật viên có thể lựa chọn kích thước ống ghép phù hợp với từng đối tượng BN. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng ghi nhận một số TH biến thể về vị trí xuất phát và về số lượng các nhánh tạng chính của ĐMC bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Nguyễn Trung An**, (2020), "Nghiên cứu kích thước và phân nhánh của động mạch chủ ở người Việt Nam trưởng thành", Luận án Tiến sĩ y học, ĐHYD TP HCM.
2. **Chaikof E L, Dalman R L, Eskandari M K, Jackson B M, et al**, (2018), "The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm", *J Vasc Surg*, 67 (1), pp. 2-77.e72.
3. **Dabria N, Galhotra A, Galhotra R, Galhotra A, et al**, (2022), "Analysis of Anatomical Variations of the Main Arteries Branching from the Abdominal Aorta by Multidetector Computed Tomography: A Prospective Study of 500 Patients in a Tertiary Center", 71 (2), pp. 128-134.
4. **Iezzi R, Cotroneo A R, Giancristofaro D, Santoro M, et al**, (2008), "Multidetector-row CT angiographic imaging of the celiac trunk: anatomy and normal variants", *Surgical and Radiologic Anatomy*, 30 (4), pp. 303-310.
5. **Kim T H, Jang H J, Choi Y J, Lee C K, et al**, (2017), "Kilt Technique as an Angle Modification Method for Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysm with Severe Neck Angle", *Ann Thorac Cardiovasc Surg*, 23 (2), pp. 96-103.
6. **Kornafel O, Baran B, Pawlikowska I, Laszczyński P, et al**, (2010), "Analysis of anatomical variations of the main arteries branching from the abdominal aorta, with 64-detector computed tomography", 75 (2), pp.
7. **Nakayama Y, Hayashi S, Takeuchi K, Kawata S, et al**, (2017), "Positional relationships of abdominal aortic branches for contrast radiography of the inferior mesenteric artery using the coeliac trunk and superior mesenteric artery as landmarks", 93 (4), pp. 139-145.
8. **O'Flynn P M, O'Sullivan G, Pandit A S**, (2010), "Geometric Variability of the Abdominal Aorta and Its Major Peripheral Branches", *Annals of Biomedical Engineering*, 38 (3), pp. 824-840.
9. **Turba U C, Uflacker R, Bozlar U, Hagspiel K D**, (2009), "Normal renal arterial anatomy assessed by multidetector CT angiography: Are there differences between men and women?", 22 (2), pp. 236-242.
10. **Wang X, Zhao W-j, Shen Y, Zhang R-l**, (2020), "Normal Diameter and Growth Rate of Infrarenal Aorta and Common Iliac Artery in Chinese Population Measured by Contrast-Enhanced Computed Tomography", *Annals of Vascular Surgery*, 62 pp. 238-247.

GIÁ TRỊ CHỈ SỐ PROCOLE TRONG TIÊN ĐOÁN XÌ MIỆNG NỔI Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Nguyễn Trung Dương¹, Nguyễn Văn Việt Thành¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xì miệng nổi (XMN) là một biến chứng nghiêm trọng trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng, làm tăng tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và thời gian nằm viện, đồng thời ảnh hưởng xấu đến tiên lượng ung thư học. Chỉ số PROCOLE, được phát triển năm 2016, cung cấp một phương pháp khách quan để dự đoán nguy cơ XMN và hỗ trợ các chiến lược quản lý trước và sau phẫu thuật.

Mục tiêu: Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của thang điểm PROCOLE trong việc dự đoán biến chứng XMN ở bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng.

Đối tượng – Phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca gồm 116 bệnh nhân với 32 bệnh nhân xì miệng nổi và 84 bệnh nhân không xì miệng nổi, được thực hiện trên các bệnh nhân phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng có tạo lập miệng nổi tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022. Các yếu tố nguy cơ chính được phân tích thông qua chỉ số PROCOLE để đánh giá giá trị dự báo.

Kết quả: Các yếu tố nguy cơ bao gồm giới tính nam (OR=0,79, CI 95%=0,72–0,86), chỉ số BMI (OR=1,35, CI 95%=1,21–1,51), bệnh lý tim mạch (OR=1,84, CI 95%=1,64–2,07), đái tháo đường (OR=1,86, CI 95%=1,66–2,09), sử dụng chất kích thích (hút thuốc lá và/hoặc rượu bia; OR=1,52, CI 95%=1,37–1,68), sử dụng corticoid kéo dài (OR=1,80, CI 95%=1,61–2,01), hóa xạ trị tân bổ trợ (OR=3,86, CI 95%=3,43–4,34), chỉ số ASA >3 (OR=2,41, CI 95%=2,15–2,70), và nồng độ albumin trước mổ <3,5 g/dL (OR=7,83, CI 95%=6,97–8,79), thời gian phẫu thuật >200 phút (OR=1,33, CI 95%=1,20–1,48), biến cố bất lợi trong mổ (OR=1,01, CI 95%=0,91–1,12), vị trí miệng nổi cắt trước thấp (OR=0,88, CI 95%=0,79–0,97), và vị trí miệng nổi cắt trước cực thấp (OR=2,04, CI 95%=1,82–2,29). Có sự liên quan giữa vị trí miệng nổi trực tràng < 5cm (kiểm định Chi bình phương, $p \approx 0,028$, $\alpha=0,05$), albumin <3,5g/dL (kiểm định Fisher's exact, $p \approx 0,024$, $\alpha=0,05$) và nguy cơ XMN. Chỉ số PROCOLE trong nghiên cứu có kết quả với độ nhạy là 78,1%, độ đặc hiệu 79,8% giá trị tiên đoán dương 59,5%, giá trị tiên đoán âm 90,5%.

Kết luận: Thang điểm PROCOLE là một công cụ giá trị trong việc dự đoán nguy cơ XMN trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng. Việc ứng dụng PROCOLE trong thực hành lâm sàng có thể cải thiện kết quả phẫu thuật thông qua các quyết định và chiến lược quản lý phù hợp.

Từ khóa: Xì miệng nổi, phẫu thuật ung thư trực tràng, chỉ số PROCOLE.

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu Cổ, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

SUMMARY**THE VALUE OF THE PROCOLE INDEX IN PREDICTING ANASTOMOTIC LEAKAGE IN PATIENTS UNDERGOING RECTAL CANCER SURGERY**

Introduction: Anastomotic leakage (AL) is a severe complication of rectal cancer surgery, leading to increased morbidity, mortality, prolonged hospitalization, and adversely affecting oncological outcomes. The PROCOLE index, developed in 2016, offers an objective method to predict AL risk and supports preoperative and postoperative management strategies.

Objective: To evaluate the sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) of the PROCOLE index in predicting AL complications in patients undergoing rectal cancer surgery.

Subjects and Methods: This retrospective case series study involved 116 patients, including 32 with AL and 84 without AL, undergoing rectal cancer surgery with anastomosis at Binh Dan Hospital between January 2017 and December 2022. Key risk factors were analyzed using the PROCOLE index to assess its predictive value.

Results: Risk factors included male gender (OR=0.79, CI 95%=0.72–0.86), BMI (OR=1.35, CI 95%=1.21–1.51), cardiovascular disease (OR=1.84, CI 95%=1.64–2.07), diabetes (OR=1.86, CI 95%=1.66–2.09), substance use (smoking and/or alcohol consumption; OR=1.52, CI 95%=1.37–1.68), prolonged corticosteroid use (OR=1.80, CI 95%=1.61–2.01), neoadjuvant chemoradiotherapy (OR=3.86, CI 95%=3.43–4.34), ASA score >3 (OR=2.41, CI 95%=2.15–2.70), preoperative albumin levels <3.5 g/dL (OR=7.83, CI 95%=6.97–8.79), surgery duration >200 minutes (OR=1.33, CI 95%=1.20–1.48),

adverse intraoperative events (OR=1.01, CI 95%=0.91–1.12), lower anterior resection (OR=0.88, CI 95%=0.79–0.97), and ultralow anterior resection (OR=2.04, CI 95%=1.82–2.29). Associations were found between rectal anastomosis <5 cm (Chi-square test, $p \approx 0.028$, $\alpha=0.05$), albumin <3.5 g/dL (Fisher's exact test, $p \approx 0.024$, $\alpha=0.05$), and AL risk. The PROCOLE index demonstrated sensitivity of 78.1%, specificity of 79.8%, PPV of 59.5%, and NPV of 90.5%.

Conclusion: The PROCOLE index is a valuable tool for predicting AL risk in rectal cancer surgery. Its application in clinical practice can enhance surgical outcomes through appropriate decision-making and management strategies.

Keywords: Anastomotic leakage, rectal cancer surgery, PROCOLE index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xì miệng nối (XMN) là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh suất và tử vong trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng, góp phần làm tăng đáng kể thời gian nằm viện sau mổ, tăng tỉ lệ biến chứng và tử vong và khiến tiên lượng kém hơn về mặt ung thư học¹. Tỉ lệ xì miệng nối sau phẫu thuật cắt trước thay đổi theo tỉ lệ từ 1% đến 19%², và tỉ lệ tử vong liên quan với xì miệng nối có triệu chứng là từ 6 đến 22%³.

Thách thức chính trong việc dự đoán nguy cơ XMN là do tính chất đa yếu tố của nó, bao gồm nhiều yếu tố nguy cơ liên quan. Sự phức tạp này thể hiện qua khả năng dự đoán kém của các phẫu thuật viên trong việc xác định bệnh nhân có nguy cơ XMN. Ngoài ra, việc thiếu một định nghĩa được chấp nhận chung về XMN đã gây khó khăn cho việc so sánh khách quan giữa các nghiên cứu khác nhau, làm phức tạp thêm chiến lược phòng

ngừa và quản lý hiệu quả. Nhu cầu có được các tiêu chí tiên đoán tốt hơn để hỗ trợ đưa ra quyết định trong phẫu thuật là rất rõ ràng. Năm 2010, chỉ số Colon Leakage Score được đề xuất bởi Dekker, với mục đích là tiên đoán xì miệng nối trong phẫu thuật đại tràng, là hỗ trợ quyết định mở hậu môn nhân tạo hồi tràng⁴. Trên cơ sở đó, năm 2016, Domenech giới thiệu chỉ số PROCOLE (Prognostic Colorectal Leakage) như một công cụ đáng tin cậy hơn để đánh giá nguy cơ XMN một cách khách quan⁵. Nghiên cứu này tập trung vào việc đánh giá tính ứng dụng và độ chính xác của chỉ số PROCOLE trong dự đoán XMN trong các ca phẫu thuật ung thư đại trực tràng, nhằm cung cấp những hiểu biết quan trọng về khả năng ứng dụng lâm sàng và vai trò của nó trong việc cải thiện kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm các yếu tố nguy cơ XMN. Đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ này với biến chứng XMN. Xác định giá trị thang điểm PROCOLE gồm độ nhảy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm trong dự báo biến chứng xì miệng nối ở bệnh nhân được tạo lập miệng nối trong phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 116 bệnh nhân với 32 bệnh nhân xì miệng nối và 84 bệnh nhân không xì miệng nối được phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2017 đến tháng 12/2022.

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/07/2022 đến 30/06/2024

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân, Tp. Hồ Chí Minh.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu – mô tả loạt ca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi: Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $60,7 \pm 12,7$ (25- 85 tuổi). Nhìn chung phần lớn trên 60 tuổi (51,7%).

Grad: Grad B và C có tỉ lệ tương đương nhau với 14 và 18 trường hợp chiếm tỉ lệ lần lượt là 43,75% và 56,25%.

Giới tính: 39 bệnh nhân là nữ (33,7%), 77 bệnh nhân là nam (66,3%).

Yếu tố nguy cơ trong chỉ số PROCOLE: Giới tính nam (OR=0,79, CI 95%=0,72–0,86), chỉ số BMI (OR=1,35, CI 95%=1,21–1,51), bệnh lý tim mạch (OR=1,84, CI 95%=1,64–2,07), đái tháo đường (OR=1,86, CI 95%=1,66–2,09), sử dụng chất kích thích (hút thuốc lá và/hoặc rượu bia; OR=1,52, CI 95%=1,37–1,68), sử dụng corticoid kéo dài (OR=1,80, CI 95%=1,61–2,01), hóa xạ trị tân bổ trợ (OR=3,86, CI 95%=3,43–4,34), chỉ số ASA >3 (OR=2,41, CI 95%=2,15–2,70), và nồng độ albumin trước mổ <3,5 g/dL (OR=7,83, CI 95%=6,97–8,79), thời gian phẫu thuật >200 phút (OR=1,33, CI 95%=1,20–1,48), biến cố bất lợi trong mổ (OR=1,01, CI 95%=0,91–1,12), vị trí miệng nối cắt trước thấp (OR=0,88, CI 95%=0,79–0,97), và vị trí miệng nối cắt trước cực thấp (OR=2,04, CI 95%=1,82–2,29).

Kiểm định sự liên quan: Có sự liên quan giữa albumin <3,5g/dL (kiểm định Fisher, $p \approx 0,024$, $\alpha=0,05$), vị trí miệng nối trực tràng < 5cm (kiểm định Chi bình phương, $p \approx 0,028$, $\alpha=0,05$) và biến chứng xì miệng nối trực tràng

Giá trị chỉ số PROCOLE: độ nhảy là 78,1%, độ đặc hiệu 79,8% giá trị tiên đoán dương 59,5%, giá trị tiên đoán âm 90,5%.

Bảng 1. Kết quả nghiên cứu với ngưỡng chỉ số PROCOLE $\geq 4,83$

	Xì miệng nói	Không xì miệng nói	Tổng cộng
PROCOLE $\geq 4,83$	25	17	42
PROCOLE $< 4,83$	7	67	74
Tổng cộng	32	84	116

IV. BÀN LUẬN

Ung thư trực tràng có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu này của chúng tôi tại bệnh viện Bình Dân, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 60 tuổi, tương đương với các tác giả trong nước và nước ngoài. Ở nghiên cứu của chúng tôi, grad B chiếm 43,75% và grad C chiếm tỉ lệ với 56,25%.

Giới tính: Đối với phẫu thuật trực tràng do ung thư, nam giới là yếu tố nguy cơ XMN vì khung chậu của nam giới hẹp hơn nữ nên quá trình phẫu thuật sẽ gặp nhiều khó khăn hơn, đặc biệt là những trường hợp kích thước u lớn, chiếm toàn bộ vùng tiểu khung. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ ý nghĩa giữa giới tính nam và nguy cơ biến chứng xì miệng nói.

BMI: Sự liên quan giữa BMI và XMN có thể do tình trạng béo phì làm cho bộc lộ phẫu tích khó khăn dẫn đến tổn thương cấu trúc giải phẫu, thiếu máu mặt cắt và xì miệng nói. Nghiên cứu của Sadatomo A⁶, cho thấy không có mối liên hệ ý nghĩa giữa BMI ≥ 30 và nguy cơ xì miệng nói, tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả nhận định rằng kỹ thuật phẫu thuật hiện đại đã giảm thiểu tác động tiêu cực của béo phì, chẳng hạn như phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật Robot.

Bệnh tim mạch: Những bệnh nhân mắc bệnh lý tim mạch thường có lưu lượng máu giảm và khả năng lành vết thương kém, điều này có thể làm tăng nguy cơ thiếu máu cục bộ ở miệng nói. Nghiên cứu He J⁷ không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa

bệnh lý tim mạch và biến chứng XMN, tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Các tác giả nhận định rằng với quản lý tốt về mặt tim mạch trước phẫu thuật, nguy cơ liên quan đến bệnh lý tim mạch có thể được giảm thiểu.

Đái tháo đường: Nguyên nhân được cho là cả đái tháo đường và giảm khả năng dung nạp glucose đều có liên quan đến suy yếu dòng chảy vi mạch thứ phát dẫn đến rối loạn chức năng nội mô. Nghiên cứu **Ziegler MA**⁸ đã phân tích dữ liệu từ 5.123 bệnh nhân và cho thấy rằng bệnh đái tháo đường không làm tăng đáng kể nguy cơ rò miệng nói. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, những bệnh nhân đái tháo đường bị rò miệng nói có nguy cơ tử vong cao gấp hơn bốn lần so với các bệnh nhân không mắc đái tháo đường.

Hút thuốc, uống rượu bia: Cơ chế được giải thích như chất co mạch liên quan đến Nicotine làm cho sự tưới máu bị giới hạn và cùng với sự thiếu oxy tế bào liên quan đến carbon monoxide đã dẫn đến giảm trao đổi oxy với mô gây nên sự giảm hình thành collagen và độ căng bền của vết thương. Hơn nữa, hút thuốc còn tăng độ kết tập tiểu cầu, làm tăng đông máu ở những vi mạch giảm lượng máu nuôi cũng như giảm sự tăng sinh của hồng cầu, nguyên bào sợi và đơn bào. Sử dụng rượu bia lâu dài có thể làm suy giảm miễn dịch và tăng nguy cơ nhiễm trùng sau phẫu thuật. Hiệp hội Phẫu thuật Đại trực tràng của Vương quốc Anh và Ireland⁹ nhấn mạnh rằng việc lấy tiền sử bệnh chi tiết có

thể giúp xác định các yếu tố nguy cơ như hút thuốc và lạm dụng rượu bia, nhưng không khẳng định chúng là nguyên nhân chính gây rò miệng nổi. Tương tự kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Sử dụng Corticoids kéo dài: Corticoids kéo dài có thể làm giảm khả năng tổng hợp collagen và cản trở quá trình tái tạo mô tại miệng nổi. Sử dụng kéo dài corticoids là một yếu tố nguy cơ của XMN, đặc biệt khi sử dụng đồng thời với các thuốc ức chế miễn dịch khác. Nghiên cứu chúng tôi không thấy có mối liên hệ có ý nghĩa giữa việc sử dụng Corticoids kéo dài và nguy cơ XMN. Tuy nhiên nghiên cứu Utsumi T¹⁰ cho thấy việc sử dụng corticosteroid kéo dài có thể là yếu tố nguy cơ cho XMN, đặc biệt khi kết hợp với các thuốc ức chế miễn dịch khác.

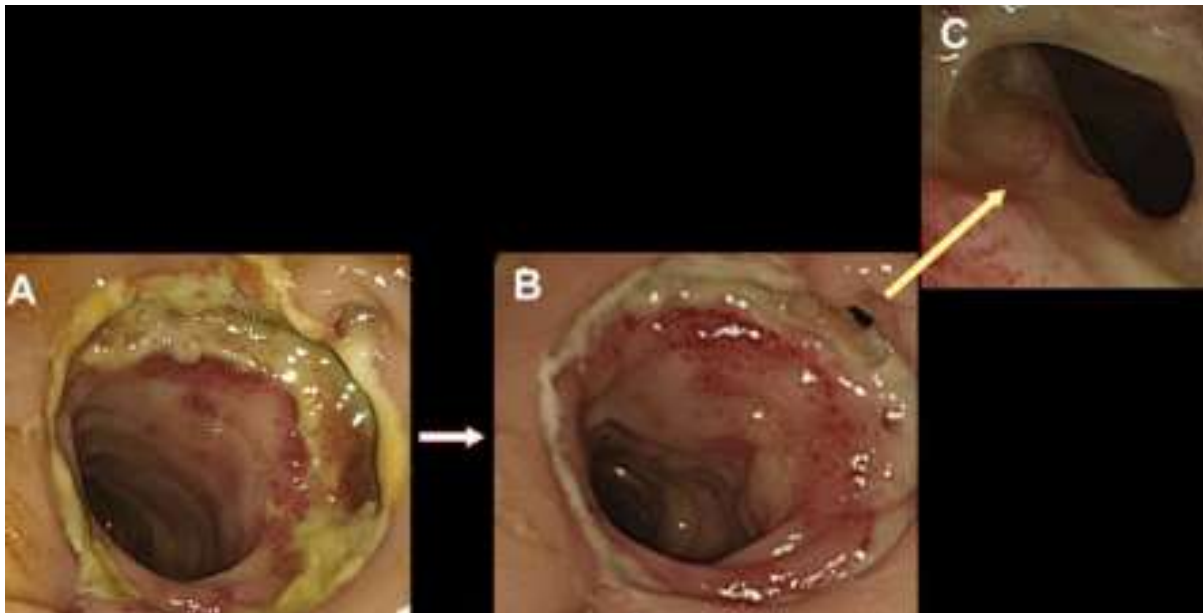
Hoá hoặc xạ trị tân hỗ trợ: Hóa trị trước phẫu thuật từ lâu được xem là một yếu tố nguy cơ, hóa trị gây ức chế miễn dịch và làm chậm quá trình tái tạo mô. Tuy nhiên số lượng bệnh nhân nhận hóa xạ trị tân hỗ trợ trong nghiên cứu rất ít, có thể ảnh hưởng đến khả năng phát hiện mối liên hệ nhỏ giữa yếu tố nguy cơ và biến chứng. Trong khi đó nghiên cứu của Sauer R¹¹ chỉ ra rằng hóa xạ trị tân hỗ trợ làm tăng nguy cơ XMN.

ASA $\geq$ 3: Thường phản ánh tình trạng sức khỏe toàn thân kém, bao gồm các bệnh nền như tim mạch, hô hấp, hoặc suy thận. Litchinko A¹² cho thấy rằng chỉ số ASA cao là yếu tố tiên lượng biến chứng phẫu thuật tổng thể, nhưng không có ý nghĩa thống kê riêng biệt đối với XMN. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Albumin trước mổ $<3,5\text{g/dL}$: Hạ protein máu ảnh hưởng đến sự lành miệng nổi do việc thiếu axit amin thiết yếu để tổng hợp collagen và làm suy giảm miễn dịch của bệnh nhân. Các yếu tố sinh hóa ảnh hưởng đến vết thương trong đối tượng nuôi dưỡng khá phức tạp, nhưng thiếu tổng hợp collagen là yếu tố chính. Kết quả kiểm định thống kê cho thấy albumin máu thấp có mối liên hệ có ý nghĩa với nguy cơ XMN ($P < 0,05$). Điều này gợi ý rằng albumin máu thấp là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ biến chứng xì miệng nổi.

Thời gian phẫu thuật kéo dài: Mặc dù thời gian phẫu thuật là một yếu tố nguy cơ của XMN, rất khó tách biệt được tác động đồng thời của kỹ thuật của phẫu thuật viên cũng như độ khó của cuộc phẫu thuật ghi nhận. Không tìm thấy mối liên hệ trực tiếp giữa thời gian phẫu thuật kéo dài và XMN, Đỗ Bá Hùng¹³ có kết quả tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nhưng nhấn mạnh rằng thời gian mổ dài thường là dấu hiệu của các ca phẫu thuật phức tạp, vốn có nguy cơ biến chứng cao hơn.

Vị trí miệng nổi $< 5\text{cm}$: Miệng nổi càng thấp thì càng gia tăng nguy cơ XMN là quan điểm được chấp nhận rộng rãi nhất. Cơ chế có thể do vị trí miệng nổi phản ánh độ khó về mặt kỹ thuật của thao tác phẫu thuật, dễ tổn thương mô hơn, lực căng miệng nổi nhiều hơn và máu nuôi cũng kém hơn. Kết quả kiểm định thống kê cho thấy vị trí miệng nổi thấp có mối liên hệ có ý nghĩa với nguy cơ XMN ($P < 0,05$). Điều này gợi ý rằng vị trí miệng nổi thấp là một yếu tố nguy cơ độc lập làm tăng nguy cơ biến chứng này.



Hình 1. Nội soi kiểm tra MN sau PT cắt trước thấp, hơn nửa chu vi MN đang hoại tử (A). Nội soi kiểm tra vào ngày HP thứ 7 cho thấy lỗ khuyết nhỏ và sâu trên MN (B, C).

Chỉ số PROCOLE: Nhìn chung, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với kết quả của Domenech năm 2016 về thang điểm PROCOLE. Giá trị của thang điểm đều cho thấy hiệu quả trong tiên đoán sớm biến chứng xì miệng nối. Với điểm cắt bằng 4,83 thang điểm trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và đặc hiệu gần tương đương với nghiên cứu gốc⁵.

V. KẾT LUẬN

Albumin <3,5 g/dL và vị trí miệng nối <5cm là hai yếu tố nguy cơ liên quan có ý nghĩa thống kê đến biến chứng xì miệng nối. Giá trị của chỉ số PROCOLE là một chỉ số khá tốt trong diễn giải ý nghĩa với độ nhạy và độ đặc hiệu tương đối cao. Nghiên cứu này góp phần khẳng định giá trị của chỉ số PROCOLE như một công cụ hữu ích, góp phần cải thiện hiệu quả điều trị và giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mirnezami A, Mirnezami R, Chandrakumaran K, Sasapu K, Sagar P, Finan P. Increased local recurrence and reduced survival from colorectal cancer following anastomotic leak: systematic review and meta-analysis. *Annals of surgery*. May 2011;253(5): 890-9. doi:10.1097/SLA.0b013e3182128929
2. McDermott FD, Heeney A, Kelly ME, Steele RJ, Carlson GL, Winter DC. Systematic review of preoperative, intraoperative and postoperative risk factors for colorectal anastomotic leaks. *The British journal of surgery*. Apr 2015;102(5):462-79. doi:10.1002/bjs.9697
3. Rullier E, Laurent C, Garrelon JL, Michel P, Saric J, Parneix M. Risk factors for anastomotic leakage after resection of rectal cancer. *The British journal of surgery*. Mar 1998;85(3): 355-8. doi:10.1046/j.1365-2168.1998.00615.x

4. **Dekker JW, Liefers GJ, de Mol van Otterloo JC, Putter H, Tollenaar RA.** Predicting the risk of anastomotic leakage in left-sided colorectal surgery using a colon leakage score. *The Journal of surgical research.* Mar 2011;166(1):e27-34. doi:10.1016/j.jss.2010.11.004
5. **Rojas-Machado SA, Romero-Simo M, Arroyo A, Rojas-Machado A, Lopez J, Calpena R.** Prediction of anastomotic leak in colorectal cancer surgery based on a new prognostic index PROCOLE (prognostic colorectal leakage) developed from the meta-analysis of observational studies of risk factors. *International journal of colorectal disease.* Feb 2016;31(2):197-210. doi:10.1007/s00384-015-2422-4
6. **Sadatomo A, et al.** Risk Factors for Anastomotic Leakage after Low Anterior Resection for Obese Patients with Rectal Cancer. *Surgery Today.* February 2024; 54(2):123-130. doi:10.1007/s00595-024-02808-y.
7. **He J, He M, Tang JH, Wang XH.** Anastomotic leak risk factors following colon cancer resection: a systematic review and meta-analysis. *Langenbeck's Archives of Surgery.* 2023; 408:252. doi:10.1007/s00423-023-02989-z.
8. **Ziegler MA, Catto JA, Riggs TW, Gates ER, Grodsky MB, Wasvary HJ.** Risk Factors for Anastomotic Leak and Mortality in Diabetic Patients Undergoing Colectomy. *JAMA Surgery.* 2012;147(7):600-605. doi:10.1001/archsurg.2012.77.
9. **Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland (ACPGBI).** Prevention, diagnosis, and management of colorectal anastomotic leakage: a consensus position statement. *ACPGBI Guidelines.* 2016.
10. **Utsumi T, et al.** The impact of preoperative corticosteroid use on postoperative outcomes: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Gastroenterology.* 2016;22(25): 5718-5726. doi:10.3748/wjg.v22.i25.5718.
11. **Sauer R, Liersch C, Merkel S, Wittekind H, Hohenberger F, Fietkau R, Rodel WH, et al.** Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *New England Journal of Medicine.* 2004;351(17): 1731-1740. doi:10.1056/NEJMoa040694.
12. **Litchinko A, Buchs N, Balaphas A, Toso C, Liot E, Meurette G, Ris F, Meyer J.** Score prediction of anastomotic leak in colorectal surgery: a systematic review. *Surgical Endoscopy.* 2024; 38:1723–1730. doi:10.1007/s00464-024-10705-1.
13. **Đỗ Bá Hùng.** Tình hình xì dò miệng nối đại trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh.* 2010;14

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP CHUYỂN ĐỔI KHÁNG SINH TỪ ĐƯỜNG TIÊM SANG ĐƯỜNG UỐNG Ở NGƯỜI BỆNH CÓ THẬN Ứ NƯỚC NHIỄM KHUẨN CẤP TÍNH DO SỎI NIỆU QUẢN TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN NĂM 2023

Huỳnh Lê Hạ¹, Nguyễn Hoài Phương¹,
Trần Gia Ân¹, Lê Hồ Bảo Ân¹

TÓM TẮT⁴⁰

Mở đầu: Mặc dù đã triển khai chương trình can thiệp chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/ truyền sang đường uống từ năm 2022, bác sĩ điều trị còn dè dặt trong việc thực hiện khi mà chưa có nhiều nghiên cứu chứng minh lợi ích của việc chuyển đổi trên người bệnh (NB) nhiễm khuẩn tiết niệu tại cơ sở.

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh thời gian sử dụng kháng sinh đường tiêm, thời gian nằm viện, chi phí kháng sinh điều trị và hiệu quả lâm sàng ở nhóm không có và có can thiệp chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm/ truyền sang đường uống ở NB nhiễm khuẩn tiết niệu tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ trên 2 nhóm NB chẩn đoán thận ứ nước nhiễm khuẩn cấp tính do sỏi niệu quản điều trị tại khoa Niệu A và Niệu B thuộc 2 giai đoạn: từ 01/07/2022 đến ngày 30/11/2022 (nhóm không can thiệp) và từ 01/07/2023 đến ngày 30/11/2023 (nhóm có can thiệp chuyển đổi sau 2-5 ngày dùng kháng sinh đường tiêm).

Kết quả: Trong 196 NB đưa vào nghiên cứu, có 22 NB đủ điều kiện chuyển đổi nhưng không can thiệp và 28 NB đủ điều kiện chuyển đổi và có can thiệp. Chuyển kháng sinh uống làm giảm thời gian kháng sinh đường tiêm (5 ngày so với 7 ngày, $p < 0,01$), giảm thời gian nằm viện (6 ngày so với $7,8 \pm 0,3$ ngày, $p < 0,01$), giảm 29,3% chi phí kháng sinh đường tiêm ($p = 0,01$) và giảm 28,2% tổng chi phí kháng sinh điều trị ($p = 0,01$). Nghiên cứu còn cho thấy hiệu quả điều trị khỏi nhiễm khuẩn không khác biệt giữa nhóm không can thiệp và có can thiệp ($p = 0,44$) và tỷ lệ tái nhập viện cấp cứu do nhiễm khuẩn trong vòng 1 tháng cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,58$).

Kết luận: Chuyển đổi sớm kháng sinh từ đường tiêm/ truyền sang đường uống giúp tiết kiệm chi phí kháng sinh điều trị, giảm thời gian nằm viện mà vẫn đạt được hiệu quả điều trị nhiễm khuẩn.

Từ khóa: chương trình quản lý kháng sinh, chuyển đổi kháng sinh uống, thận ứ nước nhiễm khuẩn.

SUMMARY

EVALUATION OF THE
EFFECTIVENESS OF SWITCHING
FROM INTRAVENOUS TO ORAL
ANTIBIOTICS IN PATIENTS WITH
ACUTE INFECTED
HYDRONEPHROSIS CAUSED BY
URETERAL STONES AT BINH DAN
HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Lê Hạ

SĐT: 0766393931

Email: huynh.leha@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Introduction: Although the intervention program of conversion from intravenous (IV) to oral (PO) antibiotics has been implemented since 2022, healthcare providers are still hesitant in implementing it as there are not many studies proving the benefits of this switching, especially on patients with urinary tract infections at the facility.

Objectives: Comparison of the duration of intravenous antibiotic use, length of hospital stay, antibiotic treatment costs, and clinical effectiveness between groups without and with the intervention of oral switching on patients with urinary tract infections.

Materials and methods: Cohort study on 2 groups of patients diagnosed with acute infectious hydronephrosis due to ureteral stones treated at Department of Urology in two periods: from 01/07/2022 to 30/11/2022 (non-intervention group) and from 01/07/2023 to 30/11/2023 (intervention group with oral switching after 2-5 days of IV antibiotics).

Results: 196 patients were included in the study, of whom 22 of the patients were eligible for IV/PO antibiotics conversion but no intervention and 28 of the patients were eligible for IV/PO antibiotics conversion and having intervention. The IV/PO antibiotics conversion reduced the duration of intravenous antibiotic use (5 days vs. 7 days, $p < 0.01$), shortened the length of hospital stay (6 days vs. 7.8 ± 0.3 days, $p < 0.01$), decreased intravenous antibiotic costs by 29.3% ($p = 0.01$), and reduced total antibiotic treatment costs by 28.2% ($p = 0.01$). The study also found no difference in infection cure rates between the non-intervention and intervention groups ($p = 0.44$), and there was no statistically significant difference in the rate of emergency readmissions due to infections within one month ($p = 0.58$) between two groups.

Conclusions: Early transition from IV to PO antibiotics helps to reduce antibiotic treatment costs and to shorten hospital stays while maintaining effective infection cure rates.

Keywords: antimicrobial stewardship program, oral switch therapy, infected hydronephrosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng đúng kháng sinh rất quan trọng đối với an toàn của người bệnh và sức khỏe cộng đồng, đặc biệt trong bối cảnh tình hình đề kháng thuốc gia tăng. Một trong những biện pháp can thiệp trong sử dụng kháng sinh là xuống thang kháng sinh với sự chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm truyền sang đường uống với nhiều ưu điểm đối với người bệnh, công tác và chi phí điều trị. Bộ Y tế đã ban hành Quyết định số 5631/QĐ-BYT ngày 31/12/2020 về hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, can thiệp chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống đã được mô tả chi tiết từ quy trình đến danh mục kháng sinh chuyển đổi tham khảo.

Tại bệnh viện Bình Dân, mặc dù đã triển khai chương trình can thiệp xuống thang kháng sinh năm 2022, tỷ lệ xuống thang kháng sinh, gồm cả chuyển đổi kháng sinh từ tiêm sang uống chỉ chiếm khoảng 13% và chủ yếu tại khối Ngoại Tổng quát. Đối với khối Ngoại Niệu, bác sĩ điều trị còn dè dặt trong việc chuyển đổi, nhất là đối với bệnh lý thường gặp là viêm thận-bể thận cấp tính tắc nghẽn gây ra bởi tình trạng thận ứ nước nhiễm khuẩn do sỏi tiết niệu. Đa số người bệnh sẽ được chỉ định kháng sinh đường tiêm kéo dài trên 7 ngày hoặc cho đến khi xuất viện sau khi dẫn lưu tắc nghẽn đường tiết niệu trên hoặc cho đến thời điểm phẫu thuật lấy sỏi. Tuy nhiên, liệu trình kháng sinh

truyền tĩnh mạch kéo dài có một số nhược điểm, bao gồm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện, các biến chứng liên quan đến đường truyền tĩnh mạch và chi phí chăm sóc sức khỏe cao hơn. Trong khi đó, ở người bệnh lâm sàng ổn định có thể được hưởng lợi từ liệu pháp kháng sinh đường uống thích hợp khi mà chi phí điều trị giảm nhưng vẫn đảm bảo hiệu quả không thua kém⁵.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án có chẩn đoán thận ứ nước nhiễm khuẩn cấp tính do sỏi niệu quản điều trị tại khoa Niệu A và Niệu B.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Người bệnh ≥ 18 tuổi, nhập cấp cứu với chẩn đoán thận ứ nước nhiễm khuẩn do sỏi niệu quản; có chỉ định cấy nước tiểu lúc nhập viện trước khi dùng kháng sinh đường tiêm và có chỉ định dùng kháng sinh đường tiêm phù hợp theo phân nhóm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh suy thận nặng ($eGFR < 30$ ml/phút), suy gan nặng; có bệnh ức chế miễn dịch hoặc ung thư; phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú; có đặt thông tiểu hoặc thông niệu quản hoặc dẫn lưu thận khi nhập viện; đang điều trị nhiễm khuẩn tại thời điểm nhập viện; không thỏa tiêu chuẩn chuyển đổi đường dùng kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống; người bệnh phải phẫu thuật tiếp theo trong cùng đợt điều trị; thời gian nằm viện < 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, so sánh 2 nhóm không có can thiệp (người bệnh nhập viện từ 01/07/2022 đến 30/11/2022) và nhóm có can thiệp (người bệnh nhập viện từ 01/07/2023 đến 30/11/2023). Sau 2-5 ngày dùng kháng sinh đường tiêm, người bệnh được đánh giá đáp

ứng tiêu chí chuyển đổi kháng sinh dựa vào phụ lục 5 của quyết định 5631/QĐ-BYT. Nhóm có can thiệp được lựa chọn kháng sinh chuyển đổi phù hợp theo phụ lục 6 của quyết định 5631/QĐ-BYT và Hướng dẫn sử dụng kháng sinh năm 2019 của bệnh viện Bình Dân.

Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ mẫu thỏa các tiêu chí chọn mẫu và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Các tiêu chí khảo sát:

- Thời gian sử dụng kháng sinh đường tiêm và tổng thời gian nằm viện
- Chi phí kháng sinh đường tiêm
- Tổng chi phí kháng sinh điều trị
- Hiệu quả điều trị:
 - Đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng lúc xuất viện: đánh giá lâm sàng dựa trên các chỉ số về nhiệt độ cơ thể, triệu chứng tiết niệu và đau hông lưng; đánh giá cận lâm sàng theo chỉ số bạch cầu máu (WBC). Người bệnh được xem là “chữa lành” khi tất cả triệu chứng lâm sàng và dấu hiệu nhiễm khuẩn được giải quyết hết và $WBC < 12k/\mu l$; là “cải thiện” khi không còn sốt nhưng vẫn còn triệu chứng tiết niệu hoặc đau hông lưng hoặc $WBC > 12k/\mu l$; là “thất bại” khi có sốt, phải kết hợp thêm kháng sinh hoặc phải đổi kháng sinh khác.

○ Đánh giá tái nhiễm khuẩn trong vòng 1 tháng sau xuất viện: người bệnh tái nhập viện do viêm thận bể thận cấp tính kèm sốt trong vòng 1 tháng sau xuất viện

Phương pháp thống kê: Sử dụng tần số, tỉ lệ % để mô tả các biến định tính; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn với các biến định lượng phân phối chuẩn; trung vị, khoảng tứ vị với các biến định tính phân phối lệch. Dùng phép kiểm t-test để so sánh hai trung bình nếu phân phối chuẩn, Wilcoxon Rank Sum test

nếu phân phối không chuẩn. Dùng phép kiểm Chi bình phương để so sánh hai tỷ lệ. Phép kiểm được xem là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$ và khoảng tin cậy (KTC) 95% không chứa giá trị 1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Có 196 người bệnh có chẩn đoán thận ứ nước do sỏi thận và niệu quản gây tắc nghẽn hoặc viêm

thận bể thận tắc nghẽn điều trị tại khoa Niệu A và Niệu B trong hai giai đoạn nghiên cứu. Trong đó có 50 người bệnh thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và đáp ứng tiêu chí chuyển đổi, gồm 22 người bệnh không có can thiệp và dùng kháng sinh đường tiêm > 5 ngày và 28 người bệnh có can thiệp chuyển đổi trong vòng 5 ngày dùng kháng sinh đường tiêm. Đặc điểm mẫu nghiên cứu được liệt kê trong Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu ở hai nhóm không can thiệp và có can thiệp

Đặc điểm	Nhóm không can thiệp (n=22)	Nhóm có can thiệp (n=28)	Giá trị p
Tuổi (năm): trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	60,6 $\pm$ 2,3	49,0 $\pm$ 2,9	0,003
Giới tính			
- Nam	10 (45,5%)	14 (50%)	0,75
- Nữ	12 (54,5%)	14 (50%)	
Bệnh mạn tính kèm theo			
- Đái tháo đường típ 2	5 (22,7%)	2 (7,1%)	0,22
- Bệnh thận mạn	2 (9,1%)	0 (0%)	0,18
- Tăng huyết áp	4 (18,2%)	5 (17,9%)	0,97
Chỉ số ASA			
- ASA = 1	2 (9,1%)	7 (25%)	0,16
- ASA = 2	14 (63,6%)	18 (64,3%)	
- ASA = 3	6 (27,3%)	3 (10,7%)	
Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện			
- Sốt (nhiệt độ cơ thể $\geq 38^{\circ}\text{C}$)	3 (13,6%)	7 (25%)	0,32
- Lạnh run	4 (18,2%)	3 (10,7%)	0,68
- Buồn nôn và nôn	0	1 (3,6%)	$>0,99$
- Đau hông lưng	20 (90,9%)	28 (100%)	0,19
- Triệu chứng tiết niệu dưới	10 (45,5%)	9 (32,1%)	0,34
Nhiệt độ cơ thể ($^{\circ}\text{C}$) lúc nhập viện: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	37,0 (37,0 - 37,85)	37,0 (37,0 - 38,4)	0,6
WBC lúc nhập viện (K/ μl): trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn hoặc số trung vị (khoảng tứ phân vị)	12,5 $\pm$ 0,99	11,3 (9,2 - 14,4)	0,98
Bạch cầu niệu (TB/ μl) trong xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu lúc nhập viện:			0,61

- Không thực hiện	8 (36,4%)	8 (28,6%)	
- 0	4 (18,2%)	11 (39,3%)	
- 25 (+)	2 (9,1%)	2 (7,1%)	
- 75 (++)	3 (13,6%)	3 (10,7%)	
- 500 (+++)	5 (22,7%)	4 (14,3%)	
Nitrit niệu trong xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu lúc nhập viện:			0,56
- Không thực hiện	8 (36,4%)	8 (28,6%)	
- Âm tính	14 (63,6%)	20 (71,4%)	
Nhiễm khuẩn huyết	1 (4,5%)	2 (7,1%)	>0,99
Phẫu thuật lúc nhập viện			
- Đặt thông niệu quản qua nội soi	13 (59,1%)	12 (42,9%)	0,48
- Dẫn lưu thận qua da	1 (4,5%)	1 (3,6%)	

3.2. Đặc điểm vi khuẩn học

Hơn 50% bệnh phẩm nước tiểu và 100% bệnh phẩm máu có kết quả cấy âm tính. Chỉ ghi nhận 1 hồ sơ có cấy nước tiểu ra nấm men.

Bảng 2. Đặc điểm vi sinh của mẫu cấy lúc nhập viện

Kết quả vi sinh	Nhóm không can thiệp		Nhóm có can thiệp	
	Cấy nước tiểu (n=22)	Cấy máu (n=4)	Cấy nước tiểu (n=28)	Cấy máu (n=1)
Vi khuẩn gram âm				
- Escherichia coli	1 (4,5%)	0	2 (7,1%)	0
- Khóm trực khuẩn gram âm	4 (18,2%)	0	0	0
Vi khuẩn gram dương				
- Enterococcus faecalis	1 (4,5%)	0	0	0
- Streptococcus agalactiae	1 (4,5%)	0	0	0
- Khóm cầu trùng gram dương	4 (18,2%)	0	6 (21,4%)	0
Âm tính	11 (50%)	4 (100%)	19 (67,9%)	1 (100%)
Khác (nấm men)	0	0	1 (3,6%)	0

3.3. Đặc điểm điều trị và đáp ứng lâm sàng

Bảng 3 so sánh các đặc điểm điều trị về thời gian dùng kháng sinh đường tiêm, thời gian nằm viện và chi phí kháng sinh giữa nhóm không can thiệp và có can thiệp. Về đáp ứng lâm sàng, việc điều trị khỏi các triệu chứng cấp đều đạt được ở hai nhóm và không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ chữa khỏi lúc xuất viện ở 2 nhóm không

có khác biệt ý nghĩa thống kê, trong đó 1 người bệnh ở nhóm không can thiệp được đánh giá là “cải thiện” vì vẫn còn tiểu hơi đục; không có người bệnh nào ở cả 2 nhóm bị “thất bại” trong điều trị. Về tình trạng tái nhập viện cấp cứu do nhiễm khuẩn tiết niệu trong vòng một tháng sau xuất viện, ghi nhận có 14,3% ở nhóm không can thiệp và 3,6% ở nhóm can thiệp không có khác biệt ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Đặc điểm điều trị và đáp ứng lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm điều trị	Nhóm không can thiệp (n=21)	Nhóm có can thiệp (n=28)	Giá trị p
Thời gian dùng kháng sinh đường tiêm (ngày)	7 (6 – 7)	5 (4 – 5)	<0,01
Thời gian nằm viện (ngày)	7,9 ± 0,2	6 (5 – 6)	<0,01
Thời gian dùng kháng sinh điều trị bao gồm cả thời gian dùng kháng sinh đường uống khi xuất viện (ngày)	12 (8,7 – 13)	11 (10 – 12)	0,07
Chi phí điều trị bằng kháng sinh đường tiêm (đồng)	2.198.616 ± 198.789	1.553.977,3 ± 150.736,9	0,01
Tổng chi phí điều trị bằng kháng sinh, bao gồm đường tiêm và đường uống (đồng)	2.232.041,0 ± 198.294,7	1.601.782,8 ± 154.398,6	0,01
Đáp ứng lâm sàng lúc xuất viện			0,44
- Chữa khỏi	21 (95,5%)	28 (100%)	
- Cải thiện	1 (4,5%)	0	
- Thất bại	0	0	
Nhiệt độ cơ thể (°C) lúc xuất viện	36,7 ± 0,0	36,7 (36,5 - 37,0)	0,82
WBC trong 3-5 ngày sau dùng kháng sinh tiêm (K/ μ l)	8,0 ± 0,4	8,9 ± 0,3	0,98
Tái nhập viện trong 1 tháng do nhiễm khuẩn	2 (9,1%)	1 (3,6%)	0,58

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình ở nhóm không can thiệp và can thiệp lần lượt là $60,6 \pm 2,3$ tuổi và $49,0 \pm 2,9$ tuổi. Kết quả này cũng tương tự trong nghiên cứu của tác giả Lê Đình Đạm trên 85 người bệnh viêm thận bể thận do sỏi niệu quản gây tắc nghẽn với tuổi trung bình $54,6 \pm 12,14$ tuổi¹ và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng trên 31 người bệnh nhiễm khuẩn huyết từ đường niệu có sỏi niệu quản tắc nghẽn với độ tuổi trung bình $50,94 \pm 13,22$ tuổi³. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận lứa tuổi từ 50 tuổi trở lên chiếm đến 80,9% ở nhóm không can thiệp trong khi ở nhóm can thiệp là 46,4%. Điều này có thể ảnh hưởng đến quyết định của bác sĩ điều trị khi cân nhắc chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống trên người bệnh lớn tuổi.

Về các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện, trên 90% người bệnh ở hai nhóm nhập viện vì đau vùng thắt lưng; sốt chiếm 13,6% ở nhóm không can thiệp và 25% ở nhóm can thiệp; lạnh run chiếm 18,2% ở nhóm không can thiệp và 10,7% ở nhóm can thiệp; và triệu chứng tiết niệu dưới chiếm trên 32% ở hai nhóm. Kết quả này gần như tương tự với nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Hòa² với 100% người bệnh đau vùng thắt lưng, 35,3% người bệnh có triệu chứng tiết niệu dưới nhưng sốt chiếm 54,9%. Nghiên cứu của Lê Đình Đạm¹ cũng cho kết quả tương tự với 100% người bệnh đau vùng thắt lưng, 34,1% triệu chứng tiết niệu dưới. Với tỷ lệ cao người bệnh nhập viện không có sốt và lạnh run, có thể giải thích tỷ lệ thấp (< 10%) người bệnh có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi.

Tương ứng với các triệu chứng lâm sàng không quá rầm rộ về nhiễm khuẩn, các chỉ số cận lâm sàng khi nhập viện như bạch cầu máu trong nhóm nghiên cứu cũng đạt giá trị trung bình lần lượt là $12,5 \pm 0,99$ K/ μ l và 11,3 (9,2 – 14,4) K/ μ l ở nhóm không nhóm có can thiệp. Người bệnh có bạch cầu niệu 500 TB/ μ l trên cả hai nhóm không có và có can thiệp chỉ có 9 bệnh (18,8%) và không có trường hợp nào ghi nhận nitrite dương tính. Trong nghiên cứu của Lê Đình Đạm¹, với tiêu chuẩn chọn bệnh có triệu chứng sốt hoặc rét run là bắt buộc, ghi nhận trên 85 bệnh khi nhập viện có giá trị bạch cầu máu trung bình là $13,59 \pm 4,86$ K/ μ l, bạch cầu niệu 500 TB/ μ l là 75% và nitrite dương tính chiếm 25,9%. Mặt khác, tác giả đánh giá giá trị bạch cầu máu không có giá trị tiên đoán sức nhiễm khuẩn với diện tích dưới đường cong ROC (AUC) là 0,581 ($p = 0,476$), độ nhạy 54,5% và độ đặc hiệu 81,1%. Kết quả vi khuẩn học từ bệnh phẩm nước tiểu và máu của người bệnh lúc nhập viện cho thấy tỷ lệ cấy dương tính thấp < 10% trong khi tỷ lệ cấy dương tính theo thống kê của Khoa Vi sinh Bệnh viện Bình Dân là 28,6%. Nghiên cứu của Shrayteh ZM và cộng sự⁸ năm 2014 về thực hành chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang uống trên 356 người bệnh nội trú cho thấy mối tương quan giữa tần suất chuyển đổi và kết quả vi sinh có ý nghĩa thống kê trong đó việc chuyển từ liệu pháp tiêm tĩnh mạch sang uống được thực hiện nhiều hơn trong trường hợp xác nhận mầm bệnh gây ra nhiễm khuẩn với giá trị $p = 0,035$.

Sau khi có can thiệp tăng cường đầy mạnh chuyển đổi kháng sinh đường tiêm sang đường uống, thời gian dùng kháng sinh đường tiêm và thời gian nằm viện đều giảm có ý nghĩa thống kê. Điều này dẫn đến chi phí điều trị với kháng sinh đường tiêm cũng

giảm theo. Sự can thiệp này không ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị nhiễm khuẩn. Bằng chứng là tỷ lệ chữa khỏi lúc xuất viện không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm, lần lượt là 95,2% ở nhóm không can thiệp và 100% ở nhóm can thiệp. Tỷ lệ tái nhập viện cấp cứu trong 1 tháng do nhiễm khuẩn đường tiết niệu cũng không khác biệt ở hai nhóm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu quan sát của tác giả Lessard DA và cộng sự (2020) trên 108 trẻ em dưới 60 ngày tuổi có chẩn đoán viêm thận-bể thận với tỷ lệ tái phát viêm thận-bể thận trong vòng 2 tháng không khác biệt giữa nhóm dùng kháng sinh đường tiêm < 4 ngày và nhóm dùng trên 4 ngày (9% và 11%, $p = 0,75$).⁶ Điều này cũng phù hợp theo các hướng dẫn sử dụng kháng sinh điều trị viêm thận-bể thận cấp ở trẻ em (2021), khuyến cáo chuyển đổi đường uống phù hợp theo kết quả vi sinh sau khi dùng kháng sinh tiêm ít nhất 3 ngày nếu đáp ứng lâm sàng tốt và dung nạp đường uống.⁴ Theo Monmaturapoj T và cộng sự (2012) tại Thái Lan, trên các người bệnh viêm thận-bể thận cấp, giữa nhóm không chuyển đổi và nhóm chuyển đổi kháng sinh uống cefditoren sau 3 ngày tiêm tĩnh mạch ceftriaxone, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ chữa khỏi (95,1% và 100%, $p = 0,15$). Sự diệt trừ vi khuẩn qua nước tiểu được tìm thấy ở 63,4% ở nhóm không chuyển đổi và 60% ở nhóm có chuyển đổi ($p = 0,75$).⁷ Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, khi xây dựng các tiêu chí chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống, đã đánh giá nhiễm khuẩn đường tiết niệu gây ra bởi vi khuẩn sinh ESBL là không thỏa tiêu chí vì khó lựa chọn kháng sinh đường uống phù hợp. Tuy nhiên có vài nghiên cứu chứng minh lợi ích của việc chuyển đổi sớm kháng sinh đường tiêm sang

đường uống trong trường hợp này với các kháng sinh đường uống trong chuyển đổi bao gồm fluoroquinolones là phổ biến nhất, tiếp theo là trimethoprim-sulfamethoxazole và amoxicillin-clavulanate.⁹ Liệu pháp chuyển kháng sinh uống có thể được áp dụng an toàn như một lựa chọn tiết kiệm carbapenem trong điều trị VTBT cấp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên hoạt động can thiệp về chuyển đổi kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống trên nhiễm khuẩn đường tiết niệu đường trên tắc nghẽn do sỏi niệu quản mà chỉ có can thiệp dẫn lưu tắc nghẽn cho thấy hiệu quả mang lại là đảm bảo điều trị khỏi nhiễm khuẩn không khác biệt giữa nhóm không can thiệp và có can thiệp (95,5% và 100%, $p = 0,44$). Tỷ lệ tái nhập viện cấp cứu do nhiễm khuẩn trong vòng 1 tháng cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê (9,1% và 3,6%, $p = 0,58$). Mặt khác, can thiệp chuyển kháng sinh từ đường tiêm sang đường uống giúp giảm thời gian kháng sinh đường tiêm (từ 7 ngày xuống 5 ngày, $p < 0,01$), giảm thời gian nằm viện (từ $7,8 \pm 0,3$ ngày xuống 6 ngày, $p < 0,01$) và tiết kiệm chi phí kháng sinh đường tiêm (giảm 29,3%, $p = 0,01$), cũng như tiết kiệm tổng chi phí kháng sinh điều trị (giảm 28,2%, $p = 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đình Đạm** (2021). Nghiên cứu kết quả điều trị viêm thận bể thận cấp tắc nghẽn do sỏi niệu quản. Luận án tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược Huế.
2. **Trần Quốc Hòa, Đậu Xuân Yên** (2023). Kết quả điều trị cấp cứu ứ nước thận nhiễm trùng do sỏi niệu quản tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Tạp Chí Nghiên cứu Y học, 170(9), 278-288.
3. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Huỳnh Thắng Trận, Trần Vĩnh Hưng**. Đánh giá vai trò

của soi niệu quản đặt thông JJ trên bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết từ đường niệu có sỏi niệu quản tắc nghẽn. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Phụ bản tập 20, số 4. Published online 2016: 82-88.

4. **Buettcher, M., Trueck, J., Niederer-Loher, A. et al.** Swiss consensus recommendations on urinary tract infections in children. Eur J Pediatr 180, 663–674 (2021). <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03714-4>.
5. **Lauren Floris**. The role of Oral Antibiotics in Bacterial Bloodstream Infections. US Pharm. 2021;46(4):17-20.
6. **Lessard DA, Tremblay A, Huard-Girard T, Turcotte JF**. Safe transition to oral antibiotic therapy for pyelonephritis in children under 2 months of age: a retrospective study. Paediatr Child Health. 2018 Jun-Jul;23(Suppl 1):e40. doi: 10.1093/pch/pxy054.104. Epub 2018 May 18. PMID: PMC5961242.
7. **Monmaturapoj T, Montakantikul P, Mootsikapun P, Tragulpiankit P**. A prospective, randomized, double dummy, placebo-controlled trial of oral cefditoren pivoxil 400mg once daily as switch therapy after intravenous ceftriaxone in the treatment of acute pyelonephritis. Int J Infect Dis. 2012 Dec;16(12):e843-9.
8. **Shrayteh ZM, Rahal MK, Malaeb DN**. Practice of switch from intravenous to oral antibiotics. Springerplus. 2014 Dec 9;3:717. doi: 10.1186/2193-1801-3-717. PMID: 25674457; PMID: PMC4320166.
9. **Kim SH, Lim KR, Lee H, Huh K, Cho SY, Kang CI, Chung DR, Peck KR**. Clinical effectiveness of oral antimicrobial therapy for acute pyelonephritis caused by extended-spectrum β -lactamase - producing Enterobacteriales. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2020 Jan;39(1):159-167. doi: 10.1007/s10096-019-03705-w. Epub 2019 Sep 13. PMID: 31520270.

THỰC HÀNH VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ PHÒNG NGỪA NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI CÁC KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Thị Minh Hòa¹, Đỗ Thị Hà²
Lê Nhật Quang Hòa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan đến phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng tại các khoa ngoại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 149 điều dưỡng tại các khoa ngoại Bệnh viện Bình Dân từ 6/2023 đến 8/2024. Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến số thực hành, phép kiểm định Chi-square (χ^2) để tìm các yếu tố liên quan đến thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

Kết quả: Đối tượng nghiên cứu phần lớn là nữ giới (90,6%), trung vị tuổi là 32 (IQR=10). Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là 82,6%. Yếu tố liên quan đến thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ là kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và số người bệnh trung bình điều dưỡng chăm sóc/ngày.

Kết luận: Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng phòng ngừa NKVM là 82,6%. Các yếu tố liên quan đến thực hành là kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM và số người bệnh trung bình điều dưỡng chăm sóc/ngày.

Từ khóa: Thực hành, phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ, điều dưỡng.

SUMMARY

PRACTICES AND RELATED FACTORS IN SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION AMONG NURSES IN THE SURGICAL DEPARTMENTS OF BINH DAN HOSPITAL

Objective: Determine the proportion of correct practices in preventing surgical site infections and identify factors related to the prevention of surgical site infections among nurses in the surgical departments of Binh Dan Hospital.

Study Population and Methods: A cross-sectional study was conducted on 149 nurses in the surgical departments of Binh Dan Hospital from June 2023 to August 2024. Data were processed and analyzed using SPSS 16.0. Frequencies and percentages were used to describe practice variables, and the Chi-square (χ^2) test was applied to identify factors associated with SSI prevention practices among nurses.

Results: The majority of the study population were female (90.6%), with a median age of 32 years (IQR=10). The proportion of

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Minh Hòa
SĐT: 0901755696

Email: minhhoatran1911@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

nurses with correct practices in surgical site infection prevention was 82.6%. Factors associated with SSI prevention practices included nurses' knowledge of SSI prevention and the average number of patients cared for per day.

Conclusion: The rate of nurses correctly practicing surgical site infection prevention (SSI) is 82.6%. Factors related to this practice include nurses' knowledge of SSI prevention and the average number of patients they care for per day.

Keywords: Practice, surgical site infection prevention, nurses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là một trong những thách thức và mối quan tâm hàng đầu của nền y học thế giới cũng như tại Việt Nam. NKBV gây ra nhiều hệ lụy cho người bệnh (NB) và cho hệ thống y tế⁶. Trong đó, nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những loại NKBV chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ hiện mắc từ 1,2 đến 2,36 trên 100 ca phẫu thuật và tỷ lệ chung là 11,8% ở các nước đang phát triển và kém phát triển, ngược lại ở các nước phát triển thì tỷ lệ NKVM thấp hơn dao động từ 1,2% đến 5,2%⁵. NKVM làm tăng thời gian nằm viện 6,5 – 10 ngày, tăng chi phí điều trị và tăng nguy cơ tử vong 4 – 15 lần⁶. Điều dưỡng là những người thường xuyên tiếp xúc và chăm sóc NB góp phần vào quá trình phục hồi, lành vết mổ. Nếu thực hành về phòng ngừa NKVM không tốt sẽ gây đến những hậu quả hết sức nghiêm trọng⁷.

Nhằm giảm biến chứng sau phẫu thuật và nâng cao chất lượng chăm sóc y tế, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn phòng ngừa NKVM, giúp cơ sở y tế áp dụng hiệu quả các biện pháp phòng ngừa, bảo vệ sức khỏe người bệnh và nâng cao kết quả điều trị¹. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Loan (2014) đánh giá

thực hành về phòng ngừa NKVM cho thấy thực hành đúng của điều dưỡng là 63,8%⁴. Nghiên cứu của Sickder (2010) về thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng ngừa NKVM cho thấy thực hành đúng trung bình trước và sau phẫu thuật của điều dưỡng 89,95%⁸. Bệnh viện (BV) Bình Dân là BV chuyên khoa hạng I và là tuyến cuối về phẫu thuật tổng quát và tiết niệu. Ghi nhận tỷ lệ NKVM trên NB phẫu thuật tại khoa ngoại tổng quát năm 2019 là 5,4%⁹. Công tác phòng ngừa NKVM luôn được BV chú trọng. Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng về phòng ngừa NKVM và các yếu tố liên quan, cung cấp thông tin ý nghĩa, giúp BV có những biện pháp can thiệp sớm nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc NB nói chung và phòng ngừa NKVM tại BV nói riêng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng hiện đang công tác ở các khoa ngoại tại BV Bình Dân.

Tiêu chuẩn chọn vào: Điều dưỡng trực tiếp chăm sóc NB đang công tác tại các khoa ngoại BV Bình Dân từ 1 năm trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng đang đi học tập trung không làm việc ở khoa, điều dưỡng nghỉ thai sản tại thời điểm lấy số liệu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang. Khảo sát toàn bộ 149 điều dưỡng làm việc tại 13 khoa ngoại BV Bình Dân

Thời gian nghiên cứu: từ 6/2023 đến 8/2024.

Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi soạn sẵn gồm 2 phần.

Phần A: Thông tin chung, gồm tuổi, giới tính, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác, số NB điều dưỡng chăm sóc/ngày, khoa công tác, tập huấn về phòng ngừa NKVM, số giờ làm việc /tuần, số lần trực /tháng, kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM.

Phần B: Thực hành về phòng ngừa NKVM, bộ câu hỏi được xây dựng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và tham khảo bộ câu hỏi của tác giả Đỗ Thị Thu Hiền³. Chỉ số giá trị nội dung bộ câu hỏi thực hành $S-CVI/Ave = 1$; Độ tin cậy của thang đo Cronbach's Alpha = 0,84.

Bộ câu hỏi được đánh giá theo thang đo likert 5 mức độ. Tổng điểm thực hành phòng ngừa NKVM dao động từ 25-125 điểm, được

chia làm hai nhóm thực hành đúng và chưa đúng. Nhóm thực hành đúng nếu có điểm $\geq 75\%$ (≥ 94 điểm), nhóm thực hành chưa đúng nếu có điểm $< 75\%$ (< 94 điểm).

Phương pháp thu thập: Đối tượng nghiên cứu trả lời bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.3. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch, mã hóa theo từng biến số, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng tần suất, tỷ lệ phần trăm, trung bình, độ lệch chuẩn đối với biến số thực hành.

Sử dụng phép kiểm định Chi-square (χ^2) để tìm các yếu tố liên quan đến thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung của điều dưỡng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất (n=149)	Tỷ lệ (%)
Tuổi Trung vị (Median): 32 tuổi Khoảng tứ phân vị (IQR): 10 tuổi (38 - 28) Min-Max: 23-57		
Giới tính Nữ Nam	135 14	90,6 9,4
Trình độ chuyên môn Trung cấp Cao đẳng Đại học	7 19 123	4,7 12,8 82,6
Thâm niên công tác Trung vị (Median): 8 năm Khoảng tứ phân vị (IQR): 8,5 năm (13 - 4,5) Min-Max: 1-33 1-5 năm 6-10 năm 11-15 năm 16-20 năm Trên 20 năm	51 43 35 10 10	34,2 28,9 23,5 6,7 6,7

Số NB chăm sóc trung bình mỗi ngày Trung vị (Median): 15 người bệnh Khoảng tứ phân vị (IQR): 6 người bệnh (16 – 10) Min-Max: 8-20		
Đã từng tham gia tập huấn về phòng ngừa NKVM Không Có	20 129	13,4 86,6
Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần ≤ 48 giờ 49 đến 60 giờ > 60 giờ	26 82 41	17,4 55 27,5
Số lần trực trung bình mỗi tháng Trung vị (Median): 6 lần Khoảng tứ phân vị (IQR): 3 lần (8 - 5) Min -Max: 0-13		

Phần lớn là nữ (90,6%). Trung vị tuổi của các điều dưỡng là 32 (IQR=10), thâm niên công tác trung vị là 8 năm (IQR=8,5). Số NB chăm sóc/ngày có trung vị 15 NB (IQR=6). Tỷ lệ số giờ điều dưỡng làm việc /tuần từ

49-60 giờ chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), và số lần trực/ tháng có trung vị là 6 (IQR=3).

3.2. Thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 2. Thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ (n=149)

Thực hành	Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)
Thực hành phòng ngừa NKVM trước phẫu thuật	131 (87,9)	18 (12,1)
Thực hành phòng ngừa NKVM sau phẫu thuật	124 (83,2)	25 (16,8)
Thực hành phòng ngừa NKVM chung	123 (82,6)	26 (17,4)

Tỷ lệ thực hành đúng chung về phòng ngừa NKVM của điều dưỡng chiếm tỷ lệ 82,6%.

Bảng 3. Thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM trước phẫu thuật (n=149)

Thực hành NKVM	Đúng (%)	TB (ĐLC)
1. Hướng dẫn cắt, xỏ sơn móng tay, chân	71,8	4,09 ± 0,81
2. Hướng dẫn tắm trước ngày phẫu thuật	100	4,44 ± 0,5
3. Hướng dẫn tắm bằng xà phòng trước phẫu thuật	100	4,34 ± 0,47
4. Hướng dẫn thay quần áo sạch sau khi tắm	82,6	4,24 ± 0,73
5. Sàng lọc tình trạng dinh dưỡng theo quy định	73,8	4,06 ± 0,76
6. Tư vấn NB suy dinh dưỡng bổ sung chế độ ăn giàu dinh dưỡng	65,1	4,02 ± 0,85
7. Tư vấn tăng cường chế độ dinh dưỡng cho NB thiếu cân trước và sau phẫu thuật	53,7	3,68 ± 0,72
8. Tư vấn NB nên ngừng hút thuốc (nếu có) khi nhập viện	59,7	3,87 ± 0,82

TB: Trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Thực hành trước phẫu thuật có tỷ lệ đúng cao nhất là hướng dẫn NB tắm và tắm bằng xà phòng. Ngược lại, tỷ lệ thấp nhất là tư vấn dinh dưỡng cho NB thiếu cân và tư vấn NB ngừng hút thuốc khi nhập viện.

Bảng 4. Thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM sau phẫu thuật (n=149)

Thực hành NKVM	Đúng (%)	TB (ĐLC)
1. Sắp xếp khu vực riêng biệt giữa NB suy giảm miễn dịch và NB NKVM	65,8	3,74 ± 0,78
2. Vệ sinh bề mặt xe thay băng trước và sau khi thay băng	66,4	3,92 ± 0,77
3. Vệ sinh tay thường quy trước khi thay băng	67,8	4,02 ± 0,82
4. Sử dụng khẩu trang y tế trong quá trình thay băng	100	4,36 ± 0,48
5. Sử dụng dung dịch povidone-iodine 10% pha theo quy định	100	4,29 ± 0,46
6. Sát khuẩn tay nhanh trước khi đeo găng tay khi thay băng	65,8	4,01 ± 0,83
7. Sử dụng dụng cụ và bông gạc vô khuẩn khi thay băng	100	4,34 ± 0,47
8. Rửa vết mổ theo quy định	100	4,38 ± 0,49
9. Quản lý đau cho NB trong quá trình thay băng	65,8	3,97 ± 0,81
10. Thay băng vết mổ khi băng thấm máu/dịch tiết	87,2	4,23 ± 0,66
11. Kỹ thuật vô khuẩn trong khi lấy dịch vết mổ	95,3	4,31 ± 0,56
12. Chăm sóc riêng biệt NKVM và không NKVM khi thay băng	71,8	4,04 ± 0,78
13. Xử lý dụng cụ theo quy định sau khi thay băng	66,4	3,91 ± 0,76
14. Thực hiện kháng sinh đúng thời gian theo chỉ định	96,6	4,35 ± 0,54
15. Ghi đầy đủ vào hồ sơ bệnh án các thông tin liên quan đến NKVM của NB	75,8	4,08 ± 0,75
16. Hướng dẫn cách theo dõi và phản hồi các dấu hiệu nghi ngờ NKVM	73,8	4,02 ± 0,74
17. Hướng dẫn dấu hiệu/triệu chứng cần theo dõi NKVM khi xuất viện	66,4	3,98 ± 0,8

TB: Trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Nội dung thực hành sau phẫu thuật đạt tỷ lệ cao nhất là rửa vết mổ theo quy định và sử dụng khẩu trang y tế trong quá trình thay băng. Thực hành thấp nhất là việc sắp xếp các khu vực riêng biệt giữa NB suy giảm miễn dịch và những NB khác bị NKVM và

nội dung xử lý dụng cụ theo quy định sau khi thay băng.

3.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 5. Yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM

Đặc điểm	Thực hành		p
	Chưa đúng	Đúng	
Kết quả kiến thức			
Chưa đúng	16	47	0,029
Đúng	10	76	
Giới tính			
Nữ	24	111	0,74
Nam	2	12	

Độ tuổi			
Dưới 29 tuổi	6	49	0,274
Từ 29 - 36 tuổi	10	37	
Trên 36 tuổi	10	37	
Trình độ chuyên môn			
Trung cấp	0	7	0,282
Cao đẳng	5	14	
Đại học	21	102	
Tham dự tập huấn			
Không	4	16	0,747
Có	22	107	
Số giờ làm việc trung bình mỗi tuần			
≤ 48 giờ	4	22	0,941
49 đến 60 giờ	15	67	
> 60 giờ	7	34	
Thâm niên công tác			
1-5 năm	6	45	0,569
6-10 năm	7	36	
11-15 năm	9	26	
16-20 năm	2	8	
Trên 20 năm	2	8	
Số người bệnh chăm sóc trung bình mỗi ngày			
Dưới 12 người	2	53	0,001
Từ 12 - 16 người	20	46	
Trên 16 người	4	24	
Số lần trực trung bình mỗi tháng			
Dưới 5 lần	9	43	0,860
Từ 5 - 7 lần	11	46	
Từ 7 lần trở lên	6	34	

Phân tích kiểm định Chi-square (χ^2) cho thấy yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM của điều dưỡng gồm kiến thức về phòng ngừa NKVM của điều dưỡng ($p = 0,029$) và số lượng NB điều dưỡng chăm sóc mỗi ngày ($p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát đặc điểm của 149 điều dưỡng tại 13 khoa

ngoại của BV Bình Dân. Phần lớn các điều dưỡng tham gia nghiên cứu là nữ, chiếm 90,6%. Trung vị tuổi của các điều dưỡng là 32 (IQR=10), cho thấy lực lượng lao động khá trẻ. Đáng chú ý, 82,6% điều dưỡng đạt trình độ đại học. Trung vị thâm niên công tác của các điều dưỡng là 8 năm (IQR= 8,5). Phần lớn các điều dưỡng làm việc trung bình từ 49-60 giờ mỗi tuần (55%), cho thấy khối lượng công việc khá nặng nề. Số lần trực trung bình mỗi tháng là 6 lần (IQR = 3). Trong nghiên cứu của chúng tôi, số lượng NB trung bình mỗi điều dưỡng chăm sóc là 15 NB/ ngày, con số này khá cao.

4.2. Thực hành về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Kết quả chung cho thấy, có 82,6% điều dưỡng thực hành đúng về phòng ngừa NKVM ($\geq 94/125$ điểm), điều này cho thấy mức độ thực hành phòng ngừa NKVM của điều dưỡng tại các khoa ngoại là cao. Tuy nhiên, vẫn còn 17,4% điều dưỡng thực hành chưa đúng. Kết quả này gần tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của Sickder (89,95%)⁸ và cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thu Hiền (35,8%)³.

Đồng thời, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với các kết quả của các nghiên cứu khác trong nước như nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Anh (65,87%)², và tác giả Nguyễn Thanh Loan (63,8%)⁴. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi nhiều yếu tố.

Bệnh viện Bình Dân trang bị đầy đủ các vật tư y tế cần thiết để điều dưỡng thực hiện kỹ thuật chuyên môn an toàn và hiệu quả.

Bên cạnh đó, Phòng Điều dưỡng tổ chức đào tạo cho điều dưỡng mới trong 2 tháng thử việc để nâng cao kiến thức và kỹ năng thực tế.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi tự báo cáo để thu thập dữ liệu. Điều này có thể dẫn đến xu hướng điều dưỡng trình bày các hành vi của mình theo hướng tích cực hơn so với thực tế. Ngược lại, các nghiên cứu của tác giả Vũ Ngọc Anh², và tác giả Nguyễn Thanh Loan⁴ áp dụng phương pháp sử dụng bảng kiểm để quan sát trực tiếp thực hành tại nơi làm việc.

4.3. Các yếu tố liên quan đến thực hành phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ

Phân tích Chi-square (χ^2) cho thấy hai yếu tố ảnh hưởng đến thực hành phòng ngừa NKVM của điều dưỡng: kiến thức về phòng ngừa NKVM ($p = 0,029$) và số người bệnh trung bình điều dưỡng chăm sóc/ngày ($p = 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Thị Thu Hiền³ và Nguyễn Thanh Loan⁴, cho thấy vai trò đào tạo và giảm tải công việc trong việc nâng cao thực hành phòng ngừa NKVM.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ lệ điều dưỡng có thực hành đúng về phòng ngừa NKVM đạt 82,6% (123/149).

Kiến thức của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM và số NB trung bình điều dưỡng chăm sóc/ngày có liên quan đến thực hành phòng ngừa NKVM của điều dưỡng.

Cần tăng cường đào tạo, đánh giá và giám sát thực hành của điều dưỡng. Xem xét điều chỉnh số giờ làm việc hàng tuần và số ca

trục mỗi tháng để giảm bớt gánh nặng công việc cho điều dưỡng.

Thực hiện nghiên cứu thông qua việc quan sát thực thành của điều dưỡng về phòng ngừa NKVM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Quyết định số 3671/QĐ-BYT: Quyết định về việc phê duyệt các hướng dẫn kiểm soát nhiễm khuẩn. 2012.
2. **Vũ Ngọc Anh.** Thực trạng thực hành về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng viên tại các khoa ngoại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020. Tạp chí Điều dưỡng Việt nam. 7 2022;516(2):279-282.
3. **Đỗ Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Huế.** Thực hành và yếu tố liên quan về phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ của điều dưỡng tại một bệnh viện tỉnh Hải Dương năm 2021. Tạp chí Y Dược Lâm Sàng. 2021;16(7):153-159.
4. **Nguyễn Thanh Loan, Trần Thiện Trung, Lora Claywell.** Kiến thức và thực hành của điều dưỡng về phòng ngừa nhiễm trùng vết mổ. Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2014.
5. **World Health Organization.** Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011.
6. **World Health Organization.** Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection. Geneva: World Health Organization; 2018.
7. **Calderwood MS, Anderson DJ, Bratzler DW, et al.** Strategies to prevent surgical site infections in acute-care hospitals: 2022 Update. Infection Control & Hospital Epidemiology. 2023;1-26.
8. **Sickder HK.** Nurse' knowlegde and practice regarding prevention of surgical site infection in Bangladesh Master's thesis. Songkla University; 2010.
9. **Trần Ngọc Thiện, Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Thị Thanh Thảo, và cộng sự.** Nhiễm khuẩn vết mổ và các yếu tố liên quan tại các khoa ngoại tổng quát Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;SDB:329-338.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÒ ĐẠI TRỰC TRÀNG – BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Thiện Hòa¹, Phạm Vĩnh Phú¹, Nguyễn Huy Hoàng¹

TÓM TẮT

Tổng quan:

Rò đại trực tràng bàng quang (RĐTTBQ) là một bệnh lý phức tạp, liên quan đến sự hình thành đường thông bất thường giữa đại trực tràng và bàng quang. Đây là hậu quả của các bệnh lý như viêm túi thừa đại tràng, ung thư đại trực tràng. Trong đó, viêm túi thừa đại tràng được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ từ 65–79% các trường hợp. Các nguyên nhân khác, bao gồm ung thư, biến chứng sau phẫu thuật, hoặc chấn thương vùng chậu, chiếm tỷ lệ nhỏ hơn nhưng vẫn đáng kể.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị rò đại trực tràng bàng quang tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

Phương pháp:

Nghiên cứu hồi cứu được thực hiện trên 38 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật RĐTTBQ. Các biến số được phân tích bao gồm đặc điểm tuổi, giới tính, nguy cơ phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật, biến chứng, thời gian hồi phục, tỷ lệ thành công và tái phát.

Kết quả:

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $202 \pm 79,5$ phút. Lượng máu mất trong phẫu thuật 50 mL (30 – 100) mL. Thời

gian phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật 2 (2 – 2,3) ngày. Thời gian rút các ống dẫn lưu 5,5 (4–7) ngày. Thời gian nằm viện 7,5 (7–9) ngày.

Tỷ lệ biến chứng chung là 41,2 %. Biến chứng sớm chiếm phần lớn, với nhiễm trùng vết mổ là phổ biến nhất chiếm 28,9% (11/38) trường hợp. Không có các biến chứng muộn nghiêm trọng hoặc tái phát được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu.

Kết luận:

Phẫu thuật điều trị rò đại trực tràng bàng quang tại Bệnh viện Bình Dân cho thấy kết quả phẫu thuật với lượng máu mất thấp, thời gian phục hồi nhanh và biến chứng chủ yếu ở mức độ nhẹ. Biến chứng liên quan đến nhiễm trùng là thường gặp nhất nên cần kiểm soát trước, trong và sau mổ. Các kỹ thuật hiện đại, phẫu thuật nội soi gợi ý hiệu quả trong việc giảm biến chứng và thời gian hồi phục. Tuy nhiên, cần các nghiên cứu lớn hơn để đánh giá toàn diện hơn về các phương pháp phẫu thuật nhằm tối ưu hóa điều trị bệnh lý phức tạp này.

Từ khóa: rò bàng quang, viêm túi thừa đại tràng, rò đại trực tràng bàng quang

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS OF COLOVESICAL FISTULA TREATMENT AT BINH DAN HOSPITAL

Background:

Colovesical fistula (CVF) is a complex condition characterized by abnormal communication between the colon and the bladder. It is commonly caused by conditions

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Hoàng

SĐT: 070472 070

Email: nhhoang.ntng2023@uhsvnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

such as colonic diverticulitis and colorectal cancer. Colonic diverticulitis is the most frequent etiology, accounting for 65–79% of cases. Other causes, including malignancy, surgical complications, or pelvic trauma, represent smaller but significant proportions.

This study aims to evaluate the outcomes of colovesical fistula treatment at Binh Dan Hospital from January 2023 to December 2024.

Methods:

A retrospective study was conducted on 38 patients diagnosed with and surgically treated for CVF. Variables analyzed included patient demographics (age, gender), surgical risks, surgical methods, complications, recovery time, success rate, and recurrence rate.

Results:

The study showed the mean surgical duration was $202 \pm 79,5$ minutes. Median intraoperative blood loss was 50 mL (range: 30–100 mL). The median time to bowel function recovery was 2 days (range: 2–2,3 days). The median time for drain removal was 5.5 days (range: 4–7 days), and the median hospital stay was 7,5 days (range: 7–9 days). The overall complication rate was 41,2%. Early complications were predominant, with surgical site infections being the most common (28,9%, 11/38 cases). No severe late complications or recurrences were observed during the study period.

Conclusion:

The surgical treatment of colovesical fistula at Binh Dan Hospital was achieved with minimal blood loss, quick recovery, and primarily mild complications. Infection-related complications were the most common and required careful management before, during, and after surgery. Modern techniques, especially laparoscopic

surgery, demonstrated effectiveness in reducing complications and recovery time. However, larger studies are needed to comprehensively evaluate surgical methods and optimize treatment for this complex condition.

Keywords: bladder fistula, colonic diverticulitis, colovesical fistula

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò đại trực tràng bàng quang (RĐTTBQ) là một bệnh lý phức tạp, liên quan đến sự hình thành đường thông bất thường giữa đại trực tràng và bàng quang. Đây là hậu quả của các bệnh lý như viêm túi thừa đại tràng, ung thư đại trực tràng. Trong đó, viêm túi thừa đại tràng được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ từ 65–79% các trường hợp [1][2]. Các nguyên nhân khác, bao gồm ung thư, biến chứng sau phẫu thuật, hoặc chấn thương vùng chậu, chiếm tỷ lệ nhỏ hơn nhưng vẫn đáng kể [2][3].

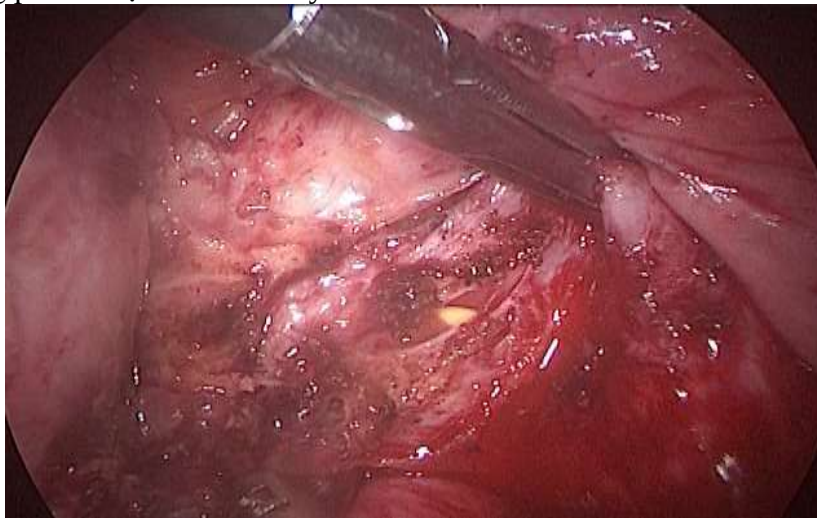
Các triệu chứng điển hình của RĐTTBQ bao gồm đi tiểu khí, tiểu ra phân, tiểu máu, và nhiễm trùng tiểu tái phát. Chẩn đoán dựa vào sự kết hợp giữa lâm sàng và cận lâm sàng, trong đó chụp cắt lớp vi tính (MSCT) là phương pháp chẩn đoán hàng đầu, giúp xác định vị trí và mức độ của đường rò [2][4][5]. Ngoài ra, nội soi bàng quang và nội soi đại tràng thường được sử dụng để loại trừ các bệnh lý ác tính liên quan [4][6].

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chủ yếu và được xem là giải pháp triệt để đối với RĐTTBQ. Các lựa chọn phẫu thuật bao gồm phẫu thuật một thì (cắt bỏ đoạn ruột bệnh lý và nối lại ngay lập tức) và phẫu thuật hai hoặc ba thì (chia nhỏ các giai đoạn can thiệp để giảm nguy cơ biến chứng) [5][6].



Hình 1. Hình ảnh đường rò đại tràng sigma – bàng quang do ung thư đại tràng – sigma xâm lấn

Gần đây, các kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn như nội soi và phẫu thuật robot đã được áp dụng rộng rãi, cho thấy hiệu quả cao và thời gian hồi phục nhanh hơn [1][4][7]. Tuy nhiên, sự lựa chọn chiến lược phẫu thuật tối ưu vẫn phụ thuộc vào tình trạng bệnh lý nền của bệnh nhân, khả năng phẫu thuật viên và các yếu tố cá nhân hóa khác.



Hình 2. Hình ảnh ổ rò đại tràng sigma – bàng quang sau khi được phẫu tích

Tại Việt Nam, các nghiên cứu về điều trị RĐTTBQ vẫn còn hạn chế, đặc biệt tại các bệnh viện tuyến đầu như Bệnh viện Bình Dân – một trung tâm phẫu thuật lớn. Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật RĐTTBQ tại Bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 38 bệnh nhân được chẩn đoán RĐTTBQ dựa trên thăm khám lâm sàng và các phương pháp hình ảnh học, chủ yếu là chụp cắt lớp vi tính đa lát cắt (MSCT).

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024, nhằm phân tích các trường

hợp bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị RĐTTBQ

Thu thập dữ liệu

Các dữ liệu nhân khẩu học và lâm sàng của bệnh nhân, bao gồm tuổi, giới tính, phân loại ASA, và nguyên nhân gây rò, được thu thập và phân tích. Các biến phẫu thuật bao gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, và phương pháp phẫu thuật. Kết quả hậu phẫu được đánh giá dựa trên thời gian hồi phục lưu thông ruột, thời gian rút ống dẫn lưu, thời gian nằm viện, tỷ lệ biến chứng, tỷ lệ thành công phẫu thuật và tái phát.

Phân tích thống kê

Các số liệu được tóm tắt bằng thống kê mô tả. Đối với các biến liên tục, kết quả được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn với phân phối chuẩn, trung vị - khoảng tứ phân vị đối với phân phối không chuẩn. Đối với các biến định tính, kết quả được biểu thị dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS phiên bản 26,0 với mức ý nghĩa thống kê được thiết lập $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $63,8 \pm 11,8$ tuổi, với đa số là nam giới chiếm 86,8%, nữ giới chiếm 13,2%. Hơn một nửa số bệnh nhân 52,6%

(20/38) được phân loại ASA từ mức độ 3 trở lên, phản ánh tình trạng bệnh lý đi kèm và mức độ nguy cơ cao trong phẫu thuật. Nguyên nhân phổ biến nhất dẫn đến rò đại trực tràng bàng quang trong nghiên cứu là bệnh túi thừa, chiếm tỷ lệ 63,2% (24/38) các trường hợp còn lại là do nguyên nhân ung thư chiếm 36,8% (14/38) các trường hợp. Triệu chứng chính khi vào viện thường gặp nhất là đau bụng (50%), tiểu ra phân (26,3%), tiểu gắt (10,5%), tiểu máu (10,5%).

Phương pháp phẫu thuật

Các phương pháp phẫu thuật được áp dụng trong nghiên cứu bao gồm mổ hở, phẫu thuật nội soi và robot. Trong đó, mổ hở chiếm 44,7% (17/38), phẫu thuật nội soi chiếm 50% (19/38), với 10,5% (2/19) trường hợp chuyển sang mổ hở, và phẫu thuật robot chiếm 5,3% (2/38). Đối với phẫu thuật đường tiêu hóa, phẫu thuật kiểu Hartmann là phương pháp được sử dụng phổ biến nhất, chiếm 63,2%, tiếp theo là cắt đoạn nối ngay với 18,4%, cắt đoạn đại tràng và làm hậu môn nhân tạo (HMNT) kiểu nông súng chiếm 10,5% (4/38), và các phương pháp khác chiếm 7,9% (3/38). Về xử trí tổn thương bàng quang, mở bàng quang ra da được thực hiện ở 36,8% trường hợp, trong khi khâu lỗ rò bàng quang được áp dụng trong 23,7% trường hợp và cắt bàng quang là 13,2% trường hợp. Các trường hợp còn lại được đặt thông tiểu theo dõi.

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phương pháp chính		
Mổ hở	17	44,7
Nội soi	19	50,0
Chuyển mổ hở	2	10,5
Robot	2	5,3
Phẫu thuật đường tiêu hóa		

Phẫu thuật kiểu Hartmann	24	63,2
Cắt đoạn nối ngay	7	18,4
Cắt đoạn đại tràng và làm HMNT kiểu nông súng	4	10,5
Khác	3	7,9
Phẫu thuật bàng quang		
Mở bàng quang ra da	14	36,8
Khâu lỗ rò bàng quang	9	23,7
Cắt bàng quang (bán phần/toàn phần)	5	13,2

Kết quả phẫu thuật

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $202 \pm 79,5$ phút.

Lượng máu mất trong phẫu thuật được ghi nhận với giá trị trung vị là 50 mL, trong khoảng từ 30 đến 100 mL. Thời gian phục

hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật có giá trị trung vị là 2 ngày, dao động từ 2 đến 2,25 ngày. Thời gian rút các ống dẫn lưu được ghi nhận 5,5 (4-7) ngày. Thời gian nằm viện 7,5 (7-9) ngày.

Bảng 2. Kết quả các thông số hậu phẫu

Thông số	Trung vị	Khoảng tứ phân vị
Lượng máu mất trong phẫu thuật (mL)	50	30–100
Thời gian phục hồi lưu thông ruột (ngày)	2	2–2,25
Thời gian rút các ống dẫn lưu (ngày)	5,5	4–7
Thời gian nằm viện (ngày)	7,5	7–9

Biến chứng

Biến chứng sớm chiếm phần lớn, với nhiễm trùng vết mổ là phổ biến nhất, được ghi nhận ở 28,9% (11/38) trường hợp. Tụ dịch nhiễm trùng xảy ra ở 5,3% (2/38) bệnh nhân, 01 trường hợp có sốc nhiễm trùng, chiếm 2,6% (1/38).

Biến chứng muộn bao gồm tụ dịch nhiễm trùng được ghi nhận ở 2,6% (1/38) bệnh nhân. Không có các biến chứng muộn nghiêm trọng hoặc tái phát được ghi nhận trong thời gian nghiên cứu.

Bảng 3. Biến chứng

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tổng biến chứng	16	42,1
Biến chứng sớm		
Nhiễm trùng vết mổ	11	28,9
Tụ dịch nhiễm trùng	2	5,3
Sốc nhiễm trùng	1	2,6
Biến chứng muộn		
Áp xe tồn lưu	1	2,6

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân

Trong nghiên cứu, nguyên nhân chính của RĐTTBQ là bệnh viêm túi thừa đại tràng (63,2%), tương tự như các báo cáo quốc tế, nơi bệnh viêm túi thừa chiếm từ 65–79% các trường hợp [1][2]. Tuy nhiên, tỷ lệ ung thư là nguyên nhân trong 36,8% các ca bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn một số nghiên cứu trước đó như của Granieri et al. (2021) và Heise et al. (2017), nơi ung thư chỉ chiếm 10–20% [2][3]. Điều này có thể liên quan đến đặc điểm dân số tại Việt Nam, nơi ung thư đại trực tràng đang có xu hướng gia tăng.

Triệu chứng điển hình của rò đại trực tràng bàng quang (RĐTTBQ) trong nghiên cứu bao gồm đau bụng (50%), tiểu ra phân (26,3%), tiểu gắt (10,5%), và tiểu máu (10,5%). Các triệu chứng này phù hợp với những ghi nhận trong y văn, trong đó tiểu ra phân được xem là dấu hiệu đặc trưng nhất của RĐTTBQ, thường gặp ở 70-90% bệnh nhân theo các nghiên cứu quốc tế này có thể thay đổi tùy theo nguyên nhân nền và mức độ tiến triển của bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đau bụng cao nhất, chiếm 50%, có thể phản ánh tình trạng viêm liên quan đến bệnh lý túi thừa – nguyên nhân phổ biến nhất của RĐTTBQ (63,2%). Đây cũng là đặc điểm phù hợp với báo cáo của Granieri và cộng sự (2021), cho thấy viêm túi thừa thường gây triệu chứng đau bụng và triệu chứng đường tiểu dưới trước khi dẫn đến các biểu hiện điển hình của rò [2].

Trong nghiên cứu này, hơn một nửa số bệnh nhân (52,6%) được phân loại ASA từ mức độ 3 trở lên, phản ánh tình trạng bệnh lý nền phức tạp và nguy cơ cao trong phẫu thuật. ASA ≥ 3 cho thấy bệnh nhân có các

bệnh lý nội khoa đi kèm nặng, làm tăng nguy cơ biến chứng hậu phẫu, đặc biệt ở nhóm tuổi cao (trung bình 63,8 tuổi). Nghiên cứu của Heise và Sproat (2017), ASA là một yếu tố quan trọng để đánh giá nguy cơ phẫu thuật trong các ca RĐTTBQ, đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh lý túi thừa hoặc ung thư [3][4].

Phương pháp phẫu thuật

Trong nghiên cứu này, ba phương pháp phẫu thuật chính gồm mổ hở chiếm 44,7% số ca, phẫu thuật nội soi được sử dụng phổ biến nhất với 50% số ca nhưng có tỷ lệ chuyển mổ hở 10,5%, và phẫu thuật robot chiếm 5,3%.

Phẫu thuật nội soi được công nhận rộng rãi nhờ tính ít xâm lấn, rút ngắn thời gian nằm viện. Trong các nghiên cứu trước đây, phẫu thuật nội soi đã chứng minh hiệu quả tương đương mổ hở về mặt điều trị triệt để, nhưng lại vượt trội hơn ở các chỉ số như thời gian phục hồi và tỷ lệ biến chứng thấp hơn [1]. Tuy nhiên, trong các trường hợp dính nhiều hoặc viêm nặng, phẫu thuật nội soi vẫn đối mặt với khó khăn, thể hiện qua tỷ lệ chuyển đổi sang mổ hở trong nghiên cứu này (10,5%). Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chọn lựa bệnh nhân phù hợp để tối ưu hóa kết quả.

Phẫu thuật robot, dù chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ trong nghiên cứu (5,3%), lại là một lựa chọn đầy tiềm năng trong điều trị RĐTTBQ. Với ưu điểm vượt trội như hình ảnh 3D, độ chính xác cao và khả năng thao tác trong không gian hạn chế, phẫu thuật robot mang lại lợi ích đáng kể, đặc biệt trong các trường hợp phức tạp. Nghiên cứu của Sahay và cộng sự (2024) đã ghi nhận kết quả tích cực với thời gian phục hồi nhanh hơn và ít biến chứng hơn so với phẫu thuật truyền thống [3]. Tuy nhiên, chi phí cao và yêu cầu đào tạo chuyên

sâu khiến phương pháp này chưa thể phổ biến rộng rãi.

Phẫu thuật kiểu Hartmann là lựa chọn ưu tiên trong nghiên cứu này (63,2%) và được áp dụng chủ yếu ở các bệnh nhân có viêm nặng hoặc tình trạng toàn thân yếu. Kỹ thuật này giúp giảm nguy cơ biến chứng như rò miệng nối hoặc viêm phúc mạc sau mổ, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy Hartmann là phương pháp an toàn cho các trường hợp bệnh nặng [5][6]. Với các bệnh nhân ổn định hơn, cắt đoạn nối ngay (18,4%) là một giải pháp thay thế hợp lý, đảm bảo chức năng tiêu hóa và giảm số thì phẫu thuật [4][7].

Xử trí bằng quang cũng đóng vai trò quan trọng trong điều trị RĐTTBQ. Trong nghiên cứu này, mổ bằng quang ra da được thực hiện ở 36,8% số trường hợp để giảm áp lực và thúc đẩy quá trình lành tổn thương. Khâu lỗ rò bằng quang chiếm 23,7%, phù hợp với các trường hợp tổn thương nhỏ và không nhiễm trùng nặng. Cắt bằng quang bán phần hoặc toàn phần (13,2%) thường áp dụng trong các trường hợp ung thư xâm lấn hoặc tình trạng viêm nhiễm nặng, phù hợp với các báo cáo trước đây [2][5].

Kết quả sau phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu là $202 \pm 79,5$ phút, với sự khác biệt đáng kể giữa phẫu thuật nội soi (228,1 phút) và mổ hở (169,7 phút) với $p = 0,022$. Thời gian dài hơn ở nhóm nội soi phản ánh mức độ kỹ thuật phức tạp của phương pháp này, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm và thời gian thiết lập dụng cụ lâu hơn. Tuy nhiên, so sánh với các nghiên cứu trước đó, như của Rizzuto và cộng sự, thời gian phẫu thuật nội soi trung bình là 220 phút; Badic et al. (2017) ghi nhận thời gian phẫu thuật trung

bình là 206 phút, thời gian phẫu thuật trung bình cho nhóm mổ nội soi là 237 phút, trong khi nhóm mổ hở là 175 phút, tương đồng với kết quả của chúng tôi cho thấy kết quả về thời gian phẫu thuật của nghiên cứu chúng tôi phù hợp với xu hướng chung trên thế giới. Lý giải việc phẫu thuật nội soi kéo dài hơn so với mổ hở có thể là do việc khi xử lý tổn thương trong môi trường viêm mạn tính và xơ hóa [1] [6].

Lượng máu mất

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung vị là 50 mL (dao động 30–100 mL), thấp hơn so với các nghiên cứu trước đó và không có sự khác biệt giữa nội soi và mổ hở ($p = 0,38$). Abbass et al. (2013) ghi nhận lượng máu mất trung bình trong nhóm nội soi là 150 mL [7]. Salgado-Nesme et al. (2016) báo cáo lượng máu mất trung bình ở nhóm nội soi là 268 ± 222 mL và nhóm mổ hở là 327 ± 169 mL, cao hơn so với kết quả của chúng tôi. Điều này có thể được lý giải do sự khác biệt của việc sử dụng các thiết bị phẫu thuật cầm máu hiện đại và kỹ năng phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi.

Thời gian phục hồi

Thời gian phục hồi lưu thông ruột trung vị trong nghiên cứu này là 2 ngày (2–2,25 ngày), tương đồng với báo cáo của Badic và cộng sự (2017) trong nhóm phẫu thuật nội soi (2 ngày).

Thời gian rút các ống dẫn lưu trung vị trong nghiên cứu này là 5,5 ngày (4–7 ngày), ngắn hơn so với một số khuyến nghị trước đây. Theo Oner và Abbas (2022), thời gian giữ ống dẫn lưu trong phẫu thuật điều trị RĐTTBQ thường dao động từ 7–10 ngày, trong khi các tác giả khác nhấn mạnh rằng quyết định này phụ thuộc vào lượng dịch tiết và tốc độ hồi phục của vết thương [8]. Kết quả này gợi ý rằng các phương pháp ít xâm

lần có thể thúc đẩy quá trình lành vết thương nhanh hơn, giảm thời gian cần duy trì ống dẫn lưu.

Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện trung vị trong nghiên cứu này là 7,5 ngày (7–9 ngày), nằm trong khoảng thấp hơn so với một số nghiên cứu trước đây về phẫu thuật điều trị rò đại trực tràng bàng quang (RĐTTBQ). Theo nghiên cứu của Badic và cộng sự (2017), thời gian nằm viện trung bình ở nhóm phẫu thuật nội soi là 10,5 ngày, trong khi nhóm mổ hở có thời gian trung bình là 9,5 ngày, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm [6]. Tương tự, Salgado-Nesme và cộng sự (2016) ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 9 ± 4 ngày ở nhóm nội soi, thấp hơn đáng kể so với nhóm mổ hở 15 ± 11 ngày. Trong nghiên cứu của Oner và Abbas (2022), thời gian nằm viện trung vị là 7 ngày dao động từ 4–10 ngày, tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Thời gian nằm viện ngắn trong áp dụng các quy trình phục hồi sớm sau phẫu thuật. Tương đồng với kết quả từ Oner và Abbas (2022), chăm sóc hậu phẫu toàn diện có thể giảm thiểu thời gian nằm viện và cải thiện kết quả phẫu thuật tổng thể [8].

Nhìn chung, thời gian nằm viện trong nghiên cứu này ngắn hơn nhấn mạnh vai trò của kỹ thuật phẫu thuật ít xâm lấn và quy trình chăm sóc toàn diện trong việc cải thiện thời gian hồi phục. So với các nghiên cứu trước, kết quả này cho thấy rằng việc tối ưu hóa kỹ thuật phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu có thể mang lại lợi ích rõ ràng cho bệnh nhân RĐTTBQ.

Biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật điều trị rò đại trực tràng bàng quang (RĐTTBQ) là 42,1%, bao

gồm nhiễm trùng vết mổ (28,9%), tụ dịch nhiễm trùng (5,3%) và sốc nhiễm trùng (2,6%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, trong đó tỷ lệ biến chứng dao động từ 25% đến 50% tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật và đặc điểm bệnh nhân. Theo Rizzuto và cộng sự (2024), nhóm phẫu thuật nội soi ghi nhận tỷ lệ biến chứng thấp hơn (35,7%) so với nhóm mổ hở (50%), với nhiễm trùng vết mổ là biến chứng phổ biến nhất [1]. Mege và cộng sự (2020) báo cáo tỷ lệ biến chứng tổng thể là 31%, trong đó nhiễm trùng vết mổ chiếm 20%, thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do sự khác biệt về đặc điểm bệnh nhân và mức độ tổn thương [5].

Tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng (Clavien-Dindo >3) trong nghiên cứu của Badic và cộng sự (2017) là 14%, chủ yếu xảy ra ở nhóm mổ hở, gợi ý ưu thế của phẫu thuật nội soi trong việc giảm biến chứng [6]. Ngoài ra, Salgado-Nesme và cộng sự (2016) báo cáo tỷ lệ biến chứng ở nhóm nội soi là 41,1% và nhóm mổ hở là 25%, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhiễm trùng vết mổ giữa hai nhóm [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt giữa tỷ lệ biến chứng sau mổ giữa phương pháp nội soi và mổ mở ($p = 0,859$).

Nhìn chung, kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ vẫn cao, nhưng phần lớn các trường hợp là nhẹ và có thể kiểm soát bằng chăm sóc hậu phẫu phù hợp.

Kết quả này cho thấy lượng máu mất trong cả hai phương pháp đều thấp, phản ánh kỹ thuật phẫu thuật an toàn và hiệu quả. So với nghiên cứu của Mege và cộng sự, lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật kiểu Hartmann dao động từ 50–100 mL, tương tự như kết quả của chúng tôi [5].

Hạn chế của nghiên cứu

- Cỡ mẫu tương đối nhỏ (38 bệnh nhân) có thể hạn chế khả năng khái quát hóa kết quả.
- Phẫu thuật robot chỉ chiếm 2 ca, chưa đủ cơ sở để so sánh đầy đủ với các phương pháp khác.
- Nghiên cứu hồi cứu có nguy cơ sai lệch số liệu và thiếu các biến số quan trọng như đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị rò đại trực tràng bàng quang tại Bệnh viện Bình Dân với lượng máu mất thấp, thời gian phục hồi nhanh và biến chứng chủ yếu ở mức độ nhẹ. Biến chứng liên quan đến nhiễm trùng là thường gặp nhất nên cần kiểm soát trước, trong và sau mổ. Các kỹ thuật hiện đại, phẫu thuật nội soi gợi ý hiệu quả trong việc giảm biến chứng và thời gian hồi phục. Tuy nhiên, cần các nghiên cứu lớn hơn để đánh giá toàn diện hơn về các phương pháp phẫu thuật nhằm tối ưu hóa điều trị bệnh lý phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rizzuto A, Andreuccetti J, Bracale U, et al.** Shifting paradigms: a pivotal study on laparoscopic resection for colovesical fistulas in diverticular disease. *Front Surg.* 2024;11: 1370370. doi:10.3389/fsurg.2024.1370370
2. **Granieri S, Sessa F, Bonomi A, et al.** Indications and outcomes of enterovesical and colovesical fistulas: systematic review of the literature and meta-analysis of prevalence. *BMC Surg.* May 27 2021;21(1): 265. doi:10.1186/s12893-021-01272-6
3. **Heise CP, Sproat HF.** Management of diverticular colovesical fistula. *Clin Colon Rectal Surg.* 2017;30(3):179-184. doi:10.1055/s-0037-1604261
4. **Sahay SC, Mangla V, Kesarwani P, Goel A.** Robotic-Assisted Colovesical Fistula Repair: A Case Report. *Cureus.* Feb 2024;16(2): e54404. doi:10.7759/cureus.54404
5. **Mege D, et al.** Outcomes of single-stage resection and primary anastomosis for diverticular colovesical fistulas. *Int J Colorectal Dis.* 2020;35(8):1503-1509. doi:10.1007/s00384-020-03610-4
6. **Badic B, Leroux G, Thereaux J, et al.** Colovesical Fistula Complicating Diverticular Disease: A 14-Year Experience. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2017;27(2): 94-97. doi:10.1097/SLE.0000000000000375
7. **Marney LA, Ho YH.** Laparoscopic management of diverticular colovesical fistula: experience in 15 cases and review of the literature. *Int Surg.* 2013;98(2):101-109. doi:10.9738/INTSURG-D-13-00024.1
8. **Oner M, Abbas MA.** Current Management of Colovesical Fistula. *Turkish J Colorectal Dis.* 2022;32(3): 229-237. doi:10.4274/tjcd.galenos.2022.2022-9-1
9. **Salgado-Nesme N, Vergara-Fernández O, Espino-Urbina LA, Luna-Torres HA, Navarro-Navarro A.** Advantages of minimally invasive surgery for the treatment of colovesical fistula. *Rev Invest Clin.* 2016;68(6):229-304

KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG TRONG CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI SỚM SAU MỔ (ERAS) Ở NGƯỜI BỆNH CẮT BÀNG QUANG

Ngô Thị Hồng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) là chương trình chăm sóc chu phẫu đa phương thức được thiết kế với mục tiêu đem lại sự chăm sóc toàn diện cho người bệnh trước, trong và sau phẫu thuật nhằm nâng cao chất lượng điều trị và giảm thời gian nằm viện, biến chứng, chi phí điều trị.

Mục tiêu: Đánh giá chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật áp dụng ERAS ở người bệnh cắt bàng quang.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024, trên tất cả người bệnh phẫu thuật cắt bàng quang có áp dụng ERAS tại bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: các tiêu chí ERAS có sự tham gia tích cực của điều dưỡng như: thông tin, tư vấn; kháng sinh dự phòng và vệ sinh da; không nhịn ăn trước phẫu thuật; rút thông mũi – dạ dày sớm; giảm đau hiệu quả; ngăn ngừa liệt ruột sau phẫu thuật; dinh dưỡng sớm; vận động sớm đều đạt trên 85%. Sau áp dụng ERAS ghi nhận thời gian nằm viện là $7,6 \pm 1,7$ ngày; tỷ lệ biến chứng là 18,2%; mức độ đau sau phẫu thuật nhẹ (39,4%) và vừa (60,6%) và không có trường hợp đau nhiều.

Kết luận: Áp dụng chương trình ERAS người bệnh sớm phục hồi sức khỏe, rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật.

Từ khóa: Chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS), phẫu thuật cắt bàng quang.

SUMMARY

NURSING CARE OUTCOMES IN THE ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) PROGRAM FOR BLADDER CANCER PATIENTS

Background: The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program is a multidisciplinary perioperative care program designed to provide comprehensive care for patients before, during, and after surgery to enhance treatment quality, reduce hospital stay, complications, and treatment costs.

Objectives: To evaluate postoperative care in patients undergoing radical cystectomy applying ERAS.

Subjects and Methods: A descriptive cross-sectional study conducted from June 2023 to June 2024 on all bladder cancer patients undergoing cystectomy with ERAS implementation at Binh Dan Hospital.

Results: The ERAS criteria involve active participation from nurses in areas such as: providing information and counseling, prophylactic antibiotics and skin hygiene, no preoperative fasting, early removal of the nasogastric tube, effective pain management, preventing postoperative ileus, early nutrition, and early mobilization, with all criteria achieving

¹Khoa Nội soi niệu – Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hồng

SĐT: 0937618299

Email: ngohong1906@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

over 85%. After implementing ERAS, the average hospital stay was 7.6 ± 1.7 days; the complication rate was 18.2%; the pain level after surgery was mild (39.4%) and moderate (60.6%), with no cases of severe pain.

Conclusions: The application of the ERAS program in bladder cancer patients promotes early recovery, reduces hospital stay duration, and decreases postoperative complication rates.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), radical cystectomy surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một bệnh lý ác tính phổ biến thứ 2 của hệ tiết niệu, theo Cơ quan Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (The International Agency for Research on Cancer - IARC) Ung thư bàng quang đứng thứ 9 trong 10 loại ung thư phổ biến trên thế giới. Số lượng người mắc ung thư bàng quang lên đến 614.298 người tăng 7,1% so với năm 2020.¹ Việc điều trị bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, tùy thuộc vào giai đoạn và cấp độ của khối u, loại phẫu thuật có thể là cắt bỏ u bàng quang qua niệu đạo; cắt bỏ bàng quang bán phần; cắt bỏ bàng quang triệt để; cắt bỏ toàn bộ bàng quang, các hạch lân cận, một phần niệu đạo và các cơ quan lân cận có thể chứa các tế bào ung thư.

Chăm sóc phẫu thuật trong nhiều thập kỷ qua đã có nhiều phát triển mới về phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, kỹ thuật gây mê, giảm đau, giảm căng thẳng sau phẫu thuật để thúc đẩy quá trình hồi phục của người bệnh. Trong đó chương trình phục hồi sớm sau mổ (ERAS) là chương trình chăm sóc chu phẫu đa phương thức được thiết kế với mục tiêu đem lại sự chăm sóc toàn diện cho người bệnh

trước, trong và sau phẫu thuật được áp dụng trong các lĩnh vực: phẫu thuật tiêu hóa, phẫu thuật lồng ngực – mạch máu, phẫu thuật tiết niệu,...

Tại bệnh viện Bình Dân ERAS được áp dụng trong phẫu thuật cắt bàng quang từ năm 2018. Các nghiên cứu về ERAS trong phẫu thuật cắt bàng quang rất hạn chế và chưa có báo cáo nào đánh giá riêng về chăm sóc điều dưỡng trong ERAS ở người bệnh cắt bàng quang, xuất phát từ lợi ích trong điều trị ung thư bàng quang chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật áp dụng ERAS ở người bệnh cắt bàng quang tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả người bệnh phẫu thuật cắt bàng quang có áp dụng ERAS tại bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Người bệnh được chuẩn đoán bướu bàng quang và được phẫu thuật cắt bàng quang.

- Được áp dụng quy trình ERAS trong quá trình điều trị phẫu thuật.

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ung thư di căn từ nơi khác đến.
- Phẫu thuật cắt bàng quang kết hợp điều trị bệnh các cơ quan khác.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt trường hợp.

Bảng 1: Nội dung can thiệp ERAS theo guideline và những can thiệp có thể thực hiện trong nghiên cứu

Thời gian	STT	Các thành phần ERAS	Các tiêu chí can thiệp ERAS cụ thể có thể làm được trong nghiên cứu	Có sự tham gia tích cực của điều dưỡng
Trước PT	1	Thông tin, tư vấn	Giải thích với NB về tình trạng bệnh lý, phương pháp phẫu thuật, nguy cơ biến chứng	☒
	2	Tối ưu hóa tình trạng nội khoa	Điều trị các bệnh lý nội khoa kèm theo	
	3	Đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng	Hội chẩn khoa dinh dưỡng, can thiệp dinh dưỡng phù hợp tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý nhằm tăng cường thể chất cho NB	
	4	Dự phòng nôn và buồn nôn	Chỉ định thuốc dự phòng nôn khi khám tiền mê	
	5	Thuốc an thần	Chỉ định thuốc an thần khi khám tiền mê	
	6	Kháng sinh dự phòng và vệ sinh da	Sử dụng kháng sinh dự phòng trước phẫu thuật 30 phút	☒
	7	Không chuẩn bị ruột	Không thực hiện đại tràng, không uống thuốc xổ	☒
	8	Không nhịn ăn trước phẫu thuật	NB ăn thức ăn đặc trước phẫu thuật 6 giờ và uống nước trước phẫu thuật 2 giờ	☒
	9	Sử dụng thức uống chứa Carbohydrat	Hội chẩn khoa dinh dưỡng, chỉ định sử dụng dung dịch chứa carbohydrate	
Trong PT	10	Giảm đau ngoài màng cứng	Giảm đau ngoài màng cứng	
	11	Gây mê	Gây mê	
	12	Liệu pháp truyền dịch và điện giải	Bù điện giải	
	13	Ngăn ngừa hạ thân nhiệt	Sử dụng nệm sưởi, máy làm ấm dịch truyền	
	14	Dự phòng huyết khối tĩnh mạch	Sử dụng vớ tĩnh mạch	
	15	Phẫu thuật ít xâm lấn	Phẫu thuật nội soi, phẫu thuật robot	
	16	Hạn chế ống dẫn lưu	Hạn chế ống dẫn lưu	
	17	Rút thông mũi - dạ dày sớm	Rút trước khi thoát mê	☒
Sau PT	18	Giảm đau hiệu quả: đa mô thức	Kết hợp giảm đau bằng gây tê ngoài màng cứng với giảm đau cơ bản (paracetamol, nefopam), không dùng opioid tiêm	☒

19	Ngăn ngừa liệt ruột sau phẫu thuật	Sử dụng kẹo cao su được khuyến khích	☒
20	Dinh dưỡng sớm	Dinh dưỡng từ hậu phẫu 1, đường miệng từ lỏng đến đặc, từ ít đến nhiều	☒
21	Vận động sớm	Vận động từ nhẹ đến nặng, thụ động/ chủ động, tập vật lý trị liệu hô hấp	☒

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 33 người bệnh phẫu thuật cắt bàng quang điều trị ung thư bàng quang và áp dụng ERAS trong điều trị từ tháng 6/2023 – tháng 6/2024 chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

Thông tin chung của người bệnh

Bảng 1: Đặc điểm chung của người bệnh

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi	65,9 ± 10,5 (38 – 85) *	
Giới		
Nam	30	90,9
Nữ	3	9,1
Ngày nằm viện (ngày)	15,1 ± 4,4 (9 – 28) *	
Ngày chờ phẫu thuật (ngày)	5,5 ± 3,5 (2 – 15) *	
Phân loại ASA		
ASA 1	1	3,0
ASA 2	20	60,6
ASA 3	12	36,4

* Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)

Sự tuân thủ các tiêu chí ERAS

Bảng 2: Mức độ tuân thủ các tiêu chí ERAS

STT	Các thành phần ERAS	Sự tuân thủ	
		Tần số	Tỷ lệ
1	Thông tin, tư vấn	33	100
2	Tối ưu hóa tình trạng nội khoa	33	100
3	Đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng	33	100
4	Dự phòng nôn và buồn nôn	6	18,2
5	Thuốc an thần	33	100
6	Kháng sinh dự phòng và vệ sinh da	33	100
7	Không chuẩn bị ruột (tình trạng bệnh)	2	6,1
8	Không nhịn ăn trước phẫu thuật	32	97,0
9	Sử dụng thức uống chứa Carbohydrat (tình trạng bệnh)	8	24,2
10	Giảm đau ngoài màng cứng (do người bệnh tự lựa chọn sau khi đượ tư vấn tiền phẫu)	1	3,03

11	Gây mê	33	100
12	Liệu pháp truyền dịch và điện giải (tình trạng bệnh)	8	24,2
13	Ngăn ngừa hạ thân nhiệt	33	100
14	Dự phòng huyết khối tĩnh mạch (tình trạng bệnh)	2	6,1
15	Phẫu thuật ít xâm lấn	33	100
16	Hạn chế ống dẫn lưu	33	100
17	Rút thông mũi - dạ dày sớm	33	100
18	Giảm đau hiệu quả: đa mô thức	33	100
19	Ngăn ngừa liệt ruột sau phẫu thuật	31	93,9
20	Dinh dưỡng sớm	29	87,9
21	Vận động sớm	30	90,9

Ghi nhận 11 tiêu chí 100% các ca bệnh, các tiêu chí có sự tham gia tích cực của điều dưỡng như: thông tin, tư vấn; kháng sinh dự phòng và vệ sinh da; không nhịn ăn trước phẫu thuật; rút thông mũi – dạ dày sớm; giảm đau hiệu quả; ngăn ngừa liệt ruột sau phẫu thuật; dinh dưỡng sớm; vận động sớm

đều đạt trên 85%. Chỉ có tiêu chí không chuẩn bị ruột chỉ thực hiện trên 2 người bệnh.

Kết quả áp dụng ERAS ở người bệnh phẫu thuật cắt bàng quang điều trị ung thư bàng quang

Bảng 2: Kết quả áp dụng ERAS

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ %
Đau sau phẫu thuật		
Không đau (0 điểm)	0	0
Đau nhẹ (1 – 3 điểm)	13	39,4
Đau vừa (4 – 6 điểm)	20	60,6
Đau nhiều (7 – 10 điểm)	0	0
Vận động sau phẫu thuật (hậu phẫu ngày)	2,5 ± 0,5 (2 – 3) *	
Thời gian trung tiện (hậu phẫu ngày)	4,1 ± 1,4 (1 – 7) *	
Thời gian rút dẫn lưu (hậu phẫu ngày)	6,4 ± 1,9 (1 – 12) *	
Ngày nằm viện hậu phẫu (ngày)	7,6 ± 1,7 (5 – 14) *	
Biến chứng sau phẫu thuật		
Có	6	18,2
Không	27	81,8

* Trung bình ± độ lệch chuẩn (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất)

Phẫu thuật cắt bàng quang là một phẫu thuật lớn và phức tạp, sau khi áp dụng ERAS nghiên cứu chúng tôi cũng không ghi nhận được trường hợp nào đau nhiều chủ yếu người bệnh đau vừa (60,6%) và đau nhẹ (39,4%).

Trung bình người bệnh được áp dụng ERAS có thể vận động nhẹ nhàng sau phẫu thuật 2,5 ngày và trung tiện sau phẫu thuật 4,1 ngày. Dẫn lưu được thường được rút sau phẫu thuật 6,4 ngày và nằm viện điều trị sau phẫu thuật trung bình 7,6 ± 1,7.

Chúng tôi ghi nhận có 6 trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu sau phẫu thuật, chiếm 18,2%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của người bệnh

Người bệnh có độ tuổi trung bình cao trên 65 tuổi, điều này phù hợp với nguy cơ mắc ung thư bàng quang ở người lớn tuổi hơn người trẻ. Ung thư bàng quang phần lớn tập trung ở nam giới do đó tỷ lệ nam trong nghiên cứu chiếm đến 90,9%. Chủ yếu người bệnh ung thư bàng quang có điểm ASA là 2 (60,6%) và 3 (36,4%) do đó nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật cần được theo dõi cẩn thận.

Sự tuân thủ các tiêu chí ERAS

Tỷ lệ tuân thủ của 14/21 tiêu chí ERAS đạt trên 85%. Các tiêu chí chưa thực hiện được là do bị phụ thuộc vào tình trạng bệnh và sự lựa chọn của người bệnh sau khi được tư vấn nên chưa thể triển khai toàn diện như: không chuẩn bị ruột; không nhịn ăn trước phẫu thuật; sử dụng thức uống chứa carbohydrat; giảm đau ngoài màng cứng; liệu pháp truyền dịch và điện giải; dự phòng huyết khối tĩnh mạch. 11/21 tiêu chí đạt 100% như thông tin, tư vấn; tối ưu hóa tình trạng nội khoa; đánh giá và hỗ trợ dinh dưỡng; thuốc an thần; kháng sinh dự phòng và vệ sinh da; gây mê; ngăn ngừa hạ thân nhiệt; phẫu thuật ít xâm lấn; hạn chế ống dẫn lưu; rút thông mũi – dạ dày sớm; giảm đau hiệu quả. Trong đó các tiêu chí có sự tham gia tích cực của điều dưỡng đạt trên 85% là 8/9, điều này cho thấy vai trò của điều dưỡng trong ERAS vì đây là đối tượng được coi là chìa khóa và đóng vai trò trung tâm trong nhóm chăm sóc người bệnh phẫu thuật bằng cách thông tin, giáo dục và tư vấn trước trong, sau phẫu thuật kể cả giai đoạn xuất

viện và chăm sóc tại nhà. Điều dưỡng là đối tượng đi đầu trong việc chăm sóc người bệnh hằng ngày và do đó tác động lớn đến việc đảm bảo tuân thủ các tiêu chí của lộ trình ERAS.2

Kết quả áp dụng ERAS ở người bệnh phẫu thuật cắt bàng quang điều trị ung thư bàng quang

Sau phẫu thuật người bệnh chỉ có mức độ đau nhẹ (39,4%) và vừa (60,6%), không có trường hợp nào đau nhiều, kết quả này tích cực hơn so với nghiên cứu tương đồng được thực hiện năm 2018 của tác giả Patel với đau vừa (33,6%), đau vừa (64,7%) và đau nhiều (1,7%).3 Các phẫu thuật cắt bàng quang là một phẫu thuật lớn, giảm đau tốt sau phẫu thuật cho phép người bệnh vận động sớm, trả lại chức năng đường ruột sớm hơn.

Ngày nằm viện hậu phẫu của chúng tôi trung bình là $7,6 \pm 1,7$ ngày kết quả này tương đồng với tác giả Patel (2018) là $7,8 \pm 7,2$ ngày nhưng cao hơn so với hai nghiên cứu thực hiện gần đây của tác giả Brendan (2021) là 9 ngày và Jensen (2022) là 7 – 9 ngày.4,5 Như vậy thời gian nằm viện của ERAS rút ngắn hơn.

Trung bình người bệnh được áp dụng ERAS có thể vận động nhẹ nhàng sau phẫu thuật 2,5 ngày và trung tiện sau phẫu thuật 4,1 ngày. Mặc dù được khuyến khích vận động nhẹ nhàng sớm để thúc đẩy chức năng đường ruột sớm tuy nhiên nhiều người bệnh còn sợ đau nên thường tự hạn chế dẫn đến thời gian trung tiện cũng khá trễ sau phẫu thuật so với kết quả của tác giả Patel (2018) là $3,5 \pm 1,2$ ngày.3

Biến chứng sau phẫu thuật là 18,2% thấp hơn so với một số tác giả có nghiên cứu tương tự là Tyson (2016) 39,6% và Brendan (2021) 22% nhưng cao hơn so với Patel (2018) là 12,1 – 15,5%.3,5,6 Tỷ lệ này khá

cao do chương trình ERAS trong nghiên cứu chưa thực hiện đầy đủ được các yếu tố và cũng chưa thể thực hiện đồng bộ được ở tất cả các chuyên khoa như gây mê hồi sức.

Nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế là chưa có nhóm đối chứng để từ đó có thể chứng minh được mối liên quan mạnh hơn giữa hiệu quả của chương trình ERAS so với phương pháp chăm sóc truyền thống. Là nghiên cứu mới.

V. KẾT LUẬN

Việc ứng dụng chương trình ERAS vào phẫu thuật nội soi điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Bình Dân bước đầu cho kết quả tốt, đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân: giảm đau, rút ngắn thời gian nằm viện,... Tăng cường áp dụng quy trình ERAS đầy đủ, đồng bộ vào phẫu thuật ung thư bàng quang nói riêng cũng như phẫu thuật nói chung. Kết quả nghiên cứu là cơ sở để mở rộng thêm các nghiên cứu khác chuyên sâu hơn về vấn đề ứng dụng ERAS trong chăm sóc người bệnh phẫu thuật tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **The International Agency for Research on Cancer (IARC).** Data visualization tools for exploring the global cancer burden in 2022. World Health Organization (WHO). Accessed 09/08/2024, <https://gco.iarc.who.int/today/en>
2. **Achrekar MS.** Enhanced recovery after surgery (ERAS) nursing programme. *Asia Pac J Oncol Nurs.* Jul 2022;9(7):100041. doi:10.1016/j.apjon.2022.02.003
3. **Patel SY, Garcia Getting RE, Alford B, et al.** Improved Outcomes of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocol for Radical Cystectomy with Addition of a Multidisciplinary Care Process in a US Comprehensive Cancer Care Center. *World J Surg.* Sep 2018;42(9):2701-2707. doi:10.1007/s00268-018-4665-z
4. **Wallace BK, Li G, McKiernan JM, DeCastro GJ, Anderson CB.** Radical cystectomy in a cohort of octogenarians managed in the ERAS era. *Urol Oncol.* May 2021;39(5):299 e1-299 e6. doi:10.1016/j.urolonc.2020.09.009
5. **Jensen BT, Retinger NL, Lauridsen SV.** From fast-track to enhanced recovery after surgery in radical cystectomy pathways: A nursing perspective. *Asia Pac J Oncol Nurs.* Jul 2022;9(7): 100048. doi:10.1016/j.apjon.2022.02.010
6. **Tyson MD, Chang SS.** Enhanced Recovery Pathways Versus Standard Care After Cystectomy: A Meta-analysis of the Effect on Perioperative Outcomes. *Eur Urol.* Dec 2016;70(6): 995-1003. doi:10.1016/j.eururo.2016.05.031

HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN CỦA NỘI SOI MẬT TUY NGƯỢC DÒNG KẾT HỢP TÁN SỎI CƠ HỌC TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI LỚN ỐNG MẬT CHỦ

Nguyễn Văn Hùng¹, Nguyễn Phước Thanh Sang¹,
Tạ Văn Ngọc Đức¹, Nguyễn Khôi¹, Hứa Thành Danh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) kết hợp tán sỏi cơ học là một kỹ thuật làm tăng tỉ lệ làm sạch sỏi lớn ống mật chủ (OMC). Do đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả của tán sỏi cơ học và những yếu tố giúp dự đoán khả năng tán sỏi cơ học thất bại.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu từ năm 01/2020 đến 07/2024 được 235 bệnh nhân sỏi lớn OMC ($\geq 10\text{mm}$) không thể lấy sỏi bằng NSMTND tiêu chuẩn. Biến số thu thập gồm tuổi, giới, tiền căn bệnh sỏi mật, xét nghiệm, hình ảnh học đường mật. Biến kết cục chính là kết quả tán sỏi và biến chứng sau NSMTND.

Kết quả: Tuổi trung bình là $63,6 \pm 15,6$ (27-93). Nữ 144(61,3%) và nam 91(38,7%). Triệu chứng nhập viện gồm đau bụng 233(94,9%), vàng da 126(53,6%) và sốt 96(40,9%). Tiền căn sỏi OMC đã điều trị là 81(34,5%). Kích thước sỏi: 10-14mm 118(50%), 15-29mm 113(48,1%), $\geq 30\text{mm}$ 2(5%). Số lượng sỏi gồm 1 viên 145(61,7%), 2 viên 11(4,8%), ≥ 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn 79(33,5%). Tỉ lệ thành công chung là 156(66,4%), ở nhóm có ít hơn 3 viên sỏi là 74,7% và ở nhóm trên 3 viên hoặc sỏi đóng

khuôn là 47,9%. Yếu tố dự đoán khả năng tán sỏi thất bại là số lượng sỏi ≥ 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn. Biến chứng gồm viêm tụy hoại tử 2(0,9%), chảy máu 8(3,5%), đứt rọ 4(1,7%), sót sỏi 15(9,7%).

Kết luận: NSMTND kết hợp tán sỏi cơ học là kỹ thuật an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi lớn OMC. Yếu tố dự đoán tán sỏi thất bại là số lượng sỏi ≥ 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn trong đường mật.

Từ khóa: Sỏi lớn ống mật chủ, nội soi mật tụy ngược dòng, tán sỏi cơ học.

SUMMARY

EFFICACY AND SAFETY OF ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY COMBINED WITH BILIARY MECHANICAL LITHOTRIPSY FOR TREATMENT OF LARGE COMMON BILARY DUCT STONES

Background: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) combined with mechanical lithotripsy (BML) is a technique that increasing the clearance rate of large common bile duct stones. Therefore, we conducted this study to evaluate efficacy and safety of biliary mechanical lithotripsy and find factors predicting the failure risk of mechanical lithotripsy.

Subjects and methods: Retrospective study from January 2020 to July 2024 collected 235 patients with large common bile duct stones ($\geq 10\text{mm}$) that could not be removed by standard

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hùng

SĐT: 0939142796

Email: nsth.bvbd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

ERCP. Study informations included age, gender, history of common bile duct stones, laboratory tests, and biliary tract imaging. The main outcome variables were results of mechanical lithotripsy and complications after ERCP.

Results: Mean age was $63,6 \pm 15,6$ (27-93). Female 144(61,3%) and male 91(38,7%). Symptoms at admission included abdominal pain 233(94,9%), jaundice 126(53,6%) and fever 96(40,9%). History with treated OMC stones was 81(34,5%). Stone size included 10-14mm 118(50%), 15-29mm 113(48,1%), ≥ 30 mm 2(5%). Number of stones included 1 stone 145(61,7%), 2 stones 11(4,8%), ≥ 3 stones or formed stones 79(33,5%). The total success rate was 66,4%, the group with less than 3 stones is 74,7% and the group with more than 3 stones or stones filling the common bile duct was 47,9%. The factor predicting lithotripsy failure was the number of stones ≥ 3 or filling the entire bile duct. Complications included necrotizing pancreatitis 2(0,9%), bleeding 8(3,5%), ruptured basket 4(1,7%), residual CBD stones 15(9,7%).

Conclusions: ERCP combined with BML is a safe and effective technique for treatment of large common bile duct stones. The factor predicting failure of BML are the number of stones ≥ 3 or filling the entire bile duct.

Keywords: common bile duct (CBD), Large common bile duct stones, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), biliary mechanical lithotripsy (BML).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi ống mật chủ là chỉ định phổ biến nhất của nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND hay ERCP). NSMTND tiêu chuẩn bằng cách kết hợp cắt cơ vòng Oddi và dùng rọ kéo sỏi hoặc bóng kéo sỏi có thể lấy sỏi thành công khoảng 85-95% và có đến khoảng 10-15% sỏi ống mật chủ (OMC) có kích thước lớn không thể lấy bằng kỹ thuật NSMTND tiêu chuẩn¹. Tán sỏi đường mật cơ học (hay

BML) là một kỹ thuật đã được giới thiệu lần đầu vào năm 1982 giúp làm tăng cho tỉ lệ làm sạch sỏi lên 4-8% và tỉ lệ lấy sỏi thành công từ 50 đến 100%^{2,3}. Bệnh viện Bình Dân là bệnh viện lần đầu tiên triển khai NSMTND tại Việt Nam từ năm 1993 đã điều trị rất nhiều bệnh nhân sỏi OMC cho tỉ lệ thành công cao đến 96,9%, trong đó có nhiều sỏi lớn OMC phải kết hợp tán sỏi cơ học⁴. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu về NSMTND kết hợp tán sỏi cơ học trong điều trị những sỏi lớn OMC. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nhằm đánh giá tính an toàn, hiệu quả của tán sỏi cơ học và những yếu tố giúp dự đoán khả năng tán sỏi cơ học thất bại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân làm NSMTND tại khoa NSTH bệnh viện Bình Dân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu: Sỏi OMC có đường kính ≥ 10 mm được làm NSMTND thông nhú thành công nhưng không lấy được sỏi bằng các phương pháp tiêu chuẩn như rọ hay bóng. Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh lý gây hẹp OMC (< 5 mm): u ống mật chủ, u nhú vater, u đầu tụy, viêm hẹp đoạn cuối OMC...

Cỡ mẫu:

$$N = \frac{p(1-p)z^2}{d^2} = \frac{0,84(1-0,84)1,96^2}{0,05^2} = 206,5 \approx 207$$

Trong đó: P: Tỉ lệ tán sỏi cơ học thành công là 84% (Theo tác giả Wen-Hsiung Chang)³. d: Sai số ước lượng là 5%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu từ 01/2020 đến 07/2024.

Những biến số nghiên cứu : tuổi, giới, tiền căn sỏi mật, triệu chứng nhập viện, xét nghiệm lúc nhập viện (bạch cầu máu, billirubin toàn phần, AST, ALT, Amylase),

chẩn đoán hình ảnh đường mật (kích thước sỏi và OMC, số lượng sỏi), kết quả lấy sỏi gồm thành công (kết hợp tán sỏi và lấy sạch sỏi OMC) và thất bại (tán sỏi không vỡ, tán bị đứt cáp rọ tán phải phẫu thuật hoặc rọ tán không thể bắt được sỏi), biến chứng (chảy máu, thủng tá tràng, viêm tụy, đứt cáp rọ tán), xuất viện hay tử vong nội viện (hoặc nặng xin về), sỏi sỏi OMC sau tán sỏi.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Kiểm định Chi bình phương cho tỉ lệ của biến định danh và thứ bậc. Phân tích Logistic đơn biến cho các yếu tố dự đoán khả năng tán sỏi thất bại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân thu thập được từ 01/2020 đến 07/2024 được 235 bệnh nhân, trong đó nhóm thành công được là 156 bệnh (66,4%) và nhóm thất bại là 79 bệnh (33,6%).

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Tuổi trung bình là $63,6 \pm 15,6$ (27-93), đặc biệt có nhiều bệnh lớn tuổi (trên 80 tuổi) chiếm 43(18,3%). Tỉ lệ bệnh nữ 144(61,3%) nhiều hơn nam 91(38,7%). Nhập viện cấp

cứu chiếm tỉ lệ cao 154(65,5%). Triệu chứng nhập viện gồm là đau bụng 233(94,9%), vàng da 126(53,6%) và sốt 96(40,9%). Tiền căn sỏi OMC đã điều trị là 81(34,5%) trong đó NSMTND 19(8,1%), phẫu thuật 52(22,1%), phẫu thuật và NSMTND 10(3,4%). Bạch cầu tăng lúc nhập viện có 221(51,5%). Tăng Billirubin tòa phần lúc nhập viện là 190(81%), tăng ALT và AST lúc nhập viện lần lượt là 178(75,7%) và 186(79,1%) bệnh.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học trước NSMTND

Kích thước sỏi nhỏ hơn 15mm là 118(50%) và chỉ có 5(2%) bệnh có sỏi ≥ 30 mm. Đa số bệnh có 1 viên sỏi lớn 145(61,6%), 2 viên có 11(4,8%) bệnh, sỏi nhiều từ trên 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn trong đường mật chiếm 79(33,6%) bệnh. Đường kính OMC dẫn dưới 20mm có 157(66,8%) bệnh, trên 30mm chỉ có 12(5,3%).

Sỏi đường mật trong gan đồng thời có 20(8,5%) bệnh, viêm túi mật do sỏi có 4(1,7%) bệnh, sỏi túi mật 38(16,2%), bùn túi mật 12(5,1%), đã được cắt túi mật 49(20,9%) và viêm tụy phù nề 6(2,6%).

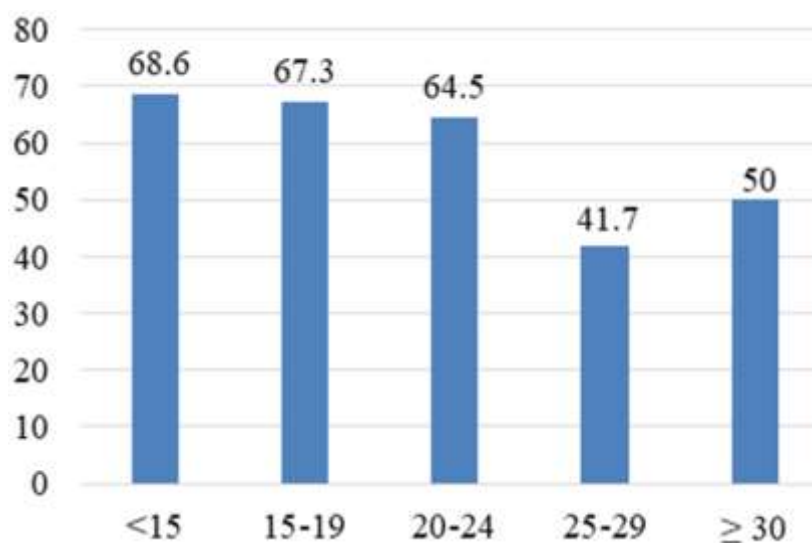
Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh học của sỏi và ống mật chủ

Đặc điểm	Nhóm thành công	Nhóm thất bại	Dân số chung	Trị số p
	156(66,4%)	79(33,6%)	235(100%)	
Kích thước sỏi OMC (mm)				
<15	81(52,2)	36(45,7)	118(50)	0,39
15-19	43(27,6)	20(25,7)	63(27)	
20-24	23(14,9)	12(15,7)	36(15,2)	
25-29	6(3,7)	8(10)	14(5,9)	
≥ 30	2(1,5)	2(2,9)	5(2)	
Số lượng sỏi OMC				
1 viên	107(68,3)	38(48,6)	145(61,6)	0,01
2 viên	10(6,5)	1(1,4)	11(4,8)	
>3 viên hoặc sỏi đóng khuôn	39(25,2)	40(50)	79(33,6)	

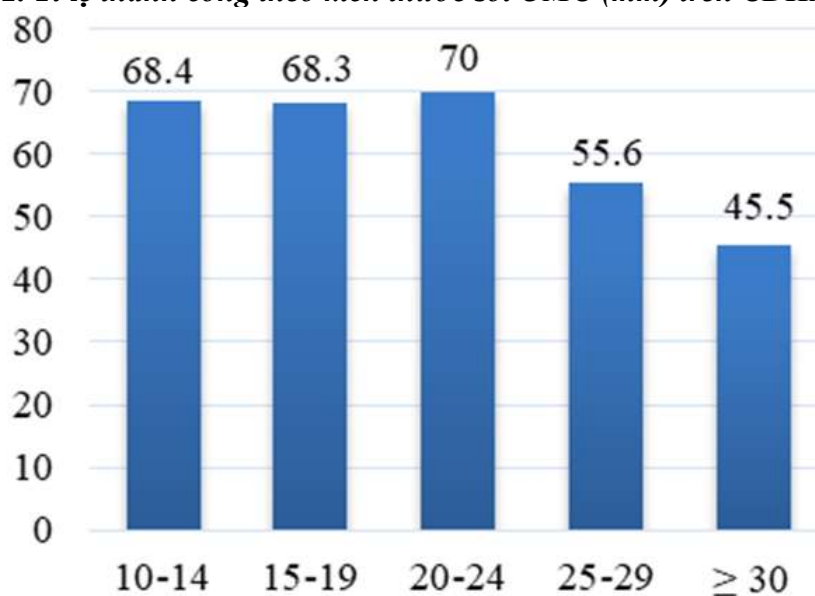
Đường kính OMC (mm)				
10-14	59(37,7)	27(34,3)	86(36,5)	0,46
15-19	49(31,2)	23(28,6)	71(30,3)	
20-24	32(20,3)	14(17,1)	45(19,2)	
25-29	11(7,2)	9(11,4)	20(8,7)	
≥ 30	6(3,6)	7(8,6)	12(5,3)	

3.4. Kết quả lấy sỏi và biến chứng sau NSMTND

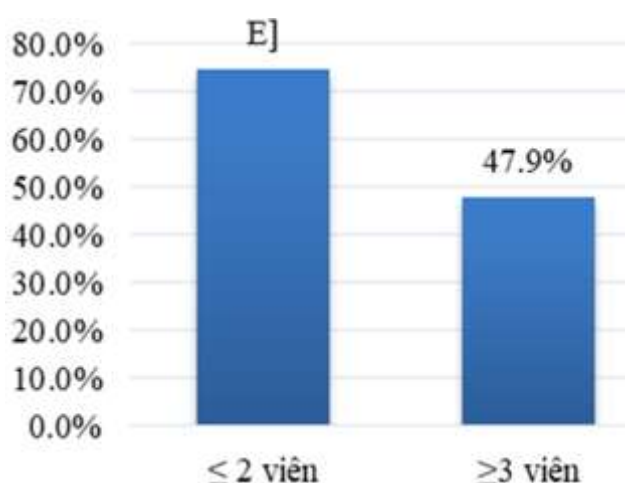
Phương pháp tán chúng tôi sử dụng gồm cả bộ tán trong và bộ tán ngoài. Phân tích tỉ lệ thành công tán sỏi theo các đặc điểm hình ảnh học sỏi và đường mật cho kết quả như biểu đồ sau:



Biểu đồ 1. Tỉ lệ thành công theo kích thước sỏi OMC (mm) trên CDHA (p 0,39)



Biểu đồ 2. Tỉ lệ thành công theo đường kính OMC (mm) (p 0,46)



Biểu đồ 3. Tỷ lệ thành công số lượng sỏi OMC trên CĐHA ($p < 0,01$)

Trong nhóm tán sỏi thành công, số lần làm NSMTND nhiều nhất là 3 lần 20(12,8%), 2 lần 89(57,1%) và 1 lần 47(30,1%). Số lần tán nhiều nhất là 2 lần 15(9,6%) và 1 lần là 141(90,4%).

Viêm tụy hoại tử sau NSMTND có 2(0,9%) bệnh, trong đó có 1 bệnh đã có viêm tụy phù nề trước NSMTND và 1 bệnh khởi phát viêm tụy hoại tử sau NSMTND đặt dẫn lưu giải áp đường mật. Tăng Amylase máu đơn thuần mà không có biểu hiện viêm tụy trên chẩn đoán hình ảnh ghi nhận 16(7,7%) bệnh, trong đó tăng amylase sau tán sỏi là 11(7,1%) và 7(3%) bệnh chỉ cắt nhú.

Chảy máu sau NSMTND là biến chứng thường gặp có 8(3,5%). Trong đó, chủ yếu là chảy máu do cắt nhú 6(2,6%) còn chảy máu do tán sỏi chỉ 2(0,9%), có 2 bệnh nhân chảy máu do cắt nhú mức độ nặng phải truyền hồng cầu lắng. Đứt cáp bộ tán có 4(1,7%)

bệnh xảy ra khi dùng bộ tán ngoài, trong đó có 2 bệnh phải phẫu thuật cấp cứu và 2 bệnh được tán sỏi cứu vãn thành công bằng bộ tán trong. Nhóm bệnh nghiên cứu không ghi nhận có bệnh thủng tá tràng.

Một bệnh nhân nặng xin về sau phẫu thuật lấy sỏi OMC ở nhóm tán sỏi thất bại do nhiễm trùng huyết nặng. Trong nhóm tán sỏi thành công ghi nhận có 15(9,7%) bệnh bị sỏi cần can thiệp lại trong vòng 6 tháng. Trong đó, NSMTND lại 11(7,1%) và phẫu thuật 4(2,6%).

3.5. Nguyên nhân tán sỏi thất bại và những yếu tố dự đoán tán sỏi thất bại

Nguyên nhân làm tán sỏi thất bại chủ yếu là sỏi lớn và nhiều gây bít lòng OMC không mở được rọ tán sỏi 77(97,5%), nguyên nhân còn lại là đứt cáp rọ tán phải phẫu thuật cấp cứu 2(2,5%). Phân tích Logistic đơn biến các yếu tố trước khi làm NSMTND:

Bảng 2. Yếu tố tiên lượng khả năng tán sỏi thất bại

Yếu tố tiên lượng	OR (CI 95%)	p
Bilirubin TP $\geq 85\text{mmol/l}$	0,919 (0,484-1,746)	0,8
ĐK sỏi $\geq 25\text{mm}$	2,677 (0,952-7,527)	0,06
Số lượng sỏi ≥ 3 viên hoặc đóng khuôn	3,204 (1,794-5,722)	$< 0,01$
ĐK OMC $\geq 25\text{mm}$	2,050 (0,927-4,535)	0,08
Tỷ lệ ĐK sỏi/OMC ≥ 1	1,253 (0,692-2,266)	0,46

(Ghi chú: TP: toàn phần, ĐK: Đường kính)

Số lượng sỏi ≥ 3 hoặc sỏi đóng khuôn trong đường mật trên chẩn đoán hình ảnh là yếu tố giúp dự đoán kết quả khả năng lấy sỏi thất bại.

IV. BÀN LUẬN

Nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND) tại bệnh viện Bình Dân có tỉ lệ lấy sỏi thành công chung là 96,9%, trong đó có nhiều bệnh sỏi lớn OMC cần tán cơ học⁴. Nghiên cứu chúng tôi hồi cứu được tổng số bệnh nhân sỏi lớn OMC là 235 bệnh sỏi lớn OMC được làm NSMTND.

Đa số bệnh lớn 40 tuổi, đặc biệt bệnh lớn tuổi (≥ 80 tuổi) chiếm 43(18,3%) và nữ chiếm đa số 144(61,3%). Triệu chứng phổ biến nhất là đau bụng 233(94,9%), vàng da 126(53,6%) và sốt 96(40,9%), có đến 154(65,5%) bệnh phải nhập cấp cứu. Tiền căn có sỏi OMC đã điều trị là 1(34,5%) trong đó NSMTND 19(8,1%), phẫu thuật 52(22,1%), phẫu thuật và NSMTND 10(3,4%). Bất thường xét nghiệm chủ yếu là tăng Billirubin toàn phần 190(81%), tăng ALT 178(75,7%), tăng ALT 186(79,1%) và tăng bạch cầu 221(51,5%). Điều đó cho thấy đa số bệnh sỏi lớn OMC đã có biến chứng tắc mật và nhiễm trùng.

Kích thước sỏi trên chẩn đoán hình ảnh đa số có kích thước trung bình 10-20mm chiếm 183(77%), kích thước trên 20mm là 52(23%), đặc biệt sỏi ≥ 30 mm 5(2%). Số lượng 1 viên sỏi lớn 145(61,6%), 2 viên có 11(4,8%), nhiều sỏi (≥ 3 viên) hoặc sỏi lấp đầy OMC chiếm 79(33,6%). Như vậy, nhiều sỏi là tình trạng phổ biến và một vấn đề gây khó khăn cho nội soi tán sỏi.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tán sỏi thành công chung là 156(66,4%). Tỉ

lệ này của chúng tôi tương đồng với tác giả José A. Gutiérrez-Bermúdez là 68%⁵ và thấp hơn của tác giả Wen-Hsiung Chang với tỉ lệ tán thành công là 84%³. Khi phân tích tỉ lệ tán sỏi thành công theo kích thước sỏi ta thấy có sự giảm dần tỉ lệ thành công khi kích thước sỏi lớn dần, mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Kích thước sỏi nhỏ hơn 25mm có tỉ lệ thành công khoảng 64,5%-68,6% nhưng sỏi lớn 25mm tỉ lệ giảm còn 41,7%-50%. Khuynh hướng giảm tỉ lệ thành công khi kích thước sỏi tăng dần cũng được nhiều tác giả báo cáo. Một nghiên cứu đa trung tâm của Mỹ ghi nhận tỉ lệ thành công ở nhóm sỏi có kích thước dưới 20 mm khá cao khoảng 90% -100%, trong khi đối với những viên sỏi lớn hơn thì tỉ lệ này giảm còn 68%-83%⁶.

Khi phân tích theo độ dẫn OMC, OMC dẫn dưới 25mm thì tỉ lệ thành công khá cao khoảng 68,4%-70% nhưng OMC lớn hơn 25mm thì tỉ lệ này giảm còn khoảng 45,5%-55,6%. Điều này có thể do mức độ dẫn của OMC tương ứng với kích thước sỏi. Khi phân tích theo số lượng sỏi thì có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ thành công giữa nhóm ít sỏi (≤ 2 viên sỏi) 74,7% so với nhóm nhiều sỏi (≥ 3 viên hoặc đóng khuôn trong OMC) 47,9%. Điều này phù hợp với thực tế, càng nhiều viên sỏi sẽ chiếm hết lòng OMC là khó khăn trong quá trình tán sỏi và kéo sỏi ra ngoài.

Trong nhóm tán sỏi thành công, số lần làm NSMTND nhiều nhất là 3 lần 20(12,8%), 2 lần 89(57,1%) và 1 lần 47(30,1%). Số lần tán nhiều nhất là 2 lần 15(9,6%) còn đa số là tán 1 lần 141(90,4%). Một số nghiên cứu khác cũng cho thấy cần nhiều lần NSMTND để làm sạch sỏi. Nghiên cứu của Chang và cs có tỉ lệ thành công được

báo cáo cho lần NSMTND đầu tiên là 70% và tỷ lệ loại thành công chung sau nhiều lần BML là 90%³. Theo Akcakaya và cs, tỉ lệ tán thành công trong lần đầu tiên là 81% trong khi 19% cần nhiều lần NSMTND để lấy sạch sỏi⁷. Mặc dù, nghiên cứu của chúng tôi có đến 90,4% chỉ cần 1 lần tán sỏi nhưng cần đến NSMTND 2-3 lần nhằm giảm nguy cơ sót sỏi sau NSMTND.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận viêm tụy hoại tử sau NSMTND có 2(0,9%) bệnh nhưng không do tán sỏi và có 1 bệnh đã có viêm tụy từ trước NSMTND. So với kết quả nghiên cứu của Wen-Hsiung Chang ghi nhận tỉ lệ viêm tụy cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, 7% ở nhóm tán sỏi thành công và 15% ở nhóm lấy sỏi thất bại nhưng sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,154$)³. Như vậy, viêm tụy sau NSMTND là biến chứng chung của NSMTND không liên quan đến tán sỏi. Tăng Amylase máu đơn thuần mà không có biểu hiện viêm tụy trên chẩn đoán hình ảnh sau tán sỏi là 11(4,7%) bệnh cao hơn có ý nghĩa ($P < 0,01$) so với 7(3%) bệnh chỉ cắt nhú. Như vậy, tán sỏi vẫn là một thủ thuật an toàn đối với tụy.

Biến chứng chảy máu sau cắt nhú đơn thuần là 6(2,6%) và chảy máu sau tán sỏi chỉ có 2 (0,9%) bệnh. Chảy máu mức độ nặng có 2 bệnh ở nhóm chỉ cắt nhú. Một nghiên cứu khác của Chang và cs ghi nhận tỉ lệ chảy máu ở nhóm tán sỏi thành công là 3,7% và nhóm thất bại là 6,2% ($p = 0,366$)³. Do đó, tán sỏi không làm tăng nguy cơ chảy máu. Đứt rọ tán 4(1,7%) trong đó, 2 bệnh được phẫu thuật lấy rọ và 2 bệnh được tán cứu vẫn thành công. Biến chứng liên quan đến rọ tán cũng được nghiên cứu của Thomas ghi nhận

tỷ lệ đứt rọ (1,7%), đứt dây cáp (1,2%), gãy tay cầm (1,1%)⁸. Như vậy, đứt rọ là một tai biến ít gặp và tỉ lệ này tại bệnh viện của chúng tôi tương tự như các trung tâm khác.

Nguyên nhân tán sỏi thất bại chủ yếu do sỏi lớn hoặc sỏi gây bít lòng OMC làm rọ tán không bắt được sỏi 77(97,5%) và đứt dây cáp rọ tán 2(2,5%). Tác giả Chang cũng ghi nhận kết quả tương tự, tán sỏi thất bại do sỏi lớn hoặc nhiều sỏi là 27/32(84,4%)³. Phân tích của chúng tôi về các yếu tố dự đoán khả năng tán sỏi thất bại gồm Billirubin toàn phần, đường kính sỏi, đường kính OMC, tỉ lệ đường kính sỏi và OMC, số lượng sỏi OMC. Chỉ số lượng sỏi trên 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn là yếu tố dự đoán lấy sỏi thất bại. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cũng phân tích tìm các yếu tố giúp dự đoán kết quả tán sỏi cơ học. Theo tác giả Lee và cs, sỏi kẹt, kích thước (≥ 30 mm) và tỷ lệ kích thước sỏi trên đường kính ống mật (≥ 1) là những yếu tố dự báo có ý nghĩa cho tán sỏi cơ học thất bại qua nội soi^{1,2}. Tác giả Cipolletta thì cho thấy kích thước viên sỏi là yếu tố duy nhất dự đoán kết quả tán sỏi ($p = 0,002$)¹. Như vậy, chưa có một bằng chứng thuyết phục về yếu tố giúp dự đoán kết quả tán sỏi.

V. KẾT LUẬN

NSMTND kết hợp với tán sỏi cơ học là phương pháp hiệu quả trong điều trị sỏi lớn OMC. Về tính an toàn, tán sỏi cơ học có làm tăng amylase máu nhưng không làm tăng nguy cơ viêm tụy hoại tử và chảy máu. Tuy nhiên, sót sỏi sau tán sỏi là vấn đề thường gặp. Số lượng sỏi ≥ 3 viên hoặc sỏi đóng khuôn đường mật là yếu tố làm tăng nguy cơ tán sỏi thất bại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhaves Doshi, Ichiro Yasuda, Shomei Ryozaawa, et al.** Current endoscopic strategies for managing large bile duct stones. *Digestive Endoscopy* 2018;30:59-66.
2. **Edoardo Troncone, Michelangela Mossa, Pasquale De Vico.** Difficult Biliary Stones: A Comprehensive Review of New and Old Lithotripsy Techniques. *Medicina*. 2022;58:120.
3. **Wen-Hsiung Chang, Cheng-Hsin Chu, Tsang-En Wang, et al.** Outcome of simple use of mechanical lithotripsy of difficult common bile duct stones. *World J Gastroenterol*. 2005;11(4): 593–596.
4. **Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Ngọc Tuấn.** Kết quả lấy sỏi đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong 5 năm tại bệnh viện Bình dân (06/2005- 06/2010). *Tạp chí gan mật Việt Nam*. 2011;số 16 - 17:116-124.
5. **José A. Gutiérrez-Bermúdez, Raúl Adalid-Martínez, Alfredo Güitrón-Cantú.** Litotripsia mecánica vía endoscópica en el manejo de coledocolitiasis de difícil extracción. *Rev Gastroenterol Mex*. 2006;Vol. 71(1)
6. **Shaw MJ, Mackie RD, Moore JP, et al.** Results of a multicenter trial using a mechanical lithotripter for the treatment of large bile duct stones *Am J Gastroenterol* 1993;88:730-733.
7. **Akcakaya A, Ozkan OV, Bas G, et al.** Mechanical lithotripsy and/or stenting in management of difficult common bile duct stones. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2009;8:524-528.
8. **Thomas, Miriam, Howell, et al.** Mechanical Lithotripsy of Pancreatic and Biliary Stones Complications and Available Treatment Options Collected From Expert Centers. *American Journal of Gastroenterology* 2007;102(9):1896-1902.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI KHÂU TREO TRỰC TRÀNG BẰNG LƯỚI TRONG ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG

Bùi Thị Huyền¹, Nguyễn Dương Anh Trường²,
Nguyễn Quốc Sơn³, Lê Phong Huy³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khôỉ sa trực tràng khi đi tiêu là một trong những triệu chứng ở những người bệnh yếu sàn chậu. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả cải thiện triệu chứng đi tiêu, chất lượng cuộc sống của người bệnh sau phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, có 31 trường hợp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới từ ngày 01 tháng 01 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi thu thập những thông tin về giới tính, tuổi, thời gian phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, triệu chứng đi tiêu sau mổ (bao gồm: táo bón, khôỉ sa khi tiêu), chất lượng cuộc sống sau mổ, mức độ hài lòng người bệnh sau mổ.

Kết quả: Độ tuổi chẩn đoán sa trực tràng từ 23 đến 88 tuổi, trung bình là 74 tuổi. Phần lớn là nữ giới, chiếm tỉ lệ 90,3%. 03 người bệnh đã phẫu thuật điều trị sa trực tràng qua ngã hậu môn trước đó, chiếm tỉ lệ 9,7%. Thời gian phẫu thuật

trung bình là 3 tiếng 30 phút. Số ngày nằm viện hậu phẫu trung bình là 4 ngày. Không có trường hợp nào tổn thương niệu quản, cơ quan lân cận và chảy máu sau mổ. Triệu chứng táo bón được cải thiện với tỉ lệ 61,1%, không còn triệu chứng táo bón chiếm 33,3% trường hợp. 100% bệnh nhân cải thiện triệu chứng khôỉ sa trực tràng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới là một phương pháp điều trị an toàn, biến chứng thấp, cải thiện đáng kể triệu chứng đi tiêu và chất lượng cuộc sống người bệnh sau mổ.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC VENTRAL MESH RECTOPEXY FOR RECTAL PROLAPSE

Introduction: Rectal prolapse during defecation is one of the symptoms in patients with weak pelvic floor. This study was conducted to evaluate the results of improved defecation symptoms and quality of life of patients after laparoscopic rectal mesh suspension.

Materials and Methods: Retrospective study, there were 31 cases of laparoscopic ventral mesh rectopexy from January 1, 2018, to December 31, 2024, at Binh Dan Hospital. We collected information on gender, age, surgery time, postoperative complications, postoperative bowel symptoms (including constipation, prolapse), postoperative quality of life, and patient satisfaction after surgery. Constipation symptoms improved in 61.1% of cases, and no more constipation symptoms in 33.3% of cases.

¹Thạc Sĩ, Bác sĩ chuyên khoa I – Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bác sĩ nội trú – Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bác sĩ chuyên khoa II – Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Huyền

SĐT: 0399440302

Email: buihuyencat@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

100% of patients improved rectal prolapse symptoms.

Results: The age of rectal prolapse diagnosis ranged from 23 to 88 years old, with an average of 74 years old. The majority were female, accounting for 90.3%. Three patients had undergone previous surgery for rectal prolapse through the anus, accounting for 9.7%. The average surgical time was 3 hours and 30 minutes. The average number of days in hospital after surgery was 4 days. There were no cases of injury to the ureter, adjacent organs, or postoperative bleeding.

Conclusions: Laparoscopic ventral mesh rectopexy is a safe treatment method with low complications, significantly improving bowel symptoms and quality of life of patients after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các triệu chứng liên quan đến sa trực tràng có thể rất đa dạng và thay đổi. Hội chứng đại tiện tắc nghẽn là một vấn đề phức tạp bao gồm cảm giác đại tiện không hết, rặn kéo dài, đi tiêu nhiều lần và són tiểu hậu môn. Mặc dù hội chứng này thường kèm theo sa trực tràng trong hơn 90% các trường hợp, nhưng không rõ mối quan hệ này là nguyên nhân, biến chứng hay chỉ là sự liên quan. Điều này dẫn đến những tranh cãi giữa các chuyên gia về việc liệu phục hồi giải phẫu có cải thiện các triệu chứng táo bón của bệnh nhân hay không¹. Tuy nhiên, khi có triệu chứng khối sa trực tràng khi tiêu, chỉ định phẫu thuật giúp cải thiện triệu chứng và chất lượng cuộc sống hơn. Phẫu thuật bao gồm cắt đoạn trực tràng sa hoặc xâm lấn tối thiểu bằng cách khâu treo trực tràng bằng lưới².

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, ghi nhận 31 trường hợp phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới từ ngày 01 tháng 01 năm 2018 đến ngày 31 tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu thu thập những thông tin về giới tính, tuổi, thời gian phẫu thuật (tính theo giờ), biến chứng hậu phẫu (nhiễm trùng, tổn thương cơ quan lân cận, chảy máu), tiền căn phẫu thuật sa trực tràng. Tuổi người bệnh được tính bằng cách: Tuổi = (năm chẩn đoán) – (năm sinh).

Chúng tôi thu thập dữ liệu về mức độ cải thiện các triệu chứng sau mổ chất lượng cuộc sống, mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ thông qua thông tin người bệnh cung cấp qua điện thoại.

Phương pháp phẫu thuật được tiến hành như sau: Người bệnh được mê nội khí quản, tư thế Trendelenburg, khép tay phải. Tiến hành cố định tử cung vào thành bụng trước. Phẫu tích mở phúc mạc từ ụ nhô đến Douglas, bảo tồn dây thần kinh hạ vị. Bóc tách phúc mạc mặt trước trực tràng, vách âm đạo – trực tràng, tạo khoang tiền phúc mạc từ 2 gai chậu trước trên đến Douglas. Sử dụng 1 lưới 7.5x15cm cắt tạo hình chữ V, khâu dính 2 mặt bên trực tràng vào ụ nhô. Sử dụng 1 lưới 7.5x15cm cắt tạo hình chữ M, khâu dính mặt trước trực tràng vào 2 gai chậu trước trên bằng chỉ prolene. Phúc mạc được khâu kín tránh tình trạng dính lưới sau này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi và giới tính

Độ tuổi chẩn đoán sa trực tràng từ 23 đến 88 tuổi. Trường hợp từ 50 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ 93,5% (29 người bệnh), có 1 trường hợp 23 tuổi và 1 trường hợp 42 tuổi. Độ tuổi chẩn

đoán trung bình là 74. Độ tuổi trung bình ở phụ nữ là 75, ở nam giới là 59 tuổi.

Trong tổng số 31 người bệnh, chỉ có 3 nam giới, 28 trường hợp còn lại là phụ nữ (chiếm tỉ lệ 90,3%).

Tiền căn

03 người bệnh đã phẫu thuật điều trị sa trực tràng qua ngã hậu môn, chiếm tỉ lệ 9,7%. 03 trường hợp này có thời gian phát hiện sa trực tràng tái phát sau mổ lần lượt là 2 tháng, 8 tháng và 2 năm.

01 trường hợp có tiền căn sa bàng quang, chỉ điều trị bảo tồn, không can thiệp phẫu thuật

01 trường hợp can thiệp nội soi lấy sỏi niệu quản trái và tán sỏi ngoài cơ thể 3 lần.

Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật thay đổi từ 1 tiếng 30 phút đến 5 tiếng. Thời gian phẫu thuật trung bình là 3 tiếng 30 phút.

Thời gian nằm viện

Số ngày hậu phẫu ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 13 ngày. Số ngày hậu phẫu trung bình là 4 ngày. 30 trường hợp xuất viện trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật (chiếm tỉ lệ 96,8%). Chỉ có 1 trường hợp xuất viện sau 13 ngày phẫu thuật, với nguyên nhân nhiễm khuẩn niệu do viêm hẹp niệu quản nội thành (phát hiện trước mổ), bệnh nhân được chỉ định nội soi đặt JJ phải vào hậu phẫu 3 phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới.

Tai biến – Biến chứng

Không có trường hợp nào tổn thương niệu quản, cơ quan lân cận và chảy máu sau mổ. Không có trường hợp tử vong sau mổ.

01 trường hợp ghi nhận nhiễm trùng vết mổ gai chậu trước trên (vị trí khâu lưới) vào hậu phẫu ngày 10. Trường hợp này đáp ứng

điều trị nội khoa với kháng sinh, kháng viêm và không can thiệp phẫu thuật lại.

Theo dõi sau mổ

Trong 31 người bệnh, có 03 trường hợp tái nhập viện với những lý do sau: 01 trường hợp can thiệp tán sỏi bàng quang sau 3 tháng phẫu thuật, trường hợp này đã phát hiện sỏi bàng quang trước mổ. 01 người bệnh quay lại nhập cấp cứu với chẩn đoán tắc ruột do ung thư đại tràng xuống sau 1 năm phẫu thuật. Trường hợp này không ghi nhận có u đại tràng xuống trước và trong phẫu thuật. 01 trường hợp tái khám ghi nhận kết quả nội soi còn viêm trực tràng. Bệnh nhân này trước mổ đã có tình trạng viêm loét trực tràng mạn tính.

19 trường hợp liên lạc được với người thân hoặc bệnh nhân, 12 trường hợp tại thời điểm nghiên cứu không liên lạc được với bệnh nhân và người nhà. Trong 19 người bệnh liên lạc được, có 01 trường hợp tắc ruột do ung thư đại tràng xuống (phát hiện sau phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới 10 tháng), bệnh nhân được mổ cắt đại tràng trái kiểu Hartmann, vì vậy việc khai thác các triệu chứng sa trực tràng tái phát không được chính xác. Do đó chúng tôi thu thập thông tin từ 18 trường hợp còn lại. Thời gian theo dõi 18 người bệnh này từ thời điểm phẫu thuật đến ngày 31/12/2024 ngắn nhất là 5 tháng và dài nhất là 44 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 13 tháng.

Khai thác các triệu chứng táo bón, khối sa khi tiêu, chúng tôi thu nhận được kết quả theo Bảng 1 như sau:

Bảng 1: Triệu chứng sau mổ so với trước mổ (N=18)

	Táo bón	Khối sa khi tiêu
Không thay đổi	01 (5,6%)	0 (0%)
Còn nhưng giảm	11 (61,1%)	04 (22,2%)
Không còn	06 (33,3%)	14 (77,8%)

N: số mẫu

Kết quả cho thấy triệu chứng táo bón được cải thiện tốt với tỉ lệ 61,1%, có đến 33,3% người bệnh không còn triệu chứng táo bón sau mổ. 100% bệnh nhân đều cải thiện triệu chứng khối sa trực tràng khi đi tiêu. Có đến 77,8% trường hợp không còn triệu chứng sau mổ.

Đánh giá sự thay đổi chất lượng cuộc sống chủ quan của người bệnh, khảo sát ghi

nhận 17 trường hợp cảm thấy chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt (chiếm tỉ lệ 94,4%), có 01 trường hợp không thay đổi so với trước mổ.

100% người bệnh đánh giá từ hài lòng đến rất hài lòng về hiệu quả sau phẫu thuật, kết quả thể hiện ở Bảng 2.

Bảng 2: Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh sau mổ (N=18)

	N (%)
Rất hài lòng	6 (33,3%)
Hài lòng	12 (66,7%)
Bình thường	0
Không hài lòng	0
Rất không hài lòng	0

N: số mẫu

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới tính

Nghiên cứu này ghi nhận độ tuổi trung bình của người bệnh là 74 tuổi, đặc điểm cỡ mẫu tương đối già hơn so với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Theo Nikolaos (2024) độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,4². Khảo sát của Sanatan (2024) có tuổi trung bình bệnh nhân là 59, trẻ hơn so với nghiên cứu này và Nikolaos (2024)⁶. Trường hợp từ 50 tuổi trở lên ở nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ 93,5%, cao hơn nhiều so với khảo sát của Sanatan (2024) với tỉ lệ người bệnh từ 50 tuổi trở lên là 44,9%³. Đặc điểm cỡ mẫu lớn tuổi hơn ở nghiên cứu này có thể giải thích bởi nhiều bệnh nhân đã có triệu

chứng từ lâu nhưng không đến cơ sở y tế để chẩn đoán và điều trị sớm, hoặc chưa được chẩn đoán kịp thời. Do đó, việc lưu ý đến chẩn đoán đoán sa trực tràng để chỉ định các cận lâm sàng phù hợp giúp chẩn đoán sớm.

Chúng tôi ghi nhận nữ giới chiếm tỉ lệ 90,3% tương đồng với nghiên cứu của Sanatan (2024) với giới tính nữ chiếm tỉ lệ 91,5%³.

Tiền căn

03 người bệnh đã phẫu thuật điều trị sa trực tràng qua ngả hậu môn, chiếm tỉ lệ 9,7%, tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với khảo sát của Nikolaos 43% với người bệnh có tiền sử phẫu thuật sa trực tràng qua ngả hậu môn².

Thời gian nằm viện

Theo khảo sát của chúng tôi, số ngày hậu phẫu trung bình là 4 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nikolaos (2024) với số ngày nằm viện hậu phẫu trung bình là 3 ngày².

Tai biến – Biến chứng

Nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp nào tổn thương niệu quản, tử vong sau mổ, tương đồng với các khảo sát khác trên thế giới^{4,5}.

Theo dõi sau mổ

Theo dõi 18 trường hợp với thời gian trung bình 13 tháng, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có triệu chứng sa trực tràng tái phát, kết quả này tương đồng với Campagna (2024). Theo Campagna (2024) Không ghi nhận trường hợp tái phát trong thời gian theo dõi trung bình 12 tháng⁶. Khảo sát của Zhang (2024) với thời gian theo dõi dài hơn cũng cho kết quả tái phát rất thấp, cụ thể 4% trong thời gian theo dõi trung bình 59 tháng⁵.

Các triệu chứng người bệnh than phiền chính trước mổ như táo bón, khối sa trực tràng đều được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu, không tránh khỏi những thiếu sót trong thu thập dữ liệu, thời gian theo dõi còn ngắn, số lượng mẫu nhỏ. Vì vậy, khảo sát này giúp làm tiền đề cho sự hoàn thiện hơn của những nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm về phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng về sau.

V. KẾT LUẬN

Qua những kết quả trên, có thể thấy phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng bằng lưới là một phương pháp điều trị an toàn, khả thi.

Phương pháp này có tỉ lệ tai biến – biến chứng thấp, tỉ lệ tái phát thấp và giúp cải thiện đáng kể triệu chứng sa trực tràng cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Podzemny V, Pescatori LC. et al, "Management of obstructed defecation", World J Gastroenterol, 2015(21), pp. 1053-1060.
2. Nikolas E, Pauline B. et al, "Rectocele with obstructive defecation syndrome: Laparoscopic rectopexy or vaginal repair?" The French Journal of Urology, 2024(34), pp. 1-7
3. Sanatan B, Vishakha K, et al., « Comparison of Surgical Outcomes of Laparoscopic Ventral Lưới Rectopexy and stapled Transanal Rectal Resection for Managing Obstructed Defecation Syndrome", World Journal of Colorectal Surgery, 2024; 13(3) pp. 77-82.
4. Ergüder E, Verkade C, Wasowicz DK, Langenhoff BS, Altiner S, Zimmerman DDE. Laparoscopic ventral mesh rectopexy in the oldest old is safe: the race is run. Tech Coloproctol. 2024; 28(1) pp . 46
5. Zhang Y, Cao D, et al. "Laparoscopic ventral mesh rectopexy and anal sphincter plasty for complete rectal prolapse." Chinese Journal of General Surgery (2024): 207-210.
6. Campagna G., Giuseppe L., et al. "Recurrent pelvic prolapse after pelvic organ prolapse suspension (POPS): Analysis and treatment of an emerging clinical issue." European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 2024(302) pp. 1-6.

KẾT QUẢ TRUNG HẠN SAU 3 NĂM PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO ĐẠI TRÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI

Dương Bá Lập¹, Vương Thừa Đức¹, Trần Văn Minh Tuấn²,
Nguyễn Thanh Lâm Phú¹, Bùi Minh Tín¹, Tạ Thanh Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả trung hạn sau 3 năm của phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng phải theo kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME) trong điều trị ung thư đại tràng phải xâm lấn tại chỗ.

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca các bệnh nhân ung thư đại tràng phải được PTNS cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME tại khoa Ngoại tiêu hóa bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Từ tháng 07/2017 đến tháng 01/2021 có 70 bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, trong đó có 34 bệnh nhân nam (48,6%), tuổi trung bình $52,7 \pm 15,2$ (23 – 92). Thời gian phẫu thuật trung bình là $188,6 \pm 42,6$ phút (105 – 290) với lượng máu mất trung bình là $75,9 \pm 41,3$ mL (10 – 200), số hạch trung bình nạo được là 25 ± 10 (8 – 59). Tỷ lệ biến chứng nặng theo phân độ Clavien - Dindo là 7%, bao gồm 5,6% độ III (1 viêm tụy cấp, 1 tắc ruột, 2 rò miệng nối) và 1,4% độ IV (trường hợp xì miệng nối phải mổ

lại). Không có tử vong sớm sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $8,13 \pm 2,3$ ngày (6 – 19). Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, 100% đạt R0, 41,4% có di căn hạch (bao gồm 24,3% di căn N1 và 17,1% di căn N2). Có 58,6% ở giai đoạn II và 41,4% ở giai đoạn III. Sau 3 năm theo dõi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ là 82,86%. Có 2 trường hợp di căn xa (3,1%) và 1 trường hợp tái phát miệng nối (1,55%).

Kết luận: PTNS cắt đại tràng phải áp dụng kỹ thuật CME là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả về mặt ung thư học và có thể áp dụng chọn lọc cho các trường hợp ung thư đại tràng phải xâm lấn tại chỗ.

Từ khóa: kết quả trung hạn, phẫu thuật nội soi, cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, ung thư đại tràng phải xâm lấn tại chỗ.

SUMMARY

CLINICAL AND ONCOLOGICAL MID-TERM OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY WITH COMPLETE MESOCOLIC EXCISION

Objective: To evaluate the safety and mid-term outcomes of laparoscopic right hemicolectomy with complete mesococolic excision for treating locally invasive, right colon cancer.

Patient and methods: Case series report of locally invasive right colon cancer patients underwent laparoscopic right hemicolectomy with complete mesococolic excision at

¹Khoa Ngoại tiêu hóa, Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại tổng quát, Khoa Y - Đại học Quốc gia thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Bá Lập

SĐT: 0399050527

Email: balapbvbd@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Gastrointestinal Surgical Department, Binh Dan Hospital.

Results: From July 2017 to Jan 2021, 70 patients were operated, 48.6% is male, mean age is 52.7 ± 15.2 . The mean operation time was 188.6 ± 42.6 min (105 – 290 min), the mean blood loss was 75.9 ± 41.3 mL and the mean lymph nodes harvested were 25 ± 10 (8 – 59). The morbidity was 7 % in which 5,6% in Clavien – Dindo III (pancreatitis, ileus, sub – clinical leakage) and 1,4% in Clavien – Dindo IV (anastomosis leakage). There are no early postoperative mortality, 1 case have to reoperation. The mean post operative hospital stay was 8.13 ± 2.3 days (6 – 19). About oncological results, 100% have R0 resection margin, 41,4% have lymph node metastasis (24,3% N1 and 17,1% N2). The 3 – year OS was 82,86%, within 3,1% metastasis and 1,55% recurrence.

Conclusion: This report demonstrated laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision is safe, technically feasible, oncologically effective and may apply selectively to patients have locally advanced right colon cancer.

Keywords: mid – term results, laparoscopy, complete mesocolic excision, right hemicolectomy, locally invasive colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, ung thư đại tràng là bệnh lý ác tính thường gặp thứ 4 trên thế giới, đứng hàng đầu trong các loại ung thư đường tiêu hóa. Theo dữ liệu ghi nhận trên toàn thế giới, có khoảng 1.142.286 ca hiện mắc và khoảng 538.169 ca tử vong, trong đó, khu vực Châu Á chiếm tỷ lệ cao nhất cả về số ca mới mắc, tử suất và tần suất (lần lượt là 46,6%, 46,2% và 44,7%). Tại Việt Nam, theo số liệu năm 2018, ung thư đại trực tràng

đứng hàng thứ 4 ở nam (sau ung thư gan, phổi và dạ dày), đứng hàng thứ 2 ở nữ (sau ung thư vú). Điều trị chủ yếu hiện vẫn là phẫu thuật, các phương pháp khác chỉ là hỗ trợ để gia tăng thời gian sống thêm sau mổ và hạn chế tái phát.

Với hy vọng cải thiện kết quả điều trị ung thư đại tràng, năm 2008, Hohenberger¹ và cộng sự đã giới thiệu phương pháp mổ mở cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME). Nguyên lý của phẫu thuật CME là phẫu tích vào mặt phẳng mô phôi - giải phẫu phân cách giữa mạc treo đại tràng và mạc thành sau để lấy bỏ toàn bộ hạch bạch huyết trong bao mạc treo và cột tận gốc mạch máu nuôi đoạn đại tràng có khối u. Cùng với xu hướng phát triển chung trong phẫu thuật, kỹ thuật CME ngày càng được thực hiện nhiều hơn qua phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên, các chứng cứ hiện có vẫn chưa đủ thuyết phục để phẫu thuật CME nội soi được xem là phẫu thuật tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại tràng. Vấn đề cần quan tâm là tính an toàn và hiệu quả nạo vét hạch; tiêu chuẩn xác định phẫu thuật đạt chất lượng; kết quả ung thư học của phẫu thuật nội soi CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

Từ mối quan tâm này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả sớm (tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ tai biến-biến chứng, tử vong) và các yếu tố ảnh hưởng của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

2. Đánh giá chất lượng và hiệu quả của phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME cùng các yếu tố liên quan thông qua khảo sát chỉ số hình thái bệnh phẩm và số lượng hạch nạo vét được.

3. Khảo sát tình trạng di căn hạch và đánh giá kết quả trung hạn (3 năm) về ung

thư học: sống còn toàn bộ, tỷ lệ di căn-tái phát sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME trong điều trị ung thư đại tràng phải.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân ung thư đại tràng phải xâm lấn tại chỗ được PTNS cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME từ tháng 7/2017 đến tháng 1/2021.

Tiêu chuẩn chọn vào: 1) Bệnh nhân ung thư đại tràng phải xâm lấn tại chỗ (T4a,M0); 2) Không có bệnh lý nội khoa có chống chỉ định phẫu thuật nội soi.

Tiêu chuẩn loại trừ: 1) Có u đồng kỳ trên đại trực tràng; 2) Có biến chứng tắc ruột; 3) Có mặt phẳng phẫu tích xấu (mặt phẳng trong cơ).

Các biến số khảo sát: 1) Kết quả sớm (thời gian mổ, tai biến trong mổ, lượng máu mất, tỷ lệ chuyển mổ mở, tỷ lệ biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ); 2) Chất lượng và hiệu quả nạo vét hạch (chỉ số hình thái bệnh phẩm, số hạch phẫu tích được); 3) Kết quả trung hạn sau 3 năm (sống thêm toàn bộ, tỷ lệ tái phát, tỷ lệ di căn).

Thu thập và xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Epidata để nhập số liệu, phần mềm Stata để phân tích và xử lý số liệu. Mô tả các biến số bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỷ lệ. So sánh khác biệt về tỷ lệ bằng phép kiểm X^2 , so sánh 2 trung bình bằng phép kiểm T-student, khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Tỷ lệ sống còn toàn bộ được phân tích bằng đường cong Kaplan – Meier.

Các bước tiến hành

Bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh nêu trên được lên chương trình mổ nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME, do

cùng một nhóm bác sĩ tham gia nghiên cứu thực hiện.

Bệnh nhân nằm ngửa, đầu cao, nghiêng trái, khớp chân. Mê nội khí quản. Phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân. Chúng tôi sử dụng 5 trocar, gồm 1 trocar ở rốn cho camera và 4 trocar thao tác cho phẫu thuật viên chính và người phụ mổ.

Chúng tôi thực hiện phẫu tích từ giữa ra bên, tiếp cận “động mạch trước” theo kỹ thuật của Bo Feng, bắt đầu từ vị trí của bó mạch hồi đại tràng để đi vào khoang sau mạc treo đại tràng phải, phẫu tích dọc theo bờ trái của tĩnh mạch mạc treo tràng trên, bộc lộ các nhánh động mạch nuôi đại tràng phải để thắt mạch máu tận gốc và nạo vét hạch. Trong trường hợp động mạch đi vòng sau tĩnh mạch mạc treo tràng trên, chỉ cần thắt mạch máu tại bờ trái của tĩnh mạch. Đối với động mạch đại tràng giữa, thắt nhánh phải nếu u nằm trước góc gan, thắt nhánh chính nếu u nằm từ góc gan về sau. Chú ý kiểm soát các nhánh tĩnh mạch đại tràng phải hợp thành thân chung Henle ở mặt trước tụy. Bóc tách lá sau mạc treo đại tràng phải ra khỏi mạc trước thận (mạc Gerota) từ trong ra ngoài đến đường trắng Todt và lên trên đến dây chằng gan đại tràng, chú ý bảo toàn sự nguyên vẹn của lá sau mạc treo đại tràng. Nạo vét nhóm hạch dưới môn vị và lấy thêm 10 cm mạc nối lớn từ môn vị lên trên nếu khối u nằm sau đại tràng góc gan. Giải phóng hoàn toàn đại tràng phải, cắt đại tràng phải và tái lập lưu thông bằng stapler.

Y đức của đề tài

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh chấp thuận cho phép thực hiện theo quyết định số 395/ĐHYD – HĐĐĐ, ngày 14/8/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 07/2017 đến ngày 01/2021 có 70 bệnh nhân được PTNS cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME.

Trong số 70 bệnh nhân có 34 nam (48,6%) với tuổi trung bình $52,7 \pm 15,2$. Có 7 bệnh nhân phải truyền máu trước mổ nhưng không có bệnh nhân nào cần phải truyền máu trong và sau mổ.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

		N = 70
Tuổi		52,7±15,2 (23 – 92)
Giới tính	Nam	34 (48,6%)
	Nữ	36 (51,4%)
BMI (kg/m²)	Trung bình	21,3±0,5 (15,7 – 27,6)
Triệu chứng	Đau bụng	62 (88,6%)
	Tiêu máu	5 (7,1%)
	Sụt cân	17 (24,3%)
	Thay đổi thói quen đi cầu	32 (45,7%)
Vị trí u trong ổ	Trước góc gan	56 (80%)
	Sau góc gan	14 (20%)

Thời gian phẫu thuật trung bình là $188,6 \pm 42,6$ phút (105 – 290) với lượng máu mất trung bình là $75,9 \pm 41,3$ mL (10 – 200).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

		N = 70
Thời gian phẫu thuật		188,6±42,6 phút (105 – 290)
Lượng máu mất		75,9±41,3 mL (10 – 200)
pT	T3	10 (14,3%)
	T4a	60 (85,7%)
Trung tiện lần đầu		2,2±0,6 ngày (1 – 4)
Thời gian ăn lại		2,3±0,6 ngày (1 – 4)
Thời gian sau mổ		8,13±2,3 ngày (6 – 19)

Có 1 trường hợp rách thanh mạc tá tràng do dụng cụ phẫu tích được khâu lại thanh mạc trong ổ và không có trường hợp nào bị tổn thương mạch máu lớn.

Tỉ lệ biến chứng chung sau mổ là 28,6%, không có trường hợp nào phải mổ lại.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

Biến chứng theo Clavien Dindo	Biến chứng sau mổ	n (%)
I	Nhiễm khuẩn vết mổ	10 (14,3)
	Tụ dịch, áp xe tồn lưu	4 (5,7)
II	Rò đường trap	1 (1,4)
	Viêm tụy	1 (1,4)
III	Tắc ruột sớm sau mổ	1 (1,4)
	Xi miệng nối (bảo tồn)	2 (2,8)

IV	Xi miệng nối (mổ lại)	1 (1,4)
	Không biến chứng	50 (71,4)
Tổng số		70 (100%)

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ, 100% đạt R0, 41,4% có di căn hạch (bao gồm 24,3% di căn N1 và 17,1% di căn N2). Có 58,6% ở giai đoạn II và 41,4% ở giai đoạn III

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

	Số BN	Tỷ lệ (%)
Mặt cắt sạch u (R0)	70	100
Mức độ biệt hoá		
Tốt	14	20
Vừa	47	67,1
Kém	9	12,9
Tỷ lệ di căn hạch		
Không	41	58,6
Di căn N1	17	24,3
Di căn N2	12	17,1
Giai đoạn		
II	41	58,6
III	29	41,4

Sau 3 năm theo dõi, tỷ lệ sống thêm toàn bộ là 82,86%. Có 2 trường hợp di căn xa (3,1%) và 1 trường hợp tái phát miệng nối (1,55%).

Bảng 5. Theo dõi sau mổ (N=64)

	n	%
Theo dõi >3 năm	58/64	90,6%
Sống thêm 3 năm	58/70	82,86%
Di căn trong 3 năm*	2/64	3,1%
Tái phát trong 3 năm	1/64	1,55%
Thời gian theo dõi sau mổ	56,0 ± 20,1 tháng (7 – 84) 56 (IQR 42,25 – 71)	
Trung bình		
Trung vị		

IV. BÀN LUẬN

Ung thư đại trực tràng là bệnh không phổ biến ở tuổi dưới 40, xuất độ tăng đáng kể trong độ tuổi từ 40 – 50 tuổi, và xuất độ đặc trưng theo nhóm tuổi tăng dần mỗi 10 năm về sau. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân ung thư đại trực tràng trên 50 tuổi là 79,2%. Riêng ung thư đại tràng phải, các nghiên cứu trong nước ghi nhận tuổi trung bình là từ 50 – 60 tuổi, các nghiên cứu nước ngoài ghi

nhận tuổi trung bình cao hơn, từ 60 – 70 tuổi²⁻⁴. Chỉ tính riêng ung thư đại tràng phải, theo một nghiên cứu đoàn hệ đa trung tâm ở 10 nước Châu Âu năm 2019, tỷ lệ hiện mắc ung thư đại tràng phải ở nữ cao hơn ở nam. Tuy nhiên, các nghiên cứu lâm sàng về ung thư đại tràng phải trong nước và trên thế giới lại không cho thấy xu hướng bệnh có ưu thế ở nữ như nhận định trên.

Bảng 6. Tuổi trung bình và phân bố theo giới của ung thư đại tràng phải

Nghiên cứu	Tuổi trung bình	Số BN nam/nữ
Bo Feng (2012) ²	65	18/17
Yong Wang (2017) ⁵	67	94/78
Degiuli (2022) ³	74	126/125
Nguyễn Hoàng Bắc (2015) ⁴	57,2	19/21
Hồ Hiến Long (2017) ⁶	54,8	36/44
Lê Huy Lưu (2018) ⁷	66,9	8/12
Nguyễn Anh Tuấn (2019) ⁸	61,4	49/25
Chúng tôi	52,7	34/36

Thời gian mổ trung bình của phẫu thuật cắt đại tràng nội soi đã được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu đa trung tâm lớn trên thế giới: 180 phút/nghiên cứu CLASSIC, 145 phút/nghiên cứu COLOR, 150 phút/nghiên cứu COST. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về phẫu thuật nội soi đại trực tràng trong giai

đoạn từ năm 2004 – 2010 có thời gian mổ trung bình thay đổi từ 115 đến 190 phút. Đối với PTNS cắt đại tràng phải, nhiều nghiên cứu với phương pháp phẫu thuật khác nhau như cắt toàn bộ mạc treo, nạo vét hạch, nạo hạch D3... cho kết quả sau:

Bảng 7. Thời gian mổ, lượng máu mất của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Danh pháp kỹ thuật	Thời gian mổ (phút)	Lượng máu mất (ml)
Nguyễn Hoàng Bắc (2015) ⁴	Cắt toàn bộ mạc treo (n=40)	124,7 ± 31,3 (70 – 180)	17,4 ± 12,23
Hồ Hiến Long (2017) ⁶	Nạo vét hạch (n=80)	144,3 ± 3,7 (90 – 240)	24,5 ± 1,5
Lê Huy Lưu (2018) ⁷	Nạo hạch D3 (n=20)	206 ± 42,3 (150 – 320)	106,1 ± 86,3
Nguyễn Anh Tuấn (2019) ⁸	Cắt toàn bộ mạc treo (n=74)	105,7 ± 30,5 (50 – 230)	28,2 ± 34,3
Yong Wang 2015 (n=172) ⁵		113,5 ± 34,4	74,2 ± 28,1
George 2014 (n=81) ⁹		220 (206 – 233)	116
Chúng tôi (2023)	Cắt toàn bộ mạc treo (n=70)	188,6 ± 42,5 (105 – 290)	75,9 ± 41,3

Theo nghiên cứu năm 2014 của George⁹ về đường cong học tập trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, thời gian phẫu thuật có thể kéo dài đến gần 250 phút cho những trường hợp đầu tiên, gấp đôi so với thời gian của một phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải quy ước, nhưng thời gian mổ sẽ rút ngắn lại

chỉ còn khoảng 200 phút khi kết thúc huấn luyện. Lượng máu mất trong mổ luôn là yếu tố được quan tâm trong các phẫu thuật nạo vét hạch. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo kỹ thuật CME thay đổi khá nhiều giữa các nghiên cứu. Sự khác biệt này phụ thuộc

nhiều yếu tố như đặc điểm bệnh nhân, đặc điểm bệnh lý, kinh nghiệm của phẫu thuật viên.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 28,6%. Theo phân loại Clavien – Dindo, chúng tôi có 10 ca (14,3%) có biến chứng độ I (nhiễm khuẩn vết mổ), 5 ca (7,1%) có biến chứng độ II, 4 ca (5,7%) biến chứng độ III và 1 ca (1,4%) biến

chứng độ IV. Năm 2014, phân tích gộp của Killeen S và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ của phẫu thuật CME cắt đại tràng lần lượt là 19,4% và 3,2%, tương đương với phẫu thuật cắt đại tràng quy ước. Tuy nhiên, trong nhóm phẫu thuật CME, có một số biến chứng ít gặp như viêm tụy, rò đường chấp, tổn thương mạch máu lớn

Bảng 8. Tỷ lệ biến chứng của các nghiên cứu

	N.H.Bắc (2015) ⁴	H.H.Long (2017) ⁶	L.H.Lưu (2018) ⁷	N.A.Tuấn (2019) ⁸	Chúng tôi
Số BN	40	80	20	74	70
Tụ dịch	5%	1,25%	5%	0	5,7%
Xi miệng nổi	0	0	0	1,4%	4,3%
Liệt ruột/ tắc ruột	0	1,25%	0	1,4%	1,4%
Chảy máu sau mổ	0	0	0	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	5%	0	4,1%	14,3%
Rò đường thấp	0	0	0	0	1,4%
Viêm tụy	0	0	0	0	1,4%
Nội khoa	5%	1,25%	5%	2,8%	0
Mổ lại	0	0	0	0	1,4%
Chung	10%	8,75%	10%	9,7% (1 TV)	28,6% BC nặng 7%

Kết quả ung thư học và theo dõi trung hạn sau 3 năm

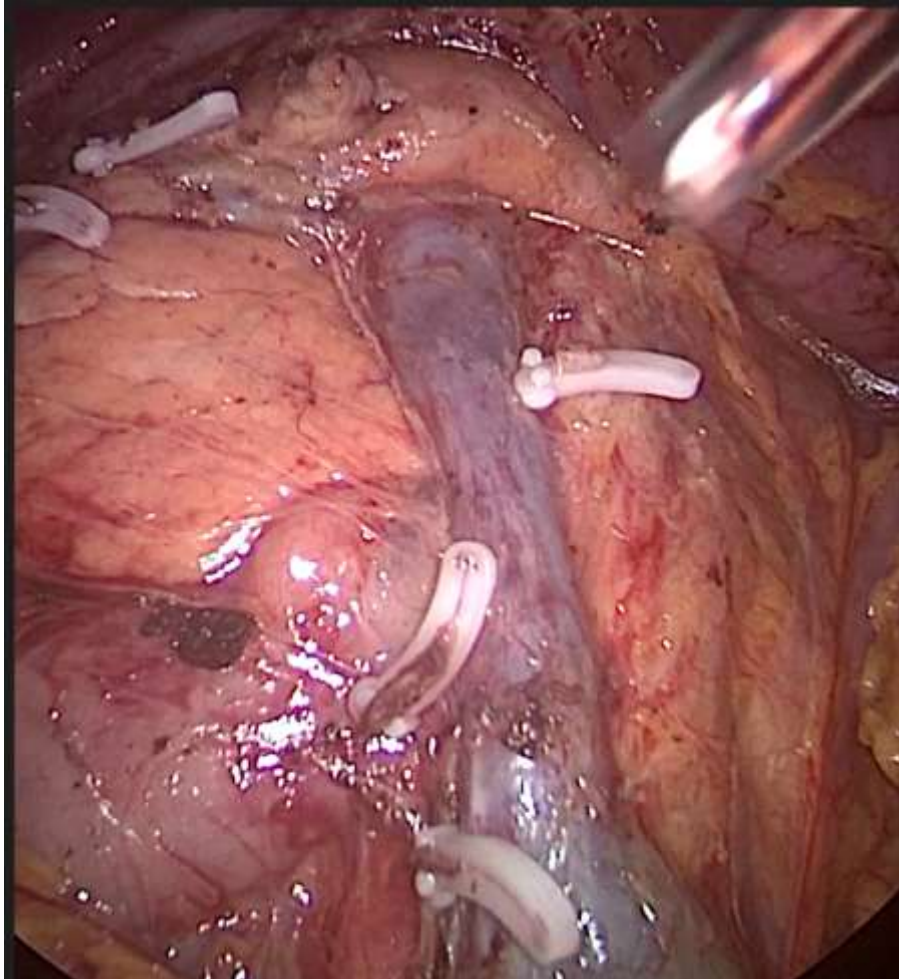
Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ di căn hạch chung là 41,4%, di căn hạch N1 là 24,3%, di căn hạch N2 là 17,1%. Khảo sát liên quan giữa di căn hạch và các yếu tố giới, vị trí u, mức độ xâm lấn T và độ biệt hoá, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Về tỷ lệ di căn hạch trong ung thư đại trực tràng, nghiên cứu của Nguyễn Văn Việt Hào ghi nhận 15,4% di căn hạch ở giai đoạn Dukes C1 và 61,6% có di căn hạch ở giai đoạn Dukes C2. Nghiên cứu của Lê Huy Hoà có tỷ lệ di căn hạch là 51,4%, không có mối tương quan giữa di căn hạch với giới tính, tuổi, độ xâm lấn của khối u. Đối với ung thư đại

tràng phải, nghiên cứu của Hồ Long Hiền⁶ có tỷ lệ di căn hạch là 40% (30% di căn N1, 10% di căn N2). Nghiên cứu của Phạm Văn Dũng có tỷ lệ di căn hạch là 29,2% (20,8 % di căn N1, 8,4% di căn N2). Năm 2020, Nguyễn Hữu Thịnh¹⁰ và cộng sự khảo sát bản đồ di căn hạch trên 40 bệnh nhân ung thư đại tràng phải. Kết quả cho thấy di căn xảy ra ở 8/9 nhóm hạch của đại tràng phải, nhiều nhất ở nhóm hạch dọc động mạch hồi đại tràng (45,7%). Di căn hạch gốc là 8,6%, tỷ lệ di căn nhảy cóc là 12,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ sống còn toàn bộ sau 3 năm là 82,86%, tương tự với nghiên cứu của Yong Wang⁵. Hiện tại, y văn đang trong đợi vào kết quả lâu dài của 2

nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên có đối chứng để kết luận về hiệu quả về ung thư học của PTNS CME có ưu việt hơn PTNS quy

ước trong điều trị ung thư đại tràng phải hay không.



Hình 1: Hình ảnh sau phẫu thuật CME

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt đại tràng phải áp dụng kỹ thuật CME là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả và có thể áp dụng thường qui cho hầu hết các trường hợp ung thư đại tràng phải còn chỉ định can thiệp phẫu thuật qua nội soi ổ bụng. Tuy nhiên cần có thêm những nghiên cứu theo dõi lâu dài nhằm đánh giá kỹ hơn về hiệu quả về mặt ung thư học của phẫu thuật này trong điều kiện nước ta.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hohenberger W, Weber K, Matzel K, Papadopoulos T, Merkel S.** Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. Colorectal disease: the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. May 2009;11(4):354-64;

- discussion 364-5. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01735.x
2. **Feng B, Sun J, Ling TL, et al.** Laparoscopic complete mesocolic excision (CME) with medial access for right-hemi colon cancer: feasibility and technical strategies. *Surgical endoscopy*. Dec 2012;26(12):3669-75. doi: 10.1007/s00464-012-2435-9
3. **Degiuli M, Aguilar AHR, Solej M, et al.** A Randomized Phase III Trial of Complete Mesocolic Excision Compared with Conventional Surgery for Right Colon Cancer: Interim Analysis of a Nationwide Multicenter Study of the Italian Society of Surgical Oncology Colorectal Cancer Network (CoME-in trial). *Annals of surgical oncology*. Mar 2024;31(3):1671-1680. doi:10.1245/s10434-023-14664-0
4. **Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh, TRẦN Xuân Hùng.** Kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư. 2015;19(1):166-170.
5. **Wang Y, Zhang C, Zhang D, Fu Z, Sun Y.** Clinical outcome of laparoscopic complete mesocolic excision in the treatment of right colon cancer. *World journal of surgical oncology*. 2017/09/18 2017;15(1):174. doi:10.1186/s12957-017-1236-y
6. **Hồ Hiền Long, Huỳnh Quyết Thắng.** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. 2017;21(2):295-300.
7. **Phan Thành Nghĩa, Nguyễn Tuấn Anh, Lê Huy Lưu.** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải nạo hạch D3. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 2019;22(6):133-138.
8. **Nguyen Anh Tuan, Nguyen Van Du, Nguyen To Hoai.** Laparoscopic complete mesocolic excision in right colon cancer: results of 74 cases. *Journal of military pharmaco-medicine N1*. 2019;
9. **Melich G, Jeong DH, Hur H, et al.** Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision provides acceptable perioperative outcomes but is lengthy--analysis of learning curves for a novice minimally invasive surgeon. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. Oct 2014;57(5):331-6. doi:10.1503/cjs.002114
10. **Nguyễn Hữu Thịnh, Phạm Ngọc Trường Vinh.** Phân bố hạch vùng di căn trong ung thư đại tràng phải. 2020;24(5):16-21.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP: CHĂM SÓC MÔM CỤT NHIỄM TRÙNG Ở NGƯỜI BỆNH ĐOẠN CHI DO TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE II

Nguyễn Thị Thùy Linh¹, Nguyễn Hoàng Huy¹, Huỳnh Kim Xuân Hằng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiễm trùng và hoại tử tại môm cắt chi là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến việc phẫu thuật cắt cụt ở mức cao hơn và có tỷ lệ tử vong cao ở bệnh nhân phải phẫu thuật cắt cụt chi dưới lớn, đặc biệt là ở bệnh nhân đái tháo đường mắc bệnh động mạch ngoại biên chi dưới (PAD). Việc chăm sóc vết thương ở những bệnh nhân này rất phức tạp và đầy thách thức, thường khó đạt được kết quả tối ưu.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi trình bày một ca lâm sàng điều trị thành công môm cắt đùi trái ở bệnh nhân đái tháo đường mắc bệnh động mạch ngoại biên (PAD). Quá trình chăm sóc vết thương bao gồm cắt lọc tích cực, điều trị kháng sinh, kiểm soát đường huyết và sử dụng dung dịch polyhexanide kết hợp betaine cùng với băng gạc hydrofiber chứa bạc.

Kết quả: Sau tám tuần chăm sóc vết thương tích cực, môm cắt nhiễm trùng đã lành hoàn toàn. Mười hai tháng sau, bệnh nhân có thể đi lại bằng chân giả tại vùng gối.

Kết luận: Chăm sóc vết thương tích cực với cắt lọc, sử dụng dung dịch polyhexanide kết hợp betaine cùng băng gạc hydrofiber chứa bạc đã

giúp loại bỏ hiệu quả nhiễm trùng, thúc đẩy quá trình lành vết thương và ngăn ngừa việc phải phẫu thuật cắt cụt ở mức cao hơn.

SUMMARY

SUCCESSFUL MANAGEMENT OF AN INFECTED AMPUTATION STUMP IN A PATIENT WITH LOWER EXTREMITY PERIPHERAL ARTERY DISEASE AND TYPE II DIABETES MELLITUS: A CASE REPORT

Introduction: Infection and necrosis of an amputated limb stump are leading causes of higher-level re-amputation and high mortality in patients undergoing major lower limb amputation, especially in diabetic patients with lower extremity peripheral artery disease (PAD). Wound care in these patients is complex and challenging, and achieving optimal outcomes is often difficult.

Methods: We present a case of successful treatment of a left thigh amputated stump in a diabetic patient with peripheral artery disease (PAD). Wound care included aggressive debridement, antibiotic therapy, glycemic control, and the use of polyhexanide and betaine solution in combination with silver-containing hydrofiber dressings.

Results: After eight weeks of intensive wound care, the infected stump was completely healed. Twelve months later, the patient was able to walk with a knee prosthesis.

Conclusion: Intensive wound care with aggressive debridement and the use of

¹Khoa Phẫu thuật Tim – Mạch máu, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thùy Linh
SĐT: 0907240990

Email: thlinh737@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

polyhexanide and betaine solution in conjunction with silver hydrofiber dressings effectively eradicated the infection, promoted wound healing, and prevented the need for a higher-level re-amputation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một trong những bệnh lý gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm, bao gồm biến chứng mạch máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh và các cơ quan: mắt, thận và tim. Đáng chú ý, loét chân và nhiễm trùng vết loét, đặc biệt ở những người bệnh ĐTĐ không kiểm soát tốt đường huyết, có thể dẫn đến đoạn chi, với tỷ lệ đoạn chi ở người bệnh ĐTĐ cao gấp 15-40 lần so với người không mắc ĐTĐ^[3].

Quá trình điều trị lành vết thương phẫu thuật do đoạn chi ở bàn chân ĐTĐ rất phức tạp và khó đạt được kết quả tối ưu. Nếu không kiểm soát tốt đường huyết dẫn đến tình trạng lưu thông máu không tốt, suy giảm miễn dịch từ đó gây nhiễm trùng vết mổ mủm cụt. Người bệnh ĐTĐ có nguy cơ nhiễm trùng vết thương cao gấp năm lần so với người bệnh không bị ĐTĐ.^[5]

Trong một nghiên cứu của Mohamad và cộng sự, tiến hành hồi cứu trên 21.449 người bệnh ĐTĐ, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật đoạn chi dưới là 6,8%^[8]. Một nghiên cứu khác của Al-Saadi và cộng sự cho thấy tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật đoạn chi dưới trên người bệnh mắc bệnh động mạch ngoại biên kèm ĐTĐ là 7,2%^[2]. Nhiễm trùng vết mổ mủm cụt là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến đoạn chi ở

mức cao hơn và tử vong trong quá trình nằm viện đối với người bệnh đoạn chi dưới^[10].

Do đó, điều trị nhiễm trùng mủm cụt tránh đoạn chi ở mức cao hơn giúp tăng khả năng hồi phục, vận động và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trong báo cáo này, chúng tôi trình bày một trường hợp nhiễm trùng mủm cụt sau đoạn chi trên gối do tắc động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTĐ, với nhiều thách thức trong điều trị và nguy cơ phải đoạn chi mức cao hơn, ảnh hưởng lớn đến khả năng phục hồi chức năng và chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, nhờ chiến lược điều trị phối hợp đa chuyên khoa bao gồm kiểm soát đường huyết chặt chẽ thông qua chế độ dinh dưỡng phù hợp và điều chỉnh insulin, kết hợp với cắt lọc nhiều lần và chăm sóc vết thương tích cực cũng như hỗ trợ tâm lý, bệnh nhân đã hồi phục mà không cần can thiệp phẫu thuật đoạn chi ở mức cao hơn. Trường hợp này nhấn mạnh vai trò của phương pháp điều trị cá thể hóa và cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn trong quản lý nhiễm trùng mủm cụt trên bệnh nhân ĐTĐ.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

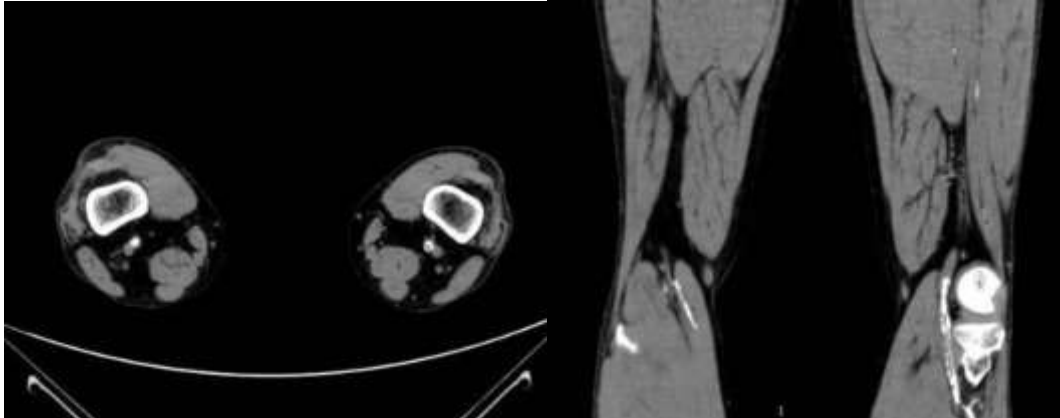
Người bệnh nam, 62 tuổi.

Ngày nhập viện: 21/02/2023

Lý do nhập viện: đau căng chân + bàn chân trái khi nghỉ.

Tiền căn: ĐTĐ type 2 (HbA1C: 11.7%, đường huyết lúc đói: 13.0 mmol/L), tăng huyết áp # 20 năm, đang điều trị.

Kết quả chụp MSCT mạch máu: tắc động mạch đùi nông và dưới gối chân trái do xơ vữa.



Chẩn đoán: Tắc động mạch đùi - khoeo trái/ ĐTĐ type 2

Phẫu thuật lần 1 (02/03/2023): Phẫu thuật bắc cầu động mạch đùi- động mạch khoeo dưới gối chân trái bằng tĩnh mạch hiển lớn đảo chiều. Hậu phẫu ngày 2, người bệnh đau nhiều chân (T), mất cảm giác vận động bàn ngón chân (T). Siêu âm mạch máu ghi nhận tắc cầu nối đùi khoeo chân (T).

Phẫu thuật lần 2 (04/03/2023): Phẫu thuật đoạn chi trên gối chân (T) Người bệnh được điều trị với kháng sinh Imipenem – cilastatin

0.5g + 0.5g liều 1 lọ x 4 /ngày. Hậu phẫu ngày 3, tình trạng vết mổ mồm cụt đùi (T) đỏ, đau, rỉ dịch hồng. Hậu phẫu ngày 6, mồm cụt ra dịch nâu, đục, hôi, hoại tử mép da và hoại tử cơ bên trong. Bệnh nhân được cắt chỉ bỏ mồm, cấy mũ kháng sinh đồ. Kết quả cấy mũ kháng sinh đồ: *Klebsiella pneumoniae* kháng Imipenem. Người bệnh được dùng kháng sinh theo kết quả kháng sinh đồ: Tazopenline 4,5 g 1 lọ x 3 lần/ ngày, Colistin 2MUI 2 lọ x 2 lần/ngày.

PHIẾU KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM
BMKT006-RC-001.XN

Họ tên: **ĐỒNG VĂN CHỨNG** Năm sinh: **1962** Giới tính: **Nam**
Địa chỉ: **16/1 Bạch Đằng, Phường 2, Thành phố Tân An, Long An** Điện thoại: **84918627597**
Phòng khám: **Khoa Phẫu Thuật** Chất lượng mẫu: ☒ Đạt ☐ Không đạt
Chẩn đoán: **I77.5** Thời gian nhận mẫu: **21:23 13/03/2023**
Chỉ định: **?** Ngày trả kết quả: **8:20 16/03/2023**
Người thực hiện: **CN.Trần Mộng Huyền Linh**
Đầu bệnh phẩm: **Mủ**

+ Yêu cầu xét nghiệm:
Vi khuẩn nuôi cấy định danh và kháng thuốc hệ thống tự động (mủ) Máy Phoenix M50
- Kết quả cấy: CÂY DƯƠNG TÍNH Mã QT: QTKT-VS-012.XN

+ Kết quả định danh: *Klebsiella pneumoniae* Mã QT: QTKT-VS-005.XN

KẾT QUẢ KHÁNG SINH ĐỒ

KHÁNG SINH	S	I	R	MIC ug/ml	KHÁNG SINH	S	I	R	MIC ug/ml
Amikacin	X				Cefepime		X		
Ampicillin			X		Gentamicin	X			
Ampicillin- sulbactam	X				Imipenem			X	
Ceftazidime			X		Meropenem			X	
Ciprofloxacin	X				Trimethoprim-sulfamethoxazole	X			
Ceftriaxone			X		Tigecycline	X			
Ertapenem			X		Piperacillin+Tazobactam		X		

Hình 2. Kết quả kháng sinh đồ

Phẫu thuật lần 3 (13/03/2023): cắt lọc mô hoại tử và tạo hình lại mồm cụt.



Hình 3. Mổ cắt đuôi phải hoại tử nhiễm trùng sau phẫu thuật đoạn chi trên gối



Hình 4. Mổ cắt sau khi được cắt lọc mô hoại tử

Người bệnh được thay băng, cắt lọc vết thương hai lần mỗi ngày theo kỹ thuật chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn^[1]. Trong đó, sử dụng thêm dung dịch Prontosan (polyhexanide và betaine) để tưới rửa và làm sạch vết thương, kết hợp đắp băng gạc hydrofiber có bạc. Chúng tôi thực hiện tưới rửa bằng dung dịch Prontosan trong thời gian 5-10 phút, sau đó tiến hành cắt lọc mô hoại tử, sau đó sử dụng prontosan gel phủ lên vết thương trước khi che phủ hoàn toàn bằng gạc Aquacel Ag. Trong giai đoạn đầu chúng tôi lặp lại quy trình thay băng mỗi 12 giờ và cắt lọc mỗi hai ngày một lần. Sau đó mức độ thấm dịch của Aquacel giảm dần, thực hiện thay băng mỗi ngày một lần. Thay băng luôn đảm bảo vô trùng và tuân thủ các nguyên tắc khi thay băng. Nếu vết thương nhiều dịch tiết chúng tôi đắp nhiều gòn bao thấm hút. Hàng ngày thay băng quan sát xem tiến triển của

vết thương đang lên mô hạt, không còn mô hoại tử.

Ngoài ra chế độ ăn của người bệnh được kiểm soát chặt chẽ theo khẩu phần ăn dành cho người bệnh ĐTĐ, do khoa dinh dưỡng của bệnh viện cung cấp.

Đồng thời kết hợp với việc điều trị bằng Insulin Mixtard 30/70 liều sáng 30UI, chiều 25UI (TDD trước ăn 15 phút) và NovoRapid liều sáng 10UI, chiều 10UI (TDD trước ăn 5 phút). Xét nghiệm đường huyết mao mạch mỗi ngày 3 lần: trước ăn sáng, trước ăn chiều, trước khi đi ngủ. Kết quả đường huyết mao mạch: 6.5 mmol/L (ngày 31/03/2023).

Sự theo dõi, chăm sóc vết thương kết hợp với việc kiểm soát đường huyết chặt chẽ bằng chế độ ăn và Insulin, vết mổ nhiễm trùng tiến triển tốt, lên mô hạt, đáy vết mổ sạch hơn giảm giả mạc, sau 4 tuần người bệnh được phẫu thuật khâu da thì 2 để đóng da mổ cắt.



Hình 5. Mổ cắt sau khi được cắt lọc mô hoại tử



Hình 6. Mổ cắt sau khâu da thì hai

Ngày 10/04/2023 người bệnh được xuất viện, tiếp tục điều trị ngoại trú chăm sóc vết thương, sau 8 tuần mổ cắt lành tốt. Qua quá trình tập luyện người bệnh có thể tự đi lại được bằng một chân giả trên gối.



Hình 7. Mổ cắt lành hoàn toàn



Hình 8. Bệnh nhân đi lại được bằng một chân giả trên gôi

IV. BÀN LUẬN

Trong số các biến chứng có thể xuất hiện sau khi đoạn chi dưới do bệnh ĐTĐ, nhiễm trùng là biến chứng nguy hiểm làm quá trình lành vết thương kéo dài và gây ra nguy cơ đoạn chi ở mức cao hơn. Kiểm soát đường huyết đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong quá trình chăm sóc vết thương nhiễm trùng trên người bệnh ĐTĐ. Người bệnh ĐTĐ có nguy cơ bị nhiễm trùng vết mổ cao hơn đáng kể so với những người không mắc bệnh, do phản ứng miễn dịch bị suy giảm, biến chứng vi mạch và vết thương chậm lành liên quan đến tăng đường huyết. Kiểm soát đường huyết trước và sau phẫu thuật hiệu quả, duy trì nồng độ HbA1c dưới 7%, đã được chứng minh là làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ^[4]. Một nghiên cứu khác của Zhang và cộng sự cũng chỉ ra rằng việc kiểm soát đường huyết tốt giúp tăng tốc quá trình lành vết thương, với tỷ lệ hồi phục cao hơn 30-40% ở những người bệnh được điều trị tích cực bằng insulin hoặc các biện pháp kiểm soát đường huyết khác^[11]. Trước nhập viện, người bệnh của chúng tôi có tình trạng kiểm soát đường huyết kém (HbA1c: 11,7%), tuy nhiên sau thời gian nằm viện đã được kiểm

soát ổn định đường huyết bằng Insulin và tuân thủ chế độ ăn (HbA1c: 6,8%), đây là một trong những yếu tố then chốt giúp cho quá trình lành vết thương diễn ra nhanh hơn. Điều trị kháng sinh và chăm sóc mồm cụt chi dưới nhiễm trùng ở người bệnh ĐTĐ cần tuân thủ các nguyên tắc chặt chẽ để giảm thiểu nguy cơ biến chứng. Điều trị kháng sinh nên bắt đầu ngay sau khi có dấu hiệu nhiễm trùng, đặc biệt ở người bệnh ĐTĐ có nguy cơ cao. Kháng sinh phổ rộng được khuyến cáo dùng trước khi có kết quả cấy vi khuẩn, và sau đó được điều chỉnh theo kết quả kháng sinh đồ. Nghiên cứu của Lipsky và cộng sự nhấn mạnh việc duy trì liệu trình kháng sinh kéo dài từ 2-6 tuần, tùy thuộc vào mức độ nghiêm trọng của nhiễm trùng, giúp giảm nguy cơ tái phát nhiễm trùng^[9].

Chăm sóc mồm cụt cũng là yếu tố quyết định trong việc kiểm soát nhiễm trùng. Trong trường hợp của chúng tôi, vết thương không lành sau cắt lọc, nguyên nhân ngăn cản quá trình lành vết thương là sự xuất hiện của màng sinh học và dịch tiết ở vùng vết thương, vốn rất khó kiểm soát. Do lớp màng sinh học trên vết thương ngăn cản quá trình lành vết thương ngay cả sau khi cắt lọc cơ

học, nên chúng tôi quyết định điều trị vết thương bằng dung dịch và gel Prontosan (polyhexanide và betaine) kết hợp với băng gạc hydrofiber có bạc (Aquacel Ag). Polyhexanide và betaine trong Prontosan hoạt động kết hợp để phá vỡ và loại bỏ màng sinh học, cũng như hỗ trợ loại bỏ các mảnh vụn và chất bẩn^[6]. Các nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả cao hơn đáng kể của Prontosan (dạng dung dịch rửa và gel) so với nước muối sinh lý trong việc cải thiện tình trạng vết thương, giảm các dấu hiệu viêm và đẩy nhanh quá trình chữa lành các vết thương khó lành. Aquacel Ag là băng vết thương hydrofiber mới gồm các sợi natri carboxymethylcellulose mềm không dẹt tích hợp với bạc ion. Đây là băng giữ ẩm, tạo thành gel khi tiếp xúc với dịch vết thương và có đặc tính kháng khuẩn của bạc ion. Sự kết hợp của sợi natri carboxymethyl và bạc ion làm giảm đau tại chỗ lúc thay băng, đồng thời mang lại đặc tính kháng khuẩn phổ rộng đáng kể mà không làm chậm quá trình lành vết thương.^[7] Do đó, việc sử dụng hệ thống làm sạch nêu trên trong trường hợp người bệnh này, bên cạnh việc cắt lọc cơ học được chúng tôi đánh giá là một trong những yếu tố then chốt giúp làm lành vết thương.

Chăm sóc người bệnh ĐTĐ bị nhiễm trùng mủm cụt chi dưới gặp nhiều thách thức do các yếu tố phức tạp liên quan đến bệnh lý ĐTĐ như: tình trạng kiểm soát đường huyết kém, biến chứng mạch máu ngoại biên. Vấn đề tuân thủ điều trị cũng là một khó khăn lớn, do tâm lý người bệnh luôn chán nản cần có sự quan tâm thông cảm, chia sẻ, động viên từ gia đình và nhân viên y tế. Sự kiên trì của bác sĩ, điều dưỡng tận tâm thấu hiểu luôn đồng hành hỗ trợ tâm lý giúp người bệnh từng ngày có suy nghĩ tích cực hơn, quan tâm đến việc điều trị hơn, đặt niềm tin vào

nhân viên y tế nhiều hơn, dần tuân thủ về chế độ ăn uống theo khẩu phần dinh dưỡng dành cho người bệnh ĐTĐ. Người bệnh được theo dõi nghiêm ngặt về cả đường huyết lẫn chăm sóc vết mủm cụt. Đồng thời, yếu tố tâm lý của người bệnh cải thiện tích cực cũng góp phần vào quá trình phục hồi và điều trị nhiễm trùng hiệu quả hơn. Vì vậy để đạt hiệu quả cao trong công tác điều trị và chăm sóc người bệnh cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa bác sĩ, điều dưỡng và người bệnh, thân nhân người bệnh. Bên cạnh đó có sự phối hợp của bác sĩ nội tiết cũng như khoa dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Việc theo dõi, cắt lọc, chăm sóc vết thương tích cực và sử dụng dung dịch Prontosan kết hợp với băng gạc hydrofiber có bạc để chăm sóc vết thương đã giúp loại bỏ nhiễm trùng, thúc đẩy lành vết thương và bảo tồn mủm cụt chi dưới tránh được tình trạng đoạn chi cao hơn. Kết quả tích cực của ca bệnh này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc theo dõi, chăm sóc và điều trị nhiễm trùng kịp thời ở người bệnh ĐTĐ sau phẫu thuật đoạn chi, qua đó giúp giảm tỷ lệ biến chứng và tăng cường chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Trong tương lai cần mở rộng nghiên cứu với mẫu lớn hơn để đánh giá hiệu quả và khả năng áp dụng của quy trình điều trị này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Văn Thịnh, Điều dưỡng cơ bản. Chăm sóc vết thương nhiễm khuẩn, trang 156 - 157
2. Al-Saadi N, Al-Hashimi K, Popplewell M, Fabre I, et al, (2024), "The incidence of surgical site infection following major lower limb amputation: A systematic review", International Wound Journal, 21 (7), pp. e14946.

3. **Armstrong D G, Boulton A J, Bus S A**, (2017), "Diabetic foot ulcers and their recurrence", *New England Journal of Medicine*, 376 (24), pp. 2367-2375.
4. **Arshad S, Rasul A, Batool M, Zukhruf Z, et al**, (2024), "Diabetes and Risk of Surgical Site Infection: A Narrative Review", *Journal of Health and Rehabilitation Research*, 4 (1), pp. 567-572.
5. **Ashraff S, Siddiqui M A, Santos D, Carline T**, (2018), "Complications of stump healing among diabetic population", *Turkish Journal of Endocrinology and Metabolism*, pp.
6. **Atkin L, Stephenson J, Cooper D M**, (2020), "Wound bed preparation: a case series using polyhexanide and betaine solution and gel—a UK perspective", *Journal of wound care*, 29 (7), pp. 380-386.
7. **Barnea Y, Weiss J, Gur E**, (2010), "A review of the applications of the hydrofiber dressing with silver (Aquacel Ag®) in wound care", *Therapeutics and clinical risk management*, pp. 21-27.
8. **Chahrour M A, Habib J R, El Moheb M N, Cherfan P, et al**, (2022), "Incidence and predictors of surgical site infection complications in diabetic patients undergoing lower limb amputation", *Annals of Vascular Surgery*, 81 pp. 343-350.
9. **Lipsky B A, Senneville É, Abbas Z G, Aragón-Sánchez J, et al**, (2020), "Guidelines on the diagnosis and treatment of foot infection in persons with diabetes (IWGDF 2019 update)", *Diabetes/ metabolism research and reviews*, 36 pp. e3280.
10. **Wales H P C, Fabre I**, (2024), "Surgical site infections in major lower limb amputation: an international multicentre audit (SIMBA): study protocol", pp.
11. **Zhang P, Lu J, Jing Y, Tang S, et al**, (2017), "Global epidemiology of diabetic foot ulceration: a systematic review and meta-analysis", *Annals of medicine*, 49 (2), pp. 106-116.

SO SÁNH TÍNH HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN GIỮA HAI PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI THẬN QUA DA ĐƯỜNG HẸM NHỎ VÀ ĐƯỜNG HẸM TIÊU CHUẨN TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ

Lê Trọng Thiên Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả và độ an toàn giữa tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mPCNL) và đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL) trong điều trị sỏi thận san hô.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu 80 bệnh nhân sỏi thận san hô được điều trị bằng mPCNL hoặc sPCNL tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024. Các biến số được phân tích bao gồm tỉ lệ sạch sỏi, mức độ sụt giảm hemoglobin, thời gian phẫu thuật và tỉ lệ biến chứng.

Kết quả: Tỉ lệ sạch sỏi chung của mẫu nghiên cứu là 61,25% ngay sau mổ và 56,25% sau một tháng. mPCNL có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn sPCNL ngay sau mổ (65% so với 57,5%) nhưng thấp hơn sau một tháng (55% so với 57,5%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,822$). Nhóm mPCNL có mức sụt giảm Hb ít hơn sPCNL, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($-1,75 \pm 1,10$ g/dL và $-1,88 \pm 1,16$ g/dL, $p = 0,616$). Cả hai nhóm đều có tỉ lệ biến chứng độ I theo Tefekli (Clavien-Dindo cải biên) là cao nhất. Tỉ lệ các biến chứng nặng (phân độ $\geq$ III) thì mPCNL cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê (5% so với 2,5%).

Kết luận: Trong điều trị sỏi thận san hô, mPCNL và sPCNL cho hiệu quả tương đương về tỉ lệ sạch sỏi. mPCNL có xu hướng ít gây mất máu hơn, tỉ lệ các biến chứng nặng mPCNL cao hơn (5% so với 2,5%), Nhưng các sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nếu chỉ sử dụng một đường hầm vào đài dưới, tính an toàn của hai phương pháp tỏ ra tương đương.

SUMMARY

COMPARISON OF EFFICACY AND SAFETY BETWEEN MINI- PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AND STANDARD PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY FOR TREATMENT OF STAGHORN CALCULI

Objective: To compare the efficacy and safety of mini-percutaneous nephrolithotomy (mPCNL) versus standard percutaneous nephrolithotomy (sPCNL) in the treatment of staghorn kidney stones.

Methods: A retrospective and prospective descriptive study was conducted on 80 patients with staghorn kidney stones treated by mPCNL or sPCNL at Binh Dan Hospital from January 2022 to August 2024. Variables analyzed included stone-free rates, hemoglobin (Hb) reduction, operative time, and complication rates.

Results: The overall stone-free rate was 61.25% immediately postoperatively and 56.25% one month postoperatively. The immediate postoperative stone-free rate was higher in the

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Thiên Long

SĐT: 0777768000

Email: thienlongyds10@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

mPCNL group compared to the sPCNL group (65% vs. 57.5%), while the one-month stone-free rate was slightly lower (55% vs. 57.5%). However, these differences were not statistically significant ($p = 0.822$). The mPCNL group demonstrated less Hb reduction than the sPCNL group (-1.75 ± 1.10 g/dL vs. -1.88 ± 1.16 g/dL), but this difference was also not statistically significant ($p = 0.616$). Both groups had the highest incidence of grade I complications based on the Tefekli (modified Clavien-Dindo) classification. Severe complications (grade $\geq$ III) were more frequent in the mPCNL group (5% vs. 2.5%), but this difference was not statistically significant.

Conclusion: In the treatment of staghorn kidney stones, mPCNL and sPCNL provide comparable efficacy in terms of stone-free rates. mPCNL showed a tendency toward reduced blood loss, while severe complications were slightly more frequent with mPCNL (5% vs. 2.5%). However, these differences were not statistically significant. When using a single tract to the lower calyx, the safety profiles of both techniques appear comparable.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận san hô là một dạng sỏi thận phức tạp, chiếm tỷ lệ cao trong các loại sỏi thận và có nguy cơ gây ra nhiều biến chứng. Tán sỏi thận qua da (TSTQD) được xem là phương pháp điều trị đầu tay cho sỏi thận san hô. Tuy nhiên, việc thực hiện TSTQD trên sỏi thận san hô vẫn còn nhiều thách thức, đặc biệt là nguy cơ chảy máu.

TSTQD đường hầm nhỏ (mPCNL) ra đời với mục tiêu giảm thiểu nguy cơ chảy máu và biến chứng so với TSTQD đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL). Tuy nhiên, hiệu quả và độ an toàn của mPCNL so với sPCNL trong

điều trị sỏi thận san hô vẫn còn nhiều tranh cãi.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. So sánh hiệu quả hai phương pháp thông qua xác định tỉ lệ sạch sỏi của tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ và đường hầm tiêu chuẩn.

2. So sánh độ an toàn hai phương pháp bằng cách so sánh mức độ mất máu trong mổ thông qua xác định sự sụt giảm hemoglobin và tỉ lệ các tai biến – biến chứng của hai phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu 80 bệnh nhân sỏi thận san hô được điều trị bằng mPCNL hoặc sPCNL tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được tán sỏi thận qua da bằng một đường hầm nhỏ hay đường hầm tiêu chuẩn ở tư thế nằm sấp, hồ sơ có đầy đủ thông tin nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân < 18 tuổi, sỏi trên thận có bất thường về giải phẫu, sỏi trên thận độc nhất, bế tắc đường tiết niệu do bệnh lý hẹp, nhiễm khuẩn niệu chưa được điều trị, các trường hợp mổ thận ra da trước đó, các hồ sơ bị thiếu thông tin nghiên cứu.

Phương pháp thu thập số liệu: Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, bao gồm:

- **Đặc điểm bệnh nhân:** tuổi, giới tính, tiền căn bệnh lý, triệu chứng lâm sàng,
- **Kết quả xét nghiệm:** công thức máu, chức năng thận, tổng phân tích nước tiểu, cấy

nước tiểu, siêu âm, X-quang, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hệ niệu,

• **Thông tin phẫu thuật:** thời gian phẫu thuật, số lần chọc dò, vị trí đường hầm, thời gian nông tạo đường hầm, thời gian tán sỏi, tình trạng sạch sỏi, biến chứng trong phẫu thuật,

• **Theo dõi sau phẫu thuật:** mức độ sụt giảm hemoglobin, truyền máu, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, tình trạng sạch sỏi sau mổ.

Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 26.0 để phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $55,63 \pm 12,12$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1,67.

3.2. Đặc điểm lâm sàng sỏi thận san hô trong nghiên cứu

Bảng 1. Diện tích bề mặt sỏi của hai nhóm mPCNL và sPCNL

Diện tích bề mặt sỏi (cm ²)	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
mPCNL	15,64	8,25	4,08	41,5	0,083
sPCNL	19,71	12,09	5,76	60	
Tổng	17,67	10,49	4,08	60	

Phép kiểm T-test

Diện tích bề mặt sỏi mPCNL thấp hơn sPCNL, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Tỷ lệ sỏi thận san hô bán phần, toàn phần của hai nhóm sPCNL và mPCNL

Sỏi thận san hô	mPCNL n (%)	sPCNL n (%)	Tổng n (%)	p
Bán phần	16 (40)	12 (30)	28 (35%)	0,348
Toàn phần	24 (60)	28 (70)	52 (65%)	

Phép kiểm χ^2 test

Tỷ lệ sỏi thận san hô toàn phần cao hơn bán phần trong nghiên cứu (65%). Tỷ lệ sỏi san hô bán phần và toàn phần giữa hai nhóm khá tương đồng, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

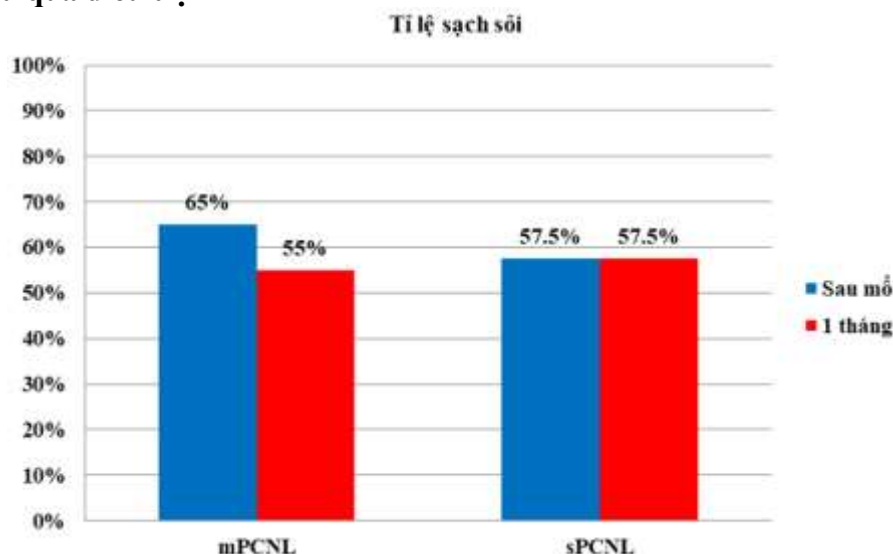
Bảng 3. Chỉ số đơn vị Hounsfield của hai nhóm sPCNL và mPCNL

HU	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Nhỏ nhất	Lớn nhất	p
mPCNL	1.061,15	193,25	550	1.490	0,240
sPCNL	1.112	191,05	500	1.500	
Tổng	1.086,58	192,64	500	1.500	

Phép kiểm T-test

Chỉ số HU sỏi thận giữa hai nhóm không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3. Hiệu quả điều trị



Phép kiểm χ^2 test

Biểu đồ 1. Tỉ lệ sạch sỏi tức thì sau mổ và sau 1 tháng

Các khác biệt về tỉ lệ sạch sỏi của 2 nhóm mPCNL và sPCNL trong cùng một thời điểm (tức thì sau mổ và tái khám sau 1 tháng) không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,491$ và $p = 0,822$.

3.4. Độ an toàn

Sự thay đổi về Hb và Hct trước và sau mổ giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với các giá trị p lần lượt là 0,522 (Hb) và 0,525 (Hct).

Bảng 4. Thay đổi Hb, Hct của hai nhóm sPCNL và mPCNL

		mPCNL	sPCNL	p
Hb (g/dL)	Trước mổ	13,86 ± 1,66	13,38 ± 1,62	0,202
	Sau mổ	12,11 ± 1,67	11,51 ± 1,63	0,107
	Thay đổi	-1,75 ± 1,10	-1,88 ± 1,16	0,616
	p	< 0,001	< 0,001	
Hct (%)	Trước mổ	41,28 ± 4,56	40,38 ± 4,66	0,383
	Sau mổ	37,46 ± 6,81	37,66 ± 4,63	0,875
	Thay đổi	-3,83 ± 8,23	-2,82 ± 5,64	0,525
	p	< 0,001	< 0,001	

Phép kiểm T-test

Cả 2 nhóm đều có biến chứng phân độ từ 0 đến IIb. Phần lớn các trường hợp có biến chứng nhẹ (nhỏ hơn phân độ II), cụ thể là 95% ở nhóm mPCNL và 97,5% ở nhóm sPCNL. Trong đó, phân độ I chiếm tỉ lệ nhiều nhất ở cả hai nhóm, 72,5% ở nhóm mPCNL và 67,5% ở nhóm sPCNL. Biến

chứng nặng (phân độ III trở lên) chiếm tỉ lệ ít, nhóm mPCNL có tỉ lệ cao hơn (5%), so với sPCNL (2,5%). Sự khác biệt về tỉ lệ các phân độ biến chứng giữa hai nhóm mPCNL và sPCNL là không có ý nghĩa thống kê ($p=0,67$).

Bảng 5. Biến chứng theo phân độ biến chứng Tefekli (Clavien-Dindo cải biên) của hai nhóm sPCNL và mPCNL

Phân độ Clavien-Dindo	mPCNL n (%)	sPCNL n (%)	Tổng n (%)	p
Độ 0	5 (12,5)	9 (22,5)	14 (17,5)	0,670
Độ I	29 (72,5)	27 (67,5)	56 (70)	
Độ II	4 (10)	3 (7,5)	7 (8,75)	
Độ IIIa	1 (2,5)	0	1 (1,25)	
Độ IIIb	1 (2,5)	1 (2,5)	2 (2,5)	

Phép kiểm χ^2 test

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tính hiệu quả

Tỉ lệ sạch sỏi: Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, nhưng nhóm mPCNL có tỉ lệ sạch sỏi cao hơn ngay sau mổ. Tuy nhiên, tỉ lệ này giảm sau 1 tháng, có thể do sự khó khăn trong việc phát hiện sỏi vụn nhỏ bằng siêu âm và X-quang, đặc biệt khi sỏi mảnh vụn nhỏ hơn trong mPCNL dễ bị sót.

So sánh với nghiên cứu trong nước: Tỉ lệ sạch sỏi trong nghiên cứu này thấp hơn so với các nghiên cứu trong nước về mPCNL, với tỉ lệ sạch sỏi từ 54%-86,5%. Điều này có thể do kích thước sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn (15,64 cm² - 19,71 cm²) so với các nghiên cứu khác (9,6 cm²).

So sánh với nghiên cứu quốc tế: Nghiên cứu của Khadgi (83% trong mPCNL và 88,6% trong sPCNL). Nghiên cứu của tác giả này không có ghi nhận diện tích bề mặt sỏi nên chúng tôi không so sánh được yếu tố gánh nặng sỏi. Mặt khác, nghiên cứu này có thống kê các trường hợp áp dụng kỹ thuật nhiều đường hầm nên tỉ lệ sạch sỏi cao hơn cũng là điều dễ hiểu (35% có nhiều đường hầm ở nhóm mPCNL và 70% ở nhóm sPCNL).

Các yếu tố ảnh hưởng tính hiệu quả: diện tích bề mặt sỏi, độ cứng của sỏi (chỉ số HU) và chỉ số khối cơ thể BMI nhóm nghiên cứu

đã phân tích không thấy liên quan đến tỉ lệ sạch sỏi của phẫu thuật. Mặt khác, vị trí sỏi trong các nhóm đài ảnh hưởng có ý nghĩa đến tỉ lệ sạch sỏi ở cả hai nhóm mPCNL và sPCNL. Khi quan sát ghi nhận với đường hầm từ đài dưới thì các trường hợp sỏi sót cũng nằm trong nhóm đài dưới (mặt bụng) và nhóm đài giữa. Đây là các nhóm đài có vị trí thường gần song song với đường vào đài dưới (mặt lưng) ban đầu nên khó lấy sạch được nếu không tạo thêm đường hầm hay dùng sỏi mềm hỗ trợ.

4.2. Tính an toàn

4.2.1. Mức độ mất máu

Về độ an toàn, mặc dù mPCNL có xu hướng ít gây mất máu hơn, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh với nghiên cứu quốc tế: Nghiên cứu của Wan C. và cộng sự (2022) ghi nhận mPCNL giúp giảm mức độ sụt giảm Hb đáng kể so với sPCNL (chênh lệch Hb = -0,65, $p < 0,0001$). Các nghiên cứu của Kukreja (2018) và Güler A (2019) cũng cho thấy mức độ sụt giảm Hb ở nhóm mPCNL ít hơn (0,87 g/dL so với 1,48 g/dL, $p < 0,001$).

4.2.2. Tỷ lệ các biến chứng

Biến chứng độ I chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm (72,5% mPCNL và 67,5% sPCNL). Biến chứng nặng (độ III trở lên) hiếm gặp, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm mPCNL (5%) so với sPCNL (2,5%), nhưng không có

ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh với các nghiên cứu khác

Trong nước: Trần Thanh Hải và Ngô Xuân Thái báo cáo tỷ lệ biến chứng độ I là 13%, độ III là 3,2%, và độ V là 0,3%, tương đồng về biến chứng nặng. Quốc tế: Large et al. (2021) ghi nhận biến chứng nặng (Clavien-Dindo độ III trở lên) ở mức 2–5%, trong khi Zhang et al. (2021) báo cáo tỷ lệ biến chứng chung của mPCNL là 20%, chủ yếu là nhẹ (độ I–II).

Các kết quả khẳng định mPCNL và sPCNL đều an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng nặng thấp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi phân tích 80 bệnh nhân, chia thành hai nhóm: 40 bệnh nhân được điều trị bằng tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mPCNL) và 40 bệnh nhân được điều trị bằng tán sỏi thận qua da đường hầm tiêu chuẩn (sPCNL). Cả hai nhóm tương đồng về đặc điểm nhân khẩu học, lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng trước mổ. Tất cả các ca phẫu thuật đều được thực hiện qua một đường hầm vào đài dưới, sử dụng hướng dẫn C-arm và ở tư thế nằm sấp.

- **Hiệu quả:** Tỷ lệ sạch sỏi giữa hai nhóm tương đương nhau.

- **An toàn:** Mức độ mất máu, được đánh giá qua sự giảm hemoglobin (Hb) và hematocrit (Hct) sau phẫu thuật, cùng với tỷ lệ tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật, phân loại theo hệ thống phân độ Tefekli (Clavien-Dindo cải biên), cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa mPCNL và sPCNL.

VI. KIẾN NGHỊ

- Để đạt tỷ lệ sạch sỏi cao trong điều trị sỏi thận san hô cần cân nhắc phối hợp thêm kỹ thuật tán sỏi thận qua da nhiều đường hầm hay soi mềm (ECIRS).

- Cần có nghiên cứu chất lượng hơn như CCT hay RCT so sánh giữa mPCNL và sPCNL có áp dụng kỹ thuật nhiều đường hầm, tránh mắc phải biến chứng chảy máu do nong cổ đài hay cố gắng lái máy soi tiếp cận sỏi nằm sâu trong đài thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng.** Tán sỏi thận qua da trong sỏi thận san hô. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2011;15(3).
2. **Phan Trường Bảo, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Lê Trọng Thiên Long.** Nội soi qua da đường hầm nhỏ tán sỏi thận san hô: Báo cáo 15 trường hợp đầu tiên tại Bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;525:682-686.
3. **Trần Quang Sinh.** Đánh giá kết quả ban đầu giải pháp chủ động chuyển đổi đường hầm nhỏ sang đường hầm tiêu chuẩn trong lấy sỏi thận qua da điều trị sỏi san hô. Luận văn Bác sĩ Nội trú Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022.
4. **Khadgi, S., & cs.** (2021). A comparative study of stone free rate, safety and efficacy of Miniperc and Standard PCNL in management of staghorn calculi. Turkish Journal of Urology, 47 (6), 461–467.
5. **Güler, A., & cs.** (2019). Mini versus standard percutaneous nephrolithotomy for the treatment of staghorn calculi. Journal of Endourology, 33 (11), 956–961.
6. **Zeng, G., & cs.** (2021). Comparison of mini-percutaneous nephrolithotomy with standard percutaneous nephrolithotomy for the treatment of staghorn renal calculi: A meta-analysis. Urolithiasis, 49 (2), 149–156.
7. **Cheng, F., & cs.** (2020). Mini-percutaneous nephrolithotomy versus standard percutaneous nephrolithotomy for treatment of staghorn calculi: A systematic review and meta-analysis. Urologia Internationalis, 104 (3-4), 255–262.
8. **Tefekli, A., & cs.** (2008). Classification of complications in percutaneous nephrolithotomy. The Journal of Urology, 179 (6), 1940–1943.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THÙNG RUỘT DO DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Trần Đức Lợi, Nguyễn Văn Việt Thành¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nuốt phải dị vật là vấn đề thường gặp, một số trường hợp gây biến chứng thủng đường tiêu hóa cần can thiệp phẫu thuật. Biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong khi bệnh nhân ít khi nhớ rõ đã nuốt dị vật, do đó có thể bỏ sót và can thiệp chậm trễ nếu không được chẩn đoán kịp thời. Như vậy, khi dị vật đã gây biến chứng thủng ruột thì biểu hiện thế nào, kết quả điều trị có tốt không, có sự liên quan giữa các dấu hiệu lâm sàng-cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật không?

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị phẫu thuật của thủng ruột do dị vật đường tiêu hóa. Kiểm định sự liên quan giữa các dấu hiệu lâm sàng-cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Gồm những bệnh nhân đã được phẫu thuật và phát hiện dị vật do nuốt qua đường miệng tại bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ tháng 07 năm 2022 đến hết tháng 06 năm 2024. Nghiên cứu hồi cứu – mô tả loạt ca.

Kết quả: Tuổi thường gặp là từ 40 tới trên 60 tuổi (74,2%), trung bình là 53 tuổi. Triệu chứng thường gặp nhất là đau bụng (100%), sốt

(38,7%). Phần lớn nhập viện trong vòng 7 ngày (71,0%). Chẩn đoán chủ yếu dựa vào chụp MSCT thấy được dị vật (96,7%). Vị trí thủng: ruột non (61,1%), tá tràng (22,2%), đại tràng (16,7%). Nhiễm trùng ổ bụng: khối dị vật (48,4%), áp xe (38,7%), viêm phúc mạc (12,9%). Dị vật thường gặp là xương (67,7%), tằm (25,8%), que kẽm (6,5%). Kích thước trung bình của dị vật là 3,3cm, 50% dị vật có chiều dài từ 4cm trở lên. Điều trị phẫu thuật có tỉ lệ thành công là 100%, xử trí lỗ thủng chủ yếu là cắt đoạn ruột nối ngay (50,0%) hoặc khâu lỗ thủng đơn thuần (33,3%) với kết quả tốt là: tử vong 0%, 2 nhiễm trùng nhẹ vết mổ (6,5%). Có sự liên quan giữa mức độ nhiễm trùng ổ bụng và tính chất cuộc mổ (kiểm định Fisher's exact, $p=0,003$), vị trí thủng và xử trí lỗ thủng (kiểm định Fisher's exact, $p=0,036$).

Kết luận: Bệnh nhân thủng ruột do dị vật đường tiêu hóa chủ yếu đến khám vì đau bụng cấp, MSCT giúp chẩn đoán xác định trong phần lớn trường hợp, chẩn đoán sớm và điều trị phẫu thuật kịp thời cho kết quả tốt, ít biến chứng. Bệnh nhân thường được mổ cấp cứu khi nhiễm trùng ổ bụng nặng (áp xe, viêm phúc mạc). Có sự khác biệt về cách xử trí lỗ thủng ở các đoạn ruột khác nhau (tá tràng, ruột non, đại tràng).

Từ khóa: thủng ruột, thủng đường tiêu hóa, dị vật, xương, tằm.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF TREATMENT INTESTINAL PERFORATION DUE TO GASTROINTESTINAL FOREIGN BODIES

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Background: Ingestion of foreign bodies is a common problem, some cases cause complications of gastrointestinal perforation requiring surgical intervention. Clinical manifestations are diverse, while patients rarely remember clearly having swallowed foreign bodies, so they may miss and delay intervention if not diagnosed promptly. So, when foreign bodies have caused intestinal perforation complications, what are the manifestations, are the treatment results good, is there a correlation between clinical-paraclinical signs and surgical results?

Objectives: Describe the clinical, paraclinical characteristics, and surgical treatment results of intestinal perforation caused by gastrointestinal foreign bodies. Verify the correlation between clinical-paraclinical signs and surgical results.

Methods: Including patients who had surgery and were found to have foreign bodies swallowed through the mouth at Binh Dan Hospital from July 2022 to the end of June 2024. Retrospective study - descriptive case series.

Results: The common age is from 40 to over 60 years old (74.2%), the average is 53 years old. The most common symptoms are abdominal pain (100%), fever (38.7%). Most of them were hospitalized within 7 days (71.0%). Diagnosis is mainly based on MSCT scan showing foreign bodies (96.7%). Perforation location: small intestine (61.1%), duodenum (22.2%), colon (16.7%). Abdominal infection: foreign body mass (48.4%), abscess (38.7%), peritonitis (12.9%). Common foreign bodies are bones (67.7%), toothpicks (25.8%), and zinc rods (6.5%). The average size of foreign bodies is 3.3cm, 50% of foreign bodies are 4cm or longer. Surgical treatment has a success rate of 100%, the main treatment of perforation is immediate intestinal resection (50.0%) or simple perforation

suturing (33.3%) with good results: 0% mortality, 2 mild surgical site infections (6.5%). There is a correlation between the level of abdominal infection and the nature of the surgery (Fisher's exact test, $p=0.003$), the location of the perforation and the treatment of the perforation (Fisher's exact test, $p=0.036$).

Conclusion: Patients with intestinal perforation due to foreign bodies in the digestive tract mainly come to the clinic because of acute abdominal pain, MSCT helps to confirm the diagnosis in most cases, early diagnosis and timely surgical treatment give good results, with few complications. Patients often undergo emergency surgery when there is a severe abdominal infection (abscess, peritonitis). There are differences in the treatment of perforations in different parts of the intestine (duodenum, small intestine, colon).

Keywords: intestinal perforation, gastrointestinal perforation, foreign body, bone, toothpick.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuốt phải dị vật (DV) là vấn đề thường gặp ở phòng cấp cứu. Ở người lớn, tùy trường hợp mà dị vật có thể được thải ra ngoài theo đường tự nhiên hay cần nội soi lấy dị vật, một số trường hợp gây biến chứng thủng ruột cần can thiệp phẫu thuật. Theo Đồng Thanh Thiện, chỉ có 1,6% điều trị nội khoa, phần còn lại là: 22,3% có biến chứng thủng phải phẫu thuật, 76,2% lấy dị vật qua nội soi¹.

Thủng ruột (tá tràng, ruột non, đại trực tràng) do dị vật đường tiêu hóa (DVĐTH) mặc dù ít gặp nhưng có khả năng gây tử vong và thường chỉ được chẩn đoán xác định trong khi mổ (chẩn đoán trước mổ thường là đau bụng cấp không rõ nguyên nhân, viêm ruột thừa cấp, viêm túi thừa đại tràng)^{2,3}.

Việc chẩn đoán trước mổ thường gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, còn bệnh nhân thường không biết đã nuốt phải dị vật trước đó⁴. Xquang bụng không sửa soạn và siêu âm bụng thường khó phát hiện được dị vật, biểu hiện hơi tự do trong phúc mạc chỉ hiện diện trong số ít trường hợp⁴⁻⁶. Ngày nay MSCT được sử dụng rộng rãi trong các trường hợp đau bụng cấp, khả năng phát hiện được dị vật cao hơn, giúp việc chẩn đoán trước mổ thuận lợi hơn⁷⁻¹¹. Tuy nhiên, vẫn có nhiều trường hợp được chẩn đoán muộn, có khi nhiều tháng sau khi điều trị nội khoa không giảm^{12,13}.

Gần đây có khá nhiều báo cáo các ca lâm sàng thủng ruột do DVĐTH, ở Việt Nam cũng chưa có nhiều nghiên cứu mô tả những đặc điểm của bệnh cảnh này. Các nghiên cứu trước đây cũng cho ra những kết quả khác nhau về loại dị vật, vị trí thủng thường gặp, tỉ lệ tử vong và biến chứng sau mổ^{1-4,14}. Như vậy, khi DV đã gây biến chứng thủng ruột thì biểu hiện thế nào, kết quả điều trị có tốt không, có sự liên quan giữa các dấu hiệu lâm sàng-cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật không?

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của thủng ruột do DVĐTH.
2. Xác định tỉ lệ thành công điều trị phẫu thuật, kết quả phẫu thuật.
3. Kiểm định sự liên quan giữa các yếu tố lâm sàng-cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm những bệnh nhân đã được phẫu thuật và phát hiện dị vật do nuốt qua đường miệng tại bệnh viện Bình Dân trong khoảng thời gian từ tháng 07 năm 2022 đến hết tháng 06 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên.

Đã phẫu thuật, phát hiện được dị vật do nuốt qua đường miệng đang xuyên thủng thành ruột (tá tràng, ruột non, đại trực tràng) hoặc đã rơi ra bên ngoài lòng ruột qua chỗ thủng.

Hồ sơ bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Không tìm thấy dị vật.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/07/2022 đến 30/06/2024

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân, Tp. Hồ Chí Minh.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu – mô tả loạt ca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

Độ tuổi:

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,1 \pm 16,9$ (16 - 87 tuổi). Nhìn chung phần lớn từ 40 tới trên 60 tuổi (74,2%).

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng (n=31)	Tỉ lệ (%)
<40	23	25.8%
40 – 59	14	32.3%
≥60	25	41.9%

Tiền sử nuốt DV:

Có 4 trường hợp (TH) được ghi nhận đã từng nuốt phải DV trước đó, chiếm tỉ lệ 12,9%, trong số này có 1 TH nuốt tằm, 1 TH nuốt xương cá, 2 TH nuốt que kẽm. TH nuốt kẽm là ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, có tiền sử nuốt kẽm.

Lý do nhập viện:

BN nhập viện đều có đau bụng, đó cũng là lý do chính BN đến khám (30/31 TH, chiếm tỉ lệ 96,8%), chỉ có 1 TH nhập viện vì mệt (3,2%).

Thời gian bệnh:

Thời gian bệnh trung bình là $12,1 \pm 27,1$ ngày (1 - 150 ngày), trong đó có 22 bệnh nhân nhập viện trong vòng 7 ngày khi có triệu chứng (71,0%), 9 bệnh nhân có triệu chứng kéo dài hơn 7 ngày (29,0%). Có 1 TH bệnh kéo dài do không được chẩn đoán chính xác, đây là TH bệnh nhân bị đau bụng âm ỉ hố chậu trái 5 tháng mà không phát hiện DV, điều trị nội khoa, sau đó được chụp MSCT phát hiện thấy DV và được can thiệp phẫu thuật, lúc này DV đã nằm hoàn toàn bên ngoài lòng ruột, không tìm thấy lỗ thủng.

Triệu chứng cơ năng:

Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau bụng, 12 bệnh nhân có sốt, chiếm 38,7%. Chỉ 1 TH có kèm tiêu phân lỏng (3,2%).

Triệu chứng thực thể:

Quá trình thăm khám đều thấy ấn đau khu trú ở một vùng trên bụng, không có TH nào đau khắp bụng. Dấu hiệu đề kháng thành bụng chỉ gặp trong 4/31 TH, chiếm tỉ lệ

12,9%. Có 2 TH sờ thấy khối dị vật/áp xe trên thành bụng, tỉ lệ 6,5%.

Dấu hiệu sinh tồn:

Có 14 bệnh nhân có biểu hiện mạch nhanh >90 lần/phút, chiếm 45,2%.

Có 7 bệnh nhân ghi nhận sốt >38 độ C, chiếm 22,6%.

Không có bệnh nhân nào tụt huyết áp hay rối loạn nhịp thở.

Bạch cầu:

Số lượng bạch cầu trung bình là $13,5 \pm 3,8$ (6,9 - 24,9 K/ μ L).

25 TH có tăng bạch cầu (80,6%), còn lại có số lượng bạch cầu trong giới hạn bình thường.

Siêu âm bụng:

Siêu âm phát hiện được DV trong 7 TH (22,6%), có ổ áp xe trong 3 TH (9,7%), 1 TH xác định được vị trí thủng (3,2%), không có TH nào ghi nhận hình ảnh hơi tự do trong ổ bụng.

MSCT:

Có 30 bệnh nhân được chụp MSCT bụng chậu, trong đó 29 TH thấy được DV ĐTH (96,7%), 17 TH thấy được vị trí thủng (56,7%). 1 TH không thấy DV trên MSCT, tiền căn BN nhớ đã vô tình nuốt phải tằm 1 ngày trước đó, khi mổ phát hiện DV tằm tre xuyên thủng tá tràng D2.

TH duy nhất không chụp MSCT là bệnh nhân nam 50 tuổi, đau bụng 7 ngày kèm sốt, khám thấy khối áp xe trên thành bụng, siêu âm thấy DV 36mm tạo áp xe thành bụng, được xử trí mổ cấp cứu rạch tháo mũ + lấy DV. Kết quả lấy được DV là tằm tre 4cm.

Bảng 2: Chụp cắt lớp điện toán bụng chậu

Hình ảnh	Số lượng (n=30)	Tỉ lệ (%)
Dị vật	29	96,7
Hơi tự do	4	13,3
Vị trí thủng	17	56,7
Áp xe	6	20,0

3.2. Điều trị

Chẩn đoán trước mổ:

Trong 31 TH, tất cả đều được chẩn đoán trước mổ thông đường tiêu hóa do dị vật: 29 TH phát hiện nhờ MSCT, 1 TH nhờ tiền sử nuốt tằm (có chụp MSCT nhưng không phát hiện DV, bệnh nhân nhớ rõ tối hôm trước có nuốt nhầm tằm tre), 1 TH nhờ siêu âm thấy DV trong ổ áp xe thành bụng.

Phẫu thuật

Trong 31 TH, có 19 TH được mổ cấp cứu (61,3%), 12 TH mổ chương trình (38,7%). Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật trung bình là $1,6 \pm 2,1$ ngày, lâu nhất là 9 ngày kể từ lúc nhập viện. Trong những TH mổ cấp cứu thì thời gian này là 0 – 1 ngày, không có TH nào để chậm trễ qua ngày thứ 2.

Bảng 3: Phương pháp mổ

Phương pháp mổ	Số lượng (n=31)	Tỉ lệ (%)
Nội soi	23	74,2
Nội soi chuyển mổ mở	5	16,1
Mổ mở	3	9,7

Nhiễm trùng ổ bụng:

Quá trình phẫu thuật chủ yếu phát hiện tổn thương khu trú (khối dị vật 48,4%, áp xe 38,7%), viêm phúc mạc toàn thể chỉ gặp trong 4/31 TH, chiếm tỉ lệ 12,9%.

Vị trí thủng:

Có 13 TH không tìm thấy lỗ thủng (41,9%), DV đã đi ra hoàn toàn bên ngoài ống tiêu hóa, lỗ thủng đã tự bít; 18 TH xác định được vị trí thủng (chiếm tỉ lệ 58,1%), trong số này thường gặp nhất là thủng ruột non, chiếm tỉ lệ 61,1%.

Bảng 4: Vị trí thủng

Vị trí thủng	Số lượng (n=18)	Tỉ lệ (%)
Tá tràng	4	22,2
Ruột non	11	61,1
Đại tràng	3	16,7

Xử trí lỗ thủng:

Trong số 18 TH tìm thấy lỗ thủng, 6 TH được khâu lỗ thủng đơn thuần, 9 TH cắt đoạn ruột nối ngay, 1 TH thủng bít, 1 TH thủng đại tràng được cắt đoạn rồi đưa 2 đầu ra da, 1 TH thủng D2 tá tràng được dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài bằng ống Kehr.

- Trong 4 TH thủng tá tràng, có 3 TH thủng hành tá tràng và 1 TH thủng D2 tá tràng. Các TH thủng hành tá tràng thì 2 TH được khâu thủng, 1 TH thủng bít, test không thấy xì nên không xử trí. TH thủng D2 tá tràng được xử trí dẫn lưu lỗ thủng ra da.

- 11 TH thủng ruột non:

- 3 TH khâu lỗ thủng, 1 TH do tằm và 2 TH do xương cá

- 8 TH cắt đoạn ruột nối ngay: 2 TH do tằm, 2 TH do que kẽm, 1 TH do xương gà, 3 TH do xương cá.

- Trong 3 TH thủng đại tràng:

- 1 TH thủng manh tràng được khâu lại
- 1 TH thủng đại tràng ngang, cắt nối tận-tận

- 1 TH thủng đại tràng ngang trên nền đại tràng viêm mạn xơ chai và nhiều túi thừa, được xử lý cắt đoạn đại tràng rồi đưa 2 đầu ra da.

Bảng 5: Xử trí đoạn ruột bị thủng

Xử trí đoạn ruột bị thủng	Số lượng (n=18)	Tỉ lệ (%)
Khâu lỗ thủng	6	33.3
Cắt đoạn ruột, nối ngay	9	50.0
Mở thông ra da	2	11.1
Không khâu thủng	1	5.6

Loại dị vật:

Phần lớn DV là xương cá (64,5%), tiếp theo đến là tằm (25,8%), que kẽm (6,5%), xương gà (3,2%).

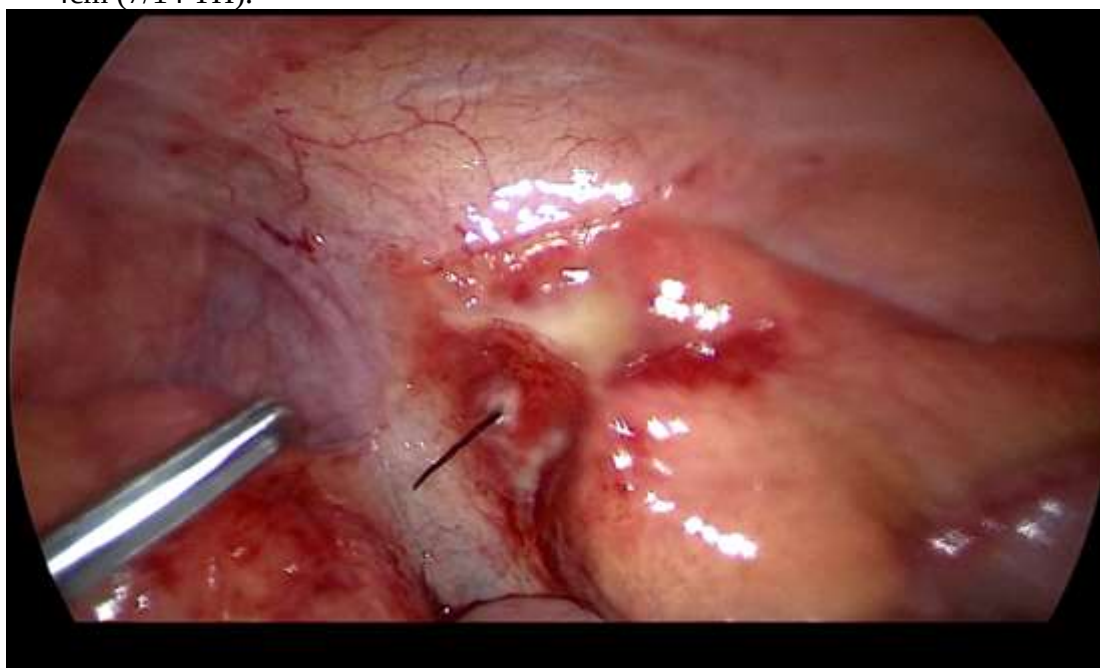
2 TH nuốt que kẽm là cùng 1 bệnh nhân,

bị tâm thần phân liệt, tiền sử nuốt kẽm nhiều lần, đã 3 lần mổ thủng ruột do DV trước đó.

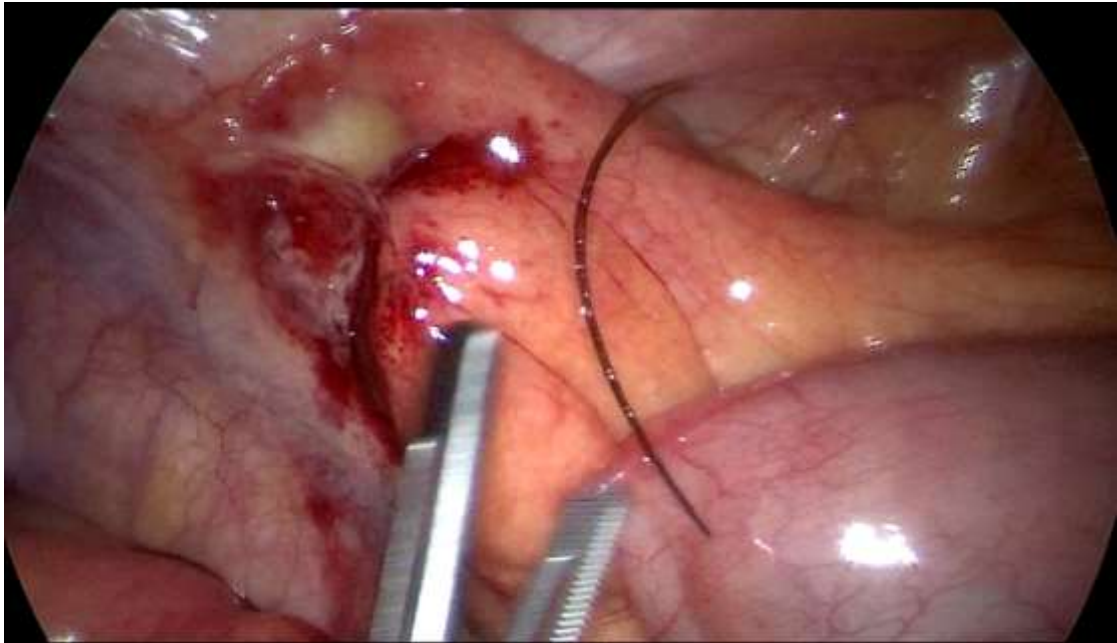
Bảng 6: Loại dị vật

Loại DV	Số lượng (n=31)	Tỉ lệ (%)
Xương	21	67,7
Tằm	8	25.8
Kẽm	2	6.5

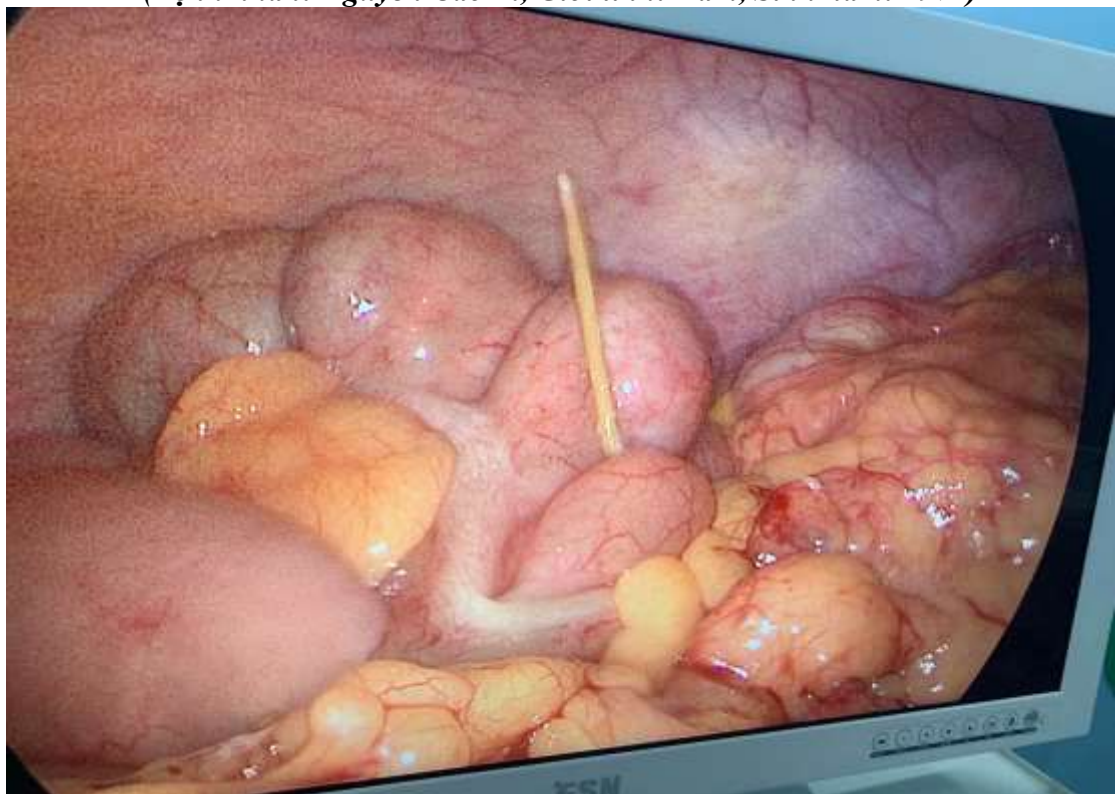
Kích thước của DV: Có 14 TH được phẫu thuật viên ghi nhận cụ thể kích thước DV. Kích thước trung bình là $3,3 \pm 1,3$ cm, ngắn nhất là 1cm, dài nhất là 6cm. 50% trong số này là DV ≥ 4 cm (7/14 TH).



Hình 1: DV dạng que nhọn trong ổ áp xe, nằm giữa manh tràng và thành bụng (Bệnh nhân: Nguyễn Cao P., Giới tính: Nam, Sinh năm: 1971)



**Hình 2: DV giống xương cá được lấy ra khỏi ổ áp xe
(Bệnh nhân: Nguyễn Cao P., Giới tính: Nam, Sinh năm: 1971)**



**Hình 3: Dị vật tằm tre xuyên thành đại tràng lên
(Bệnh nhân: Trịnh Văn H., Giới tính: Nam, Sinh năm: 1971)**

**Hình 4: Tăm tre được lấy ra ngoài****(Bệnh nhân: Trịnh Văn H., Giới tính: Nam, Sinh năm: 1971)**

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 4,0$ ngày, (3 - 25 ngày). Chỉ có 3 TH phải nằm viện hơn 10 ngày, 1 TH viêm phúc mạc toàn thể do thủng ruột non, 1 TH thủng D2 tá tràng được mổ dẫn lưu tá tràng ra da, 1 TH thủng 3 chỗ trên ruột non được khâu lại. Cả 3 TH sau đó đều ổn định và xuất viện.

Chúng tôi ghi nhận có 2 TH biến chứng nhiễm trùng vết mổ (6,5%), 1 TH mổ viêm phúc mạc toàn thể phải mổ mở, 1 TH dẫn lưu tá tràng ra da.

Không ghi nhận TH nào xì miệng nối, liệt ruột, tắc ruột sớm sau mổ. Không ghi nhận TH tử vong nào.

Tỷ lệ thành công là 100%, tất cả các ca mổ đều lấy được dị vật và xử trí được lỗ thủng.

3.3. Kiểm định sự liên quan

Có sự liên quan giữa mức độ nhiễm trùng ổ bụng và tính chất cuộc mổ (kiểm định Fisher's exact, $p=0,003$), vị trí thủng và xử trí lỗ thủng (kiểm định Fisher's exact, $p=0,036$).

Bảng 7. Sự liên quan giữa nhiễm trùng ổ bụng và tính chất cuộc mổ

Tính chất cuộc mổ	Nhiễm trùng ổ bụng		Tổng
	Khối DV	Áp xe/viêm phúc mạc	
Cấp cứu	5	14	19
Chương trình	10	2	12
Tổng	15	16	31

Kiểm định Fisher's exact, $p=0,003 (<0,05)$.

Bảng 8. Vị trí thủng và cách xử trí lỗ thủng

Xử trí lỗ thủng	Vị trí thủng			Tổng
	Tá tràng	Ruột non	Đại tràng	
Khâu lỗ thủng	2	3	1	6
Cắt nối ruột	0	8	1	9
Mở ra da	1	0	1	2
Không xử trí	1	0	0	1
Tổng	4	11	3	18

Kiểm định Fisher's exact, $p=0,036 (<0,05)$.

Không có sự liên quan:

Thời gian bệnh và tính chất cuộc mổ (cấp cứu/chương trình): Fisher's exact, $p=0,704$.

Thời gian bệnh và nhiễm trùng ổ bụng: Fisher's exact, $p=0,309$.

Thời gian bệnh và loại dị vật: Fisher's exact, $p=1,000$.

Bạch cầu và tính chất cuộc mổ: Fisher's exact, $p=0,653$.

Bạch cầu và nhiễm trùng ổ bụng: Fisher's exact, $p=0,083$.

Bạch cầu và loại dị vật: Fisher's exact, $p=1,000$.

Khả năng phát hiện dị vật trên siêu âm giữa 2 nhóm dị vật xương và tằm/kẽm: Fisher's exact, $p=0,652$.

Khả năng phát hiện dị vật trên MSCT giữa 2 nhóm dị vật xương và tằm/kẽm: Fisher's exact, $p=1,000$.

Nhiễm trùng ổ bụng và phương pháp mổ: Fisher's exact, $p=1,000$.

Nhiễm trùng ổ bụng và xử trí lỗ thủng: Fisher's exact, $p=0,793$.

Nhiễm trùng ổ bụng và loại dị vật: Fisher's exact, $p=0,704$.

Loại dị vật và đoạn ruột bị thủng: Fisher's exact, $p=0,674$.

Loại dị vật và xử trí lỗ thủng: Fisher's exact, $p=0,885$.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng**

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53,1 \pm 16,9$. Trong những nghiên cứu trước đó thì độ tuổi trung bình cũng khác nhau đáng kể, nghiên cứu của Brian K P Goh là 58, của J I Rodríguez-Hermosa là 64, của Arif Hussain Sarmast là 65, và của Theodoros Syrakos là $44,8^{2,5,6,14}$. Nhìn chung thì kết quả đều tập trung ở nhóm người trên 40 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào đối tượng là người lớn. Khi xét đến tất cả các lứa tuổi thì đối tượng thường nuốt DV là trẻ em do chưa nhận thức đầy đủ về thức ăn, có thể nuốt phải bất cứ DV nhỏ nào trong tầm tay, có thể là loại tròn nhẵn hay nhọn, có cạnh sắc¹⁵. Người lớn bình thường không nuốt các DV tròn nhẵn như nút áo, pin... mà thường nuốt phải xương do lẫn trong thức ăn, do vậy tỉ lệ biến chứng thủng cũng cao hơn chứ không phải chỉ 1% như trong y văn. Trong nghiên cứu của tác giả Đồng Thanh Thiện và cộng sự trên 63 TH nuốt DV tại bệnh viện Bình Dân, các DV đều có đầu nhọn hoặc có góc cạnh dễ gây thủng, tỉ lệ biến chứng thủng là 25,4%, tỉ lệ cần can thiệp phẫu thuật là 22,3%.

Trong số 31 bệnh nhân, chỉ có 4 bệnh nhân nhớ được có nuốt DV trước đó, chiếm tỉ lệ 12,9%, 2 TH vô tình nuốt phải (1 tằm, 1 xương cá), 2 TH là BN tâm thần phân liệt cố ý nuốt que kẽm. Các nghiên cứu trước đây cũng cho thấy phần lớn bệnh nhân không nhớ đã nuốt phải DV trước đó, nếu có thì đa số cũng là do vô tình.

Hầu hết bệnh nhân đến bệnh viện vì đau bụng cấp với 30/31 TH, chiếm tỉ lệ rất cao (96,8%). Thời gian bệnh trung bình là $12,1 \pm 27,1$ ngày (1 - 150 ngày). Trong đó hầu hết bệnh nhân đến bệnh viện trong vòng 7 ngày có triệu chứng (71,0%). Số liệu bị phân tán mạnh do có 1 BN bệnh kéo dài 5 tháng, đã điều trị nội khoa nhiều đợt, không phát hiện DV.

BN đến khám đều có đau bụng, 12/31 TH có sốt, chiếm tỉ lệ 38,7%, 1 TH tiêu phân lỏng (3,2%). Thăm khám đều chỉ thấy ấn đau khu trú một vùng trên bụng, không có TH nào đau khắp bụng, dấu hiệu đề kháng thành bụng cũng chỉ gặp ở 4/31 TH, chiếm tỉ lệ 12,9%. Quá trình thủng ruột do DV ở TH

thường diễn ra từ từ, DV mắc kẹt ở thành ruột, từ từ xuyên thủng thành ruột, lúc này chính DV lại đang bít lỗ thủng nên dịch tiêu hóa trong lòng ruột ít chảy ra ngoài cho đến khi DV đi ra khỏi hoàn toàn OTH, trong quá trình đó thì tại lỗ thủng đã dần dần được bao bọc bởi fibrin, các quai ruột và mạc nối xung quanh đến bao bọc quanh vị trí DV, nên thường thì tổn thương đã được khu trú lại, và lỗ thủng cũng có thể tự lành trước khi được can thiệp phẫu thuật. Trong một nghiên cứu so sánh giữa 2 nhóm thủng ruột non do DVĐTH và do các nguyên nhân không chấn thương khác, thì nhóm DVĐTH thường chỉ đau khu trú, có hoặc không có kích thích phúc mạc, trong khi ở nhóm còn lại thì thường gặp viêm phúc mạc toàn thể hơn¹⁶.

Dù triệu chứng đều khu trú nhưng nhiều TH vẫn có phản ứng viêm toàn thân như mạch nhanh (45,2%), sốt (22,6%). Không ghi nhận TH nào bị tụt huyết áp hay thở nhanh.

Đa số bệnh nhân có tăng bạch cầu, với 80,6%. Thủng ruột non do DVĐTH cũng như do các nguyên nhân không chấn thương khác, không có sự khác biệt đáng kể về các chỉ số bạch cầu cũng như về huyết áp, thân nhiệt¹⁶. Như vậy hầu hết bệnh nhân thủng ruột do DVĐTH có tăng bạch cầu trên xét nghiệm và thường chỉ tăng nhẹ, điều này cũng phù hợp với diễn tiến bệnh không rầm rộ và tự giới hạn ổ viêm bởi mạc nối lớn và các quai ruột lân cận khi DV từ từ xuyên qua thành ruột.

Siêu âm phát hiện được DV trong 7/31 TH, chiếm tỉ lệ 22,6%, cho thấy rằng siêu âm không phải là phương tiện chẩn đoán chính xác thủng ruột do DVĐTH.

MSCT bụng chậu cho độ chính xác cao hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, MSCT được thực hiện ở 30/31 bệnh nhân, phát hiện

được DV trong 29 TH (chiếm 96,7%), xác định được vị trí thủng trong 17 TH (56,7%). 1 TH duy nhất MSCT không phát hiện được DV là ca thủng tá tràng D2, BN nhớ rất rõ đã có nuốt nhầm tăm tre vào đêm trước nhập viện, nhưng MSCT chỉ thấy được thủng bít D2, có lẽ do tăm tre ít cản quang nên TH này không thấy được.

4.2. Điều trị phẫu thuật

Chẩn đoán trước mổ: Trong 31 TH, tất cả đều được chẩn đoán trước mổ thủng đường tiêu hóa do dị vật: 29 TH phát hiện nhờ MSCT, 1 TH nhờ tiền sử nuốt tăm (có chụp MSCT nhưng không phát hiện DV, bệnh nhân nhớ rõ tối hôm trước có nuốt nhầm tăm tre), 1 TH nhờ siêu âm thấy DV trong ổ áp xe thành bụng.

Tính chất cuộc mổ: Mặc dù phần lớn bệnh nhân nhập viện với tình trạng đau bụng cấp, nhưng không phải tất cả đều cần mổ cấp cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân được mổ cấp cứu là 19, chiếm 61,3%, phần còn lại được lên kế hoạch mổ vài ngày sau đó. Do phần lớn bệnh nhân đau bụng nhưng dấu hiệu lâm sàng khu trú, nên nhiều TH phát hiện được DV trong ổ bụng được chuẩn bị đầy đủ và lên kế hoạch mổ.

Thời gian chờ mổ: Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc được phẫu thuật trung bình là $1,6 \pm 2,1$ ngày, lâu nhất là 9 ngày kể từ lúc nhập viện. Trong những TH mổ cấp cứu thì thời gian này là 0 – 1 ngày, không có TH nào để chậm trễ qua ngày thứ 2. Như vậy trong nghiên cứu này thì không có TH bệnh cấp cứu nào bị chẩn đoán trễ, hầu như được xử lí trong vòng 1 ngày.

Phương pháp mổ: Đa số là mổ nội soi, với 23 TH (74,2%). Có 5 TH ban đầu được nội soi ổ bụng, tuy nhiên sau đó chuyển mổ mở để xử trí tổn thương, phần lớn là do viêm dính nhiều, khó thực hiện qua nội soi (tỉ lệ

16,1%). Có 3 TH được mổ mở ngay từ đầu (9,7%), 1 TH là áp xe thành bụng, 2 TH còn lại là BN tâm thần phân liệt có vết mổ mở cũ đường giữa, đã từng mổ thủng ruột do DV nhiều lần. Việc chọn mổ mở hay mổ nội soi để xử trí biến chứng thủng ruột do DVĐTH tùy thuộc vào thói quen và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Tỷ lệ mổ nội soi khá cao, tuy nhiên vẫn có nhiều trường hợp các quai ruột viêm dính nhiều khiến phẫu thuật nội soi khó khăn, buộc phải chuyển mổ mở.

Nhiễm trùng ổ bụng: Quá trình phẫu thuật chủ yếu phát hiện tổn thương khu trú (khối dị vật 48,4%, áp xe 38,7%), viêm phúc mạc toàn thể chỉ gặp trong 4/31 TH, chiếm tỷ lệ 12,9%. Điều này cũng phù hợp với triệu chứng lâm sàng và diễn tiến tự nhiên của bệnh.

Vị trí thủng: Có 18 TH xác định được vị trí thủng (58,1%), trong số này thường gặp nhất là thủng ruột non, chiếm tỷ lệ 61,1%, kế đến là tá tràng (22,2%) và đại tràng (16,7%). 13 TH không xác định được vị trí thủng, dị vật nằm hoàn toàn bên ngoài ống tiêu hóa (41,9%), được bao bọc bởi mạc nối lớn, giữa các quai ruột. Chúng tôi không ghi nhận ca nào có lỗ thủng ở trực tràng, ngoài ra những đoạn còn lại của OTH trong ổ bụng, từ tá tràng đến đại tràng Sigma đều có ghi nhận TH bị thủng. Trong những nghiên cứu khác trên thế giới, tuy DV có thể xuyên thủng thành ruột ở bất cứ vị trí nào trên OTH nhưng vị trí thường gặp nhất vẫn là đoạn hồi tràng, do đây là đoạn ruột có khẩu kính nhỏ nhất của ruột non và bị ngăn cách với đại tràng bởi van hồi manh tràng nên DV thường bị mắc lại.

Xử trí lỗ thủng: Trong số 18 TH tìm thấy lỗ thủng, 6 TH được khâu lỗ thủng đơn thuần, 9 TH cắt đoạn ruột nối ngay, 1 TH thủng bất, 1 TH thủng đại tràng được cắt

đoạn ruột rồi đưa 2 đầu ra da, 1 TH thủng D2 tá tràng được dẫn lưu lỗ thủng ra ngoài bằng ống Kehr. Những trường hợp khâu lỗ thủng đơn thuần thì đa số lỗ thủng ở ruột non và tá tràng, lỗ thủng nhỏ, ổ bụng ít viêm nhiễm. Cần cắt bỏ đoạn ruột bị thủng khi đoạn ruột viêm nhiều hoặc hoại tử, nguy cơ xì nếu khâu đơn thuần. Có 2 TH được mở thông ra da, 1 TH mở lỗ thủng D2, 1 TH thủng đại tràng trên đoạn ruột viêm mạn tính và có nhiều túi thừa, đây là những TH nguy cơ xì cao nếu như khâu lại hoặc cắt nối một thì. Các nghiên cứu khác cũng như các ca lâm sàng được báo cáo gần đây thì phần lớn cũng chỉ cần khâu đơn thuần, với kết quả tốt và ít có biến chứng sau mổ.

Dị vật: Phần lớn DV được phát hiện là xương cá (64,5%), kế đến là tăm tre (25,8%), ngoài ra các loại khác ít gặp hơn là que kẽm (6,5%) và xương gà (3,2%). Kết quả này cũng khá tương đồng với nhiều nghiên cứu khác^{1,2,4,6,14}. Người Việt Nam thường xuyên ăn cá, chế biến vẫn để xương nên tỷ lệ DV xương cá cao, đáng nói là tỷ lệ thủng ruột do tăm tre vẫn khá cao, nghiên cứu của Đồng Thanh Thiện cho ra tỷ lệ nuốt phải tăm do thói quen ngâm tăm là 17,5%. Nhìn chung tăm tre cứng, nhọn cả 2 đầu, thường dài hơn xương cá nên nguy cơ cao gây thủng đường tiêu hóa khi lỡ nuốt phải.

Kích thước trung bình của DV là $3,3 \pm 1,3$ cm, ngắn nhất là 1cm, dài nhất là 6cm. Tỷ lệ DV dài từ 4cm trở lên chiếm 50% (7/14 TH). Trong bảng phân loại DV thì lấy mốc 6cm để phân chia kích thước DV, do có nghiên cứu thấy rằng các loại DV >6cm và to hơn 2,5cm thường khó qua được tá tràng. Nghiên cứu của chúng tôi không có TH nào DV >6cm, các DV qua khỏi tá tràng và gây thủng ở những đoạn ruột rất xa như hồi tràng, đại tràng. Tác giả Đồng Thanh Thiện

cũng ghi nhận kích thước DV trung bình là 3,3cm, tuy nhiên không có sự tương quan giữa kích thước DV và vị trí DV trên đường tiêu hóa. Như vậy những DV gây biến chứng thủng ruột phần lớn có dạng có đầu nhọn, cứng, chủ yếu là xương và gỗ (tăm tre). DV dài từ 4cm trở lên dễ gây biến chứng thủng ruột.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $6,8 \pm 4,0$ ngày, ngắn nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 25 ngày. Chỉ có 3 TH phải nằm viện hơn 10 ngày, 1 TH viêm phúc mạc toàn thể do thủng ruột non, 1 TH thủng D2 tá tràng được mổ dẫn lưu tá tràng ra da, 1 TH thủng 3 chỗ trên ruột non được khâu lại. Cả 3 ca sau đó đều ổn định và xuất viện.

Biến chứng sau mổ:

Chúng tôi ghi nhận có 2 TH biến chứng nhiễm trùng vết mổ (6,5%), ngoài ra không ghi nhận biến chứng nào khác liên quan đến phẫu thuật.

Không ghi nhận TH tử vong nào.

Như vậy kết quả điều trị thủng ruột do DVĐTH khá tốt, hầu như hồi phục hoàn toàn, hiếm khi có biến chứng hoặc tử vong. Cần lưu ý vấn đề bệnh lý nội khoa ở những bệnh nhân lớn tuổi.

Tỉ lệ thành công là 100%, tất cả các ca mổ đều lấy được dị vật và xử trí được lỗ thủng. Bên cạnh phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm, MSCCT cũng đóng vai trò quan trọng trong thành công này do xác định được bệnh lý thủng ruột cùng nguyên nhân thủng là dị vật.

4.3. Kiểm định sự liên quan

Nhiễm trùng ổ bụng và tính chất cuộc mổ: các ca mổ cấp cứu thường là có nhiễm trùng ổ bụng nặng hơn, 14/16 TH áp xe/viêm phúc mạc (tỉ lệ 87,5%). Các ca mổ chương trình thường là khối dị vật (10/12 TH, tỉ lệ 83,3%). Kiểm định Fisher's exact, $p=0,003$

cho thấy có mối liên quan giữa nhiễm trùng ổ bụng và tính chất cuộc mổ. Các ca áp xe/viêm phúc mạc được phẫu thuật viên quyết định xử trí cấp cứu, các ca biểu hiện nhẹ hơn dạng khối dị vật có thể để lên kế hoạch mổ vài ngày sau đó.

Vị trí thủng và xử trí lỗ thủng: Kiểm định Fisher's exact, $p=0,036$, có sự liên quan giữa vị trí thủng và cách xử trí lỗ thủng, thủng ruột non thường được xử trí 1 thì, thủng tá tràng và đại tràng có thể cần mở thông ra da.

Không có sự liên quan giữa thời gian bệnh, bạch cầu đến kết quả phẫu thuật; không có sự khác biệt giữa 2 nhóm dị vật xương – tăm/kẽm về thời gian bệnh, bạch cầu, khả năng tìm thấy trên siêu âm, MSCCT, nhiễm trùng ổ bụng, vị trí thủng và xử trí lỗ thủng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân thủng ruột do dị vật đường tiêu hóa chủ yếu đến khám vì đau bụng cấp, MSCCT giúp chẩn đoán xác định trong phần lớn trường hợp, chẩn đoán sớm và điều trị phẫu thuật kịp thời cho kết quả tốt, ít biến chứng. Bệnh nhân thường được mổ cấp cứu khi nhiễm trùng ổ bụng nặng (áp xe, viêm phúc mạc). Có sự khác biệt về cách xử trí lỗ thủng ở các đoạn ruột khác nhau (tá tràng, ruột non, đại tràng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thiện ĐT, Việt PQ, Hùng DB.** Kết quả điều trị dị vật đường tiêu hóa tại bệnh viện Bình Dân. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2018;22(2):7.
2. **Rodriguez-Hermosa JI, Codina-Cazador A, Sirvent JM, Martin A, Girones J, Garsot E.** Surgically treated perforations of the gastrointestinal tract caused by ingested foreign bodies. Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland.

- Sep 2008;10(7):701-7. doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01401.x
3. **Sarmast AH, Showkat HI, Patloo AM, Parray F, Lone R, Wani KA.** Gastrointestinal tract perforations due to ingested foreign bodies; A review of 21 cases. *British Journal of Medical Practitioners*. 09/01 2012;5
 4. Nicolodi GC, Trippia CR, Caboclo MF, et al. Intestinal perforation by an ingested foreign body. *Radiologia brasileira*. Sep-Oct 2016;49(5): 295-299. doi:10.1590/0100-3984.2015.0127
 5. **Pinero Madrona A, Fernandez Hernandez JA, Carrasco Prats M, Riquelme Riquelme J, Parrila Paricio P.** Intestinal perforation by foreign bodies. *The European journal of surgery = Acta chirurgica*. Apr 2000;166(4): 307-9. doi:10.1080/110241500750009140
 6. **Goh BK, Chow PK, Quah HM, et al.** Perforation of the gastrointestinal tract secondary to ingestion of foreign bodies. *World J Surg*. Mar 2006;30(3):372-7. doi:10.1007/s00268-005-0490-2
 7. **Hainaux B, Agneessens E, Bertinotti R, et al.** Accuracy of MDCT in predicting site of gastrointestinal tract perforation. *AJR American journal of roentgenology*. Nov 2006;187(5): 1179-83. doi:10.2214/AJR.05.1179
 8. **Villanueva Campos AM, Martinez Rodriguez C, Tardaguila de la Fuente G, Utrera Perez E, Jurado Basildo C.** Gastrointestinal perforation caused by ingested fish bone. Computed tomography findings in 58 patients. *Radiologia*. Sep - Oct 2020;62(5): 384-391. Perforacion gastrointestinal por espina de pescado. Hallazgos radiologicos en tomografia computarizada en 58 pacientes. doi:10.1016/j.rx.2020.01.003
 9. **Pouli S, Kozana A, Papakitsou I, Daskalogiannaki M, Raissaki M.** Gastrointestinal perforation: clinical and MDCT clues for identification of aetiology. *Insights into imaging*. Feb 21 2020;11(1):31. doi:10.1186/s13244-019-0823-6
 10. **Hiến HV, Thuyết NP, Hải NV.** Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh dị vật tiêu hóa trên X quang cắt lớp điện toán. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23(1):7.
 11. **Thân TLH, Đức VT, Loan NTP.** Đặc điểm hình ảnh Xquang cắt lớp vi tính của thủng đường tiêu hóa do dị vật. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2019;23(1):6.
 12. **Hakeem A, Shanmugam V, Badrinath K, Dube M, Panto P.** Delay in diagnosis and lessons learnt from a case of abdominal wall abscess caused by fishbone perforation. *Ann R Coll Surg Engl*. Apr 2015;97(3):e39-42. doi:10.1308/003588414X14055925060154
 13. **Li C, Yong CC, Encarnacion DD.** Duodenal perforation nine months after accidental foreign body ingestion, a case report. *BMC surgery*. Sep 10 2019; 19(1):132. doi:10.1186/s12893-019-0594-5
 14. **Syrakos T, Zacharakis E, Antonitsis P, et al.** Surgical intervention for gastrointestinal foreign bodies in adults: a case series. *Med Princ Pract*. 2008;17(4):276-9. doi:10.1159/000129605
 15. **Kim SY, Park B, Kong IG, Choi HG.** Analysis of ingested foreign bodies according to age, type and location: a retrospective observational study. *Clinical otolaryngology: official journal of ENT-UK; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. Dec 2016;41(6):640-645. doi:10.1111/coa.12576
 16. **Chen Q, Huang Y, Wu Y, et al.** A comparative study of small intestinal perforation secondary to foreign body and other non-traumatic causes. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg*. Mar 2015;21(2):107-12. doi:10.5505/tjtes.2015.43896

ỨNG DỤNG THANG ĐIỂM PULP TRONG TIÊN LƯỢNG KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT THÙNG Ổ LOÉT DẠ DÀY Tá TRÀNG

Nguyễn Phúc Minh^{1,2}, Bùi Hồng Minh Hậu¹,
Bùi Thanh Phước^{1,3}, Cheng Gia Khánh^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phân tầng nguy cơ bệnh nhân trước mổ thủng ổ loét dạ dày tá tràng (Perforated peptic ulcer – PPU) là cực kỳ quan trọng trong tiên lượng bệnh. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm dự đoán tỷ lệ tử vong và biến chứng sớm 30 ngày sử dụng thang điểm PULP, so sánh tính khả dụng với các hệ thống điểm khác như ASA, Boey.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu quan sát hồi cứu trên 39 bệnh nhân được thực hiện từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024 tại Bệnh viện Bình Dân. Dữ liệu tiền, hậu phẫu và thông tin cuộc mổ được ghi nhận. Ba mô hình (PULP, ASA và Boey) được phân tích nhằm xác minh tính khả dụng.

Kết quả: Tuổi trung bình là 55,5, đau bụng là triệu chứng thường gặp với đề kháng thành bụng ghi nhận được ở 92,3% trường hợp. Thời gian phẫu thuật trung vị là 110 phút, khâu lỗ thủng là kỹ thuật được áp dụng nhiều nhất (94,9%), lỗ thủng thường gặp ở tiền môn vị (41%) và hành tá tràng (48,7%). Tỷ lệ biến chứng và tử vong lần lượt là 38,5% và 7,7%. Cả ba thang điểm PULP, ASA và Boey đều dự đoán

tốt được tình trạng tử vong với diện tích dưới đường cong (AUC) đạt lần lượt là 0,958; 0,926 và 0,87.

Kết luận: Điểm PULP dễ dàng tính toán, tính khả dụng tốt để phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân bị thủng loét dạ dày tá tràng.

Từ khóa: Thủng loét dạ dày tá tràng; PULP; Tử vong; Biến chứng sớm; Mô hình dự đoán

SUMMARY

APPLICATION OF THE PULP SCORE IN EARLY OUTCOME PROGNOSIS FOR SURGICAL TREATMENT OF PERFORATED PEPTIC ULCERS

Introduction: Preoperative risk stratification for patients with perforated peptic ulcers (PPU) is crucial for accurate prognosis. This study aims to predict mortality and 30 – day morbidity using the PULP score and compare its applicability with other scoring systems such as ASA and Boey.

Patients and methods: A retrospective observational study was conducted on 39 patients from April 2024 to October 2024 at Bình Dân Hospital. Preoperative, intraoperative, and postoperative data were recorded. Three scoring models (PULP, ASA, and Boey) were analyzed to validate their applicability.

Results: The patients with mean age of 55.5 who admitted in the hospital because of abdominal pain and revealed abdominal rigidity on clinical examination in 92.3% of cases. Perforated ulcers were predominantly located in the duodenal bulb (48.7%) and prepyloric region (41%). Simple closure of the perforated ulcer was performed in 94.9% of cases. The median

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thanh Phước
SĐT: 0778717737

Email: phuocphysics123@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

operative time was 110 minutes. Complication and mortality rates were 38.5% and 7.7%, respectively. All three scoring systems (PULP, ASA, and Boey scores) were effectively predicted mortality, with areas under the curve (AUC) were of 0.958, 0.926, and 0.87 respectively.

Conclusion: The PULP score is easy to calculate and demonstrates good applicability for risk stratification in patients with perforated peptic ulcers.

Keywords: Perforated peptic ulcer; PULP score; Mortality; Morbidity; Predictive models

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng ổ loét dạ dày tá tràng (Perforated peptic ulcer – PPU) là một biến chứng quan trọng của bệnh lý loét dạ dày tá tràng (DDTT) với tần suất ghi nhận từ các nghiên cứu trên thế giới khoảng 3,8 – 14/100.000 dân [1]. Tại Việt Nam chiếm 5 - 10% [2], là cấp cứu ngoại khoa nghiêm trọng với tỷ lệ tử vong là 8,55–30% [3].

Nhiều thang điểm tiên lượng đã được phát triển nhằm phân tầng nguy cơ trong điều trị, bao gồm Boey, ASA, POMPP, Mannheim, APACHE II, POSSUM, PULP, Jabalpur

[2]... Tuy nhiên, giá trị và tính ứng dụng của các thang điểm này vẫn là vấn đề tranh luận trong y văn.

Năm 2012, Moller và cộng sự tại Đan Mạch nghiên cứu trên 2.668 bệnh nhân thủng DDTT, đề xuất thang điểm PULP với 8 thành tố (bảng 1), đạt diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,83, vượt trội so với Boey (AUC = 0,7) và ASA (AUC = 0,78) [4]. Saafan và cộng sự cũng xác nhận PULP là thang điểm duy nhất tiên đoán biến chứng 30 ngày sau mổ với AUC 0,72 với điểm cắt là 3 [5].

Mục tiêu nghiên cứu là đánh giá giá trị thang điểm PULP trong tiên lượng kết quả sớm phẫu thuật thủng loét DDTT tại Bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

39 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật vì thủng loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024. Thang điểm PULP (bảng 1) với 08 thành tố là nền tảng trong việc phân tầng nguy cơ trong nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 1. Thang điểm PULP

Yếu tố	Điểm
Tuổi > 65	3
Bệnh ác tính tiến triển/AIDS	1
Xơ gan	2
Sử dụng steroid (Hội chứng Cushing)	1
Sốc	1
Nhập viện sau 24 giờ	1
Creatinine máu > 1,47 mg/dL	2
Điểm ASA	
- ASA 2	1
- ASA 3	3
- ASA 4	5
- ASA 5	7

Tổng điểm: 0-18 điểm

Tỷ lệ tử vong

- 0-7 điểm: Nguy cơ thấp $\leq 25\%$

- 7-18 điểm: Nguy cơ cao $> 25\%$

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn vào

- Người bệnh được chẩn đoán và mổ cấp cứu do bệnh lý thủng ổ loét dạ dày tá tràng
- Chẩn đoán xác định thủng do loét lành tính được đánh giá trong mổ và/hoặc giải phẫu bệnh sau mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền căn phẫu thuật cắt dạ dày có thực hiện miệng nối hoặc làm thay đổi cấu trúc dạ dày.
- Hồ sơ bệnh án ghi không đầy đủ, không rõ ràng

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Quan sát hồi cứu

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Bình Dân.

Thống kê mô tả với các biến số trước – trong và sau phẫu thuật.

Thống kê phân tích qua thực hiện các test kiểm định để đánh giá tính chính xác của thang điểm PULP trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong và biến chứng sớm ở những bệnh nhân bị thủng loét dạ dày tá tràng đã được phẫu thuật, đồng thời xác định "giá trị ngưỡng" của thang điểm PULP. Thang điểm bao gồm tám tham số (bảng 1) được đánh giá và tính điểm. Các kết quả dự đoán sau đó được so sánh với kết quả quan sát trong quá trình theo dõi 30 ngày, từ đó xác định độ chính xác của thang điểm PULP.

Thu thập và xử lý số liệu trên phần mềm Excel và SPSS 25.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $P < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu khảo sát trên 39 bệnh nhân với độ tuổi trung bình là $55,51 \pm 18,89$ tuổi, lớn nhất là 84 tuổi và nhỏ nhất là 16 tuổi, có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi trên và dưới 65 tuổi với biến cố tử vong ($P < 0,05$). Tỷ lệ nam/nữ là 11:2. 17 bệnh nhân có bệnh nền nội khoa kèm theo chiếm tỷ lệ 43,6%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nền và biến cố tử vong ($P > 0,05$). 23,1% bệnh nhân có tiền căn viêm dạ dày hoặc dùng thuốc NSAIDs. 16 bệnh nhân nhập viện > 24 giờ, trong đó có 03 bệnh nhân tử vong, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê quan sát được ($P > 0,05$). Triệu chứng đau bụng đột ngột khi nhập viện, dấu đề kháng thành bụng chiếm lần lượt là 97,4% và 91,3%. X-quang bụng ở tư thế đứng cho hình ảnh khí tự do dưới cơ hoành ở 79,5% bệnh nhân. 16/39 bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu và tất cả đều cho thấy hình ảnh khí tự do hoặc mất liên tục thành dạ dày

Phẫu thuật cấp cứu được thực hiện cho tất cả bệnh nhân theo quy trình 2 giờ từ lúc nhập viện đến lúc phẫu thuật tại Bệnh viện Bình Dân. 26/39 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật nội soi ban đầu chiếm tỷ lệ 66,7%, trong đó có 9 trường hợp (23,1%) phải chuyển mổ hở vì vị trí lỗ thủng khó khăn trong tiếp cận nội soi, lỗ thủng lớn, áp xe phúc mạc và tình trạng viêm phúc mạc nặng, còn lại 13 trường hợp (33,3%) được phẫu thuật hở từ đầu vì tình trạng sốc, nhiễm khuẩn huyết nặng hoặc tùy kinh nghiệm phẫu thuật viên, được trình bày chi tiết ở bảng 2.

Thời gian phẫu thuật trung bình 110 ± 35 phút (ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 210 phút trong một trường hợp phải cắt dạ dày). Kích thước của ổ loét thường gặp nhất là nhỏ hơn 10 mm chiếm 66,7% và 89,7% ổ loét nằm ở hành tá tràng hoặc tiền môn vị. 94,9% bệnh nhân được khâu lỗ thủng đơn thuần có hoặc không có đắp mạc nối lớn, 1 bệnh nhân phải cắt dạ dày vì lỗ thủng không lỗ > 3cm và 1 bệnh nhân được thực hiện phương pháp

3 ống cũng vì lý do tương tự. Tất cả các bệnh nhân bị loét dạ dày đều được sinh thiết bờ loét và/hoặc đánh giá trong mổ về khả năng ác tính. Hậu phẫu có 4 bệnh nhân nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực (ICU) và 3 bệnh nhân tử vong do viêm phổi nặng, sốc nhiễm trùng không hồi phục. Thời gian nằm viện trung vị là 8 ngày. Tỷ lệ biến chứng sớm, xì rò tiêu hóa và phải mổ lại lần lượt là 38,5%, 5,1% và 2,6%.

Bảng 2. Thời gian và phương pháp phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	110 (IQR 90 – 120)
PTNS (17 ca chiếm 43,6%)	108
Mổ mở (13 ca chiếm 33,3%)	95
PTNS chuyển mổ hở (9 ca chiếm 23,1%)	135
Kỹ thuật mổ	Số BN (tỉ lệ %)
Cắt dạ dày	1 (2,6%)
Phương pháp 3 ống	1 (2,6%)
Khâu đơn thuần	23 (59%)
Khâu + đắp mạc nối	14 (35,9%)

Chúng tôi đã xác nhận tính hiệu quả của ba hệ thống dự đoán nguy cơ tử vong và biến chứng sớm thường được sử dụng trong bệnh lý thủng ổ loét dạ dày tá tràng: ASA; Boey và PULP, thể hiện trong bảng 3.

Bảng 3. Phân bố ASA, điểm Boey và PULP trước mổ và mối liên quan biến cố tử vong và biến chứng sớm 30 ngày

Thang điểm	Mức điểm	Số BN	Tử vong			Biến chứng sớm		
			Có	Không	P-value	Có	Không	P-value
Điểm ASA	1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	< 0,05 *Fisher	0 (0%)	0 (0%)	< 0,05 *Fisher
	2	20 (51,3%)	0 (0%)	20 (51,3%)		4 (10,3%)	16 (41,0%)	
	3	17 (43,6%)	1 (2,6%)	16 (41%)		8 (20,5%)	9 (23,1%)	
	4	2 (5,1%)	2 (5,1%)	0 (0%)		2 (5,1%)	0 (0%)	
	5	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)		0 (0%)	0 (0%)	
Trung vị (min, max)			4(3,4)	2 (2,3)	< 0,01 *MW	3,5 (1, 10)	10 (8, 12)	< 0,01 *MW
Điểm Boey	0	13 (33,3%)	0 (0%)	13 (33,3%)	< 0,05 *Fisher	0 (0%)	13 (33,3%)	0,095 *Fisher
	1	9 (23,1%)	0 (0%)	9 (23,1%)		0 (0%)	9 (23,1%)	
	2	16 (41%)	2 (5,1%)	14 (35,9%)		2 (5,1%)	14 (35,9%)	
	3	1 (2,6%)	1 (2,6%)	0 (0%)		1 (2,6%)	0 (0%)	

Trung vị (min, max)			2 (2, 3)	1 (0, 2)	< 0,01 *MW	2 (0,3)	1 (0,2)	
Điểm PULP	0-7 với tử vong (0-3 với biến chứng)	31 (79,5%)	0 (0%)	31 (79,5%)	< 0,001 *Fisher	3 (7,7%)	13 (33,3%)	< 0,05 *Fisher
	8-18 với tử vong (4-18 với biến chứng)	8 (20,5%)	3 (7,7%)	5 (12,8%)		12 (30,8%)	11 (28,2%)	
Trung vị (min, max)			10 (8, 12)	3,5 (1, 10)	< 0,01 *MW	3,5 (1, 10)	10 (8, 12)	< 0,001 *MW

Các kiểm định Chi-square và Mann Whitney U được sử dụng để phân tích mối liên hệ giữa các thang điểm tiên lượng và kết cục lâm sàng. Kết quả từ kiểm định Chi-square cho thấy điểm PULP trước mổ và ASA có liên quan có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ tử vong và biến chứng sớm, trong khi điểm Boey chỉ liên quan đến tỷ lệ tử vong. Kiểm định Mann Whitney U cho thấy sự khác biệt đáng kể trong phân phối điểm PULP và ASA giữa các nhóm có tử vong và biến chứng.

Bảng 4 trình bày các chỉ số độ nhạy, độ đặc hiệu và diện tích dưới đường cong ROC (AUC) của ba thang điểm đối với dự đoán tử vong và biến chứng sớm. Tỷ lệ tử vong tổng

thể trong nghiên cứu là 7,7% (3/39). Trong dự đoán biến chứng sớm sau mổ, chỉ có ASA và PULP cho thấy liên quan có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Cả ba thang điểm có AUC tương tự trong dự đoán tử vong, nhưng PULP nổi bật nhất với AUC 0,958. Đối với dự đoán biến chứng, PULP có AUC 0,822, cao hơn ASA (0,722).

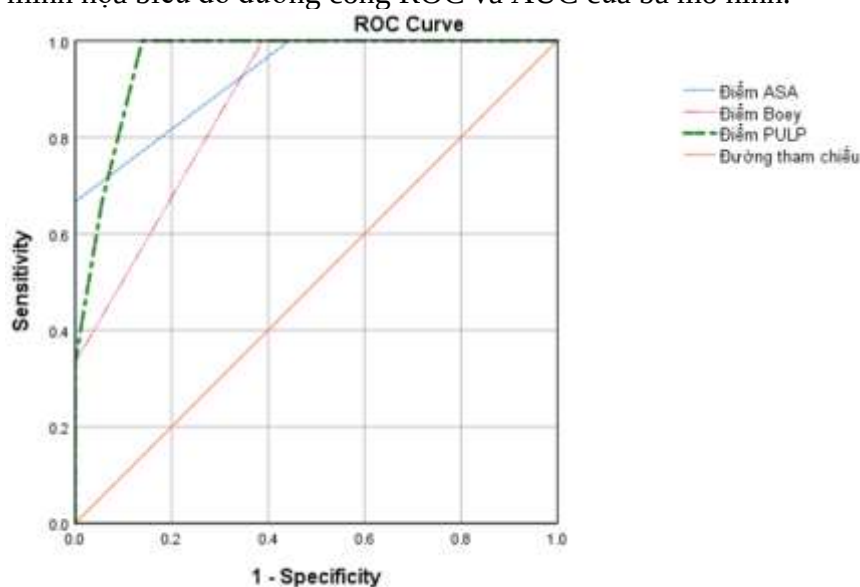
Điểm cắt tối ưu được xác định qua đường cong ROC. Thang điểm PULP đạt AUC 95,8% tại điểm cắt > 7, với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 86,1% trong dự đoán tử vong, và AUC 82,2% tại điểm cắt > 4, với độ nhạy 80% và độ đặc hiệu 83,3% trong dự đoán biến chứng sớm. Tương tự cho điểm ASA và Boey được so sánh trong bảng 4.

Bảng 4: Ngưỡng tối ưu và các chỉ số độ chính xác của hệ thống thang điểm ASA, Boey, PULP đối với dự đoán tử vong & biến chứng sớm

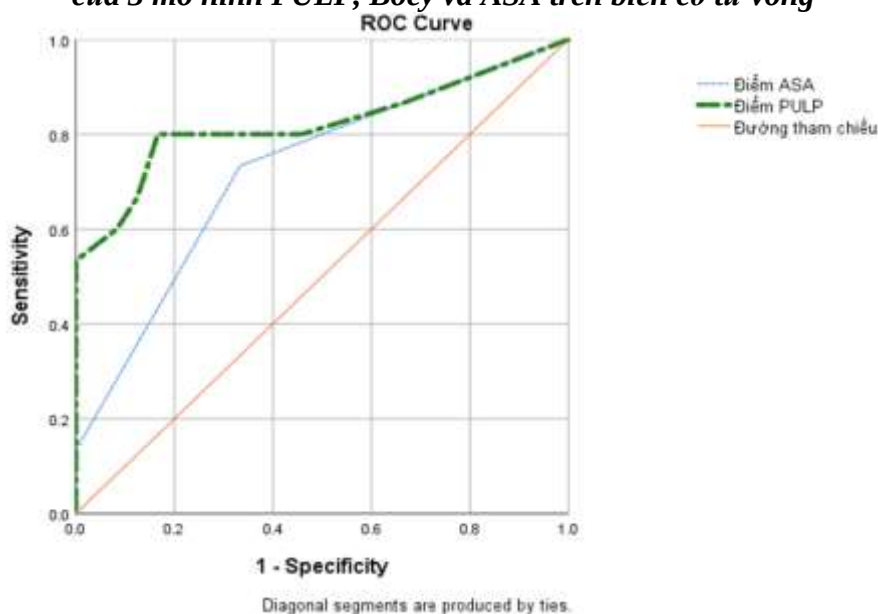
Thang điểm	AUC (95% CI)	SE	Điểm cắt	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Tiên đoán dương (PPV)	Tiên đoán âm (NPV)	Nguy cơ (OR) (95% CI)
Tử vong								
ASA	0,926 (0,772 – 1,000)	0,079	(>) 3	66,7%	100%	100%	97,2%	
Boey	0,87 (0,704 – 1,000)	0,085	(>) 2	100%	61,1%	100%	94,7%	
PULP	0,958 (0,888 – 1,000)	0,036	(>) 7	100%	86,1%	37,5%	100%	7,2 (3,2 – 16,2)

Biến chứng sớm								
ASA	0,722 (0,553 – 0,891)	0,086	(>) 1	73,3%	66,7%	35,9%	0%	
PULP	0,822 (0,665 – 0,980)	0,08	(>) 4	80%	83,3%	52,1%	81,3%	4,7 (1,1 – 21,2)

Hình 1, 2 minh họa biểu đồ đường cong ROC và AUC của ba mô hình.



Hình 1. Diện tích dưới đường cong AUC và đường cong ROC của 3 mô hình PULP, Boey và ASA trên biến cổ tử vong



Hình 2. Diện tích dưới đường cong AUC và đường cong ROC của 2 mô hình PULP và ASA trên biến cổ biến chứng sớm

IV. BÀN LUẬN

Về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận độ tuổi trung bình là $55,51 \pm 18,89$, thấp nhất là 16 và cao nhất là 84, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thiện Trung với tuổi trung bình 51,05 [3] và của Lâm Việt Trung tại bệnh viện Chợ Rẫy là $64,5 \pm 16,3$ [4], nhóm tuổi từ 65 tuổi trở lên có sự liên quan tới tử vong, tương tự như kết quả trong nghiên cứu của Møller MH và Lohsiriwat V [2, 5]. Về giới tính, nam có tỉ lệ khoảng 85% và nữ khoảng 15%, khá tương đồng với các nghiên cứu trước đây với tỉ lệ nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ dao động từ 1:1 tới 5:1 [4]. Trong mẫu nghiên cứu có 43,6% trường hợp có ít nhất một bệnh kèm theo, làm tăng nguy cơ tử vong trong thủng loét dạ dày tá tràng [4]. Mặc dù, chỉ ghi nhận tuổi cao là có liên quan có ý nghĩa thống kê với biến cố tử vong, nhưng có thể quan sát được xu hướng của sự xuất hiện biến cố tử vong (3/39 ca chiếm 100%) nếu thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện > 24 giờ, hay có bệnh nền kèm theo, tương tự với các nghiên cứu khác [5]. Đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (97,3%) với dấu hiệu đề kháng thành bụng lên đến 92,3%, sốc trước mổ chỉ ghi nhận ở 04 (10,3%) trường hợp. Đa số bệnh nhân nhập viện hơn 24 giờ từ thời điểm khởi phát, đặt ra thách thức trong việc nhận diện sớm, phổ cập đến người dân tại tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

Thủng ổ loét vùng tiền môn vị và tá tràng được ghi nhận chiếm đa số trong mẫu của chúng tôi (89,7%), kích thước bờ lỗ thủng

gặp nhiều nhất từ 5 – 20mm, kết quả này tương tự với Lâm Việt Trung báo cáo ở Bệnh viện Chợ Rẫy [4], tỷ lệ này có thể giải thích vì loét tá tràng thường gặp hơn loét dạ dày do vậy biến chứng thủng do loét ở tá tràng gặp nhiều hơn. Loét tá tràng thường phổ biến nhất ở hành tá tràng, trong khi đó loét dạ dày phổ biến nhất nằm trên bờ cong nhỏ [1]. Theo đó, chúng tôi ghi nhận 49% trường hợp thủng loét hành tá tràng, tương tự như nghiên cứu khác [4], có thể lý giải bằng việc vị trí hành tá tràng là phần di động và được phúc mạc che phủ. Ngoài ra, vị trí này có thể dễ dàng phát hiện và bộc lộ trong lúc phẫu thuật nên có thể ghi nhận dễ dàng trong đa số các trường hợp. Kích thước lỗ thủng ổ loét dạ dày - tá tràng là một trong những yếu tố liên quan đến tỷ lệ biến chứng và tử vong cũng như liên quan về chỉ định phương pháp điều trị [4]. Trong nghiên cứu này, kích thước lỗ thủng < 10mm gặp trong 66,7% số ca, kết quả tương đồng với đa số các nghiên cứu khác đều ghi nhận thủng ổ loét dạ dày – tá tràng có kích thước < 10 mm [4]. Thời gian phẫu thuật trung bình là 100 ± 35 phút, tương đồng khi so sánh với các nghiên cứu trung bình dao động từ 50 đến 129 phút [6].

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu là 7,7%, tương đồng với các nghiên cứu của Lâm Việt Trung (5,8% tại Bệnh viện Chợ Rẫy) [4], tương tự Kim J.M ở Hàn Quốc [6], tỷ lệ dao động 8,55% - 30% trong các tổng quan lớn [7, 8]. Tỷ lệ tử vong này thấp hơn so với một nghiên cứu PULP gốc ở Đan Mạch [9], trong đó báo cáo tỷ lệ tử vong là 27%. Nguyên nhân tỷ lệ tử vong thấp hơn trong loạt ca của

chúng tôi có thể được giải thích bởi các yếu tố sau: tuổi trẻ hơn (55,5 so với 70,9 tuổi), tỷ lệ nam giới cao hơn (84,6% so với 45%), ít bệnh đồng mắc hơn (43,6% so với 68%) và ít bệnh nhân bị sốc trước phẫu thuật hơn (10,3% so với 16,1%). Tỷ lệ biến chứng sau mổ thủng dạ dày tá tràng dao động 21 – 43% [10], tương tự nghiên cứu của chúng tôi là 38,5%. Biến chứng đáng lo ngại nhất trong phẫu thuật thủng loét dạ dày tá tràng là xì rò tiêu hóa, Hung CL và cộng sự lý giải cho tỷ lệ xì rò thấp là điểm Boey ≤ 2 [11], nhưng tất cả hai bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có điểm Boey là 2 điểm và chúng tôi cũng chỉ ra rằng thang điểm Boey không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với biến chứng sớm sau mổ. Tuy nhiên, cả 2 ca đều có điểm PULP là 10 điểm, phù hợp với mức điểm cắt ngang tiên lượng sự xuất hiện biến chứng sớm trong 30 ngày của tác giả Saafan và cộng sự [12].

Diện tích dưới đường cong (AUC) của điểm ASA trong dự đoán tỷ lệ tử vong là 0,926 và 0,722 trong dự đoán biến chứng sớm, điểm ASA có khuyết điểm là không bao gồm các thông số được biết đến là yếu tố dự báo tử vong (bệnh nền, thời gian của triệu chứng, sốc trước mổ,...) và còn phụ thuộc vào sự khác biệt giữa người đánh giá. Ngược lại, điểm Boey được xây dựng dành riêng cho bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng, dễ sử dụng và không bị ảnh hưởng bởi sự khác biệt giữa các đánh giá viên. AUC của điểm Boey trong dự đoán tỷ lệ tử vong là 0,87 và không có liên quan có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện biến chứng sớm trong

nghiên cứu này. Do đó, có khả năng một hệ thống tính điểm bao gồm các biến số bổ sung này có thể mang lại độ chính xác cao hơn. Điểm AUC cho thang điểm PULP đạt cao nhất trong mô hình tiên đoán tử vong và biến chứng sớm, lần lượt là 0,958 và 0,822. Trong nghiên cứu này, điểm cắt của thang điểm PULP, với giá trị độ nhạy và độ đặc hiệu tốt nhất, là 7,5 đối với biến cố tử vong và 4,5 với biến chứng sớm, tuy nhiên có thể thấy giá trị tiên đoán dương (PPV) trong tiên lượng kết quả sớm của thang điểm PULP còn khá thấp (37,5% với tử vong, 52,1% với biến chứng sớm) đồng nghĩa với việc cần xác định kỹ hơn các trường hợp có nguy cơ cao nhằm hạn chế chẩn đoán quá mức độ nặng của bệnh. Mặt khác, giá trị tiên đoán cũng bị ảnh hưởng bởi tỷ lệ hiện hành nên cần thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nhằm xác định tính chính xác của giá trị này. Thang điểm PULP có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn so với thang điểm ASA và Boey trong tiên đoán tử vong, lần lượt là 100% và 86,1%. Điều này có nghĩa là khả năng của mô hình tính điểm PULP trong việc dự đoán tử vong ở bệnh nhân thủng dạ dày là 100%, trong khi khả năng loại trừ sự hiện diện tử vong sau mổ của thủng dạ dày là 86,1%. PULP là một test có độ nhạy rất cao (100%) và NPV tuyệt đối (100%), phù hợp với các trường hợp cần phát hiện toàn bộ bệnh nhân có nguy cơ nặng để không bỏ sót điều trị. Nghiên cứu của Anand và cộng sự vào năm 2018 gợi ý rằng độ nhạy và độ đặc hiệu của thang điểm PULP tương tự với nghiên cứu này, lần lượt là 100% và 92,6% [13]. Ngoài

ra, nghiên cứu của Kurniawati và cộng sự vào năm 2019 cũng tìm thấy giá trị độ nhạy gần bằng nghiên cứu này (91,7%), nhưng độ đặc hiệu lại thấp hơn (65,4%) với điểm cắt của PULP là 7 [14]. Một nghiên cứu khác của Saafan và cộng sự vào năm 2019 trong việc tiên đoán biến chứng sớm cho thấy thang điểm PULP với điểm cắt là 3 có độ nhạy (64,71%), độ đặc hiệu cao hơn (74,63%) [12], thấp hơn giá trị độ nhạy (80%) và độ đặc hiệu (83,3%) với điểm cắt 4,5 điểm trong nghiên cứu này. Dựa trên độ chính xác này, có thể kết luận rằng hệ thống tính điểm PULP có độ chính xác cao hơn so với hệ thống ASA và Boey trong việc dự đoán tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng ở bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày – tá tràng.

Hạn chế của nghiên cứu là thực hiện hồi cứu trên cỡ mẫu nhỏ chỉ gồm 39 bệnh nhân được trong thời gian nghiên cứu ngắn chỉ 6 tháng, khiến cho việc đánh giá các yếu tố độc không đạt được sức mạnh thống kê. Việc thực hiện nghiên cứu tiền cứu với cỡ mẫu lớn là điều cần thiết cần thực hiện để xác định tính khả dụng của điểm PULP.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm PULP hỗ trợ phân tầng nguy cơ và phân loại ưu tiên điều trị cho bệnh nhân thủng ổ loét dạ dày tá tràng, giúp xác định và điều chỉnh các rối loạn tiền phẫu, chuyển bệnh nhân sau phẫu thuật đến đơn vị chăm sóc tích cực, thiết lập mức độ và phạm vi theo dõi, cũng như việc đưa bệnh nhân vào các phác đồ chăm sóc đặc biệt trước và trong phẫu thuật.

VI. CAM ĐOAN

Tôi xin cam đoan đây là công trình nghiên cứu của nhóm chúng tôi. Các thông tin trong báo cáo là hoàn toàn trung thực và chưa từng được công bố trong bất kỳ công trình nghiên cứu nào khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Minh Trí, Đỗ Đình Công.** Thủng ổ loét dạ dày tá tràng, trong Bệnh học Ngoại khoa tiêu hóa. Nhà xuất bản Y học: Bộ môn Ngoại, Đại học Y Dược TP.HCM, 2021, tr. 32–33.
2. **Thorsen, K., Soreide, J.A., & Soreide, K.** Scoring systems for outcome prediction in patients with perforated peptic ulcer. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2013, 21: 25.
3. **Trần Thiện Trung.** Điều trị bệnh học ngoại khoa tiêu hóa: Điều trị thủng dạ dày. Nhà xuất bản Y học, 2001, tr. 245.
4. **Nguyễn Văn Thanh, Lâm Việt Trung, Lê Văn Tuấn, và cộng sự.** Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu thủng dạ dày - tá tràng do loét bằng chỉ có gai. *Tạp chí Y Dược Thực hành* 175, 2023, 32: 9.
5. **Moller, M.H., et al.** Risk factors in patients surgically treated for peptic ulcer perforation. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2009, 44(2): 145–152.
6. **Kim, J.M., et al.** Analysis of risk factors for postoperative morbidity in perforated peptic ulcer. *Journal of Gastric Cancer*, 2012, 12(1): 26–35.
7. **Lau, J.Y., et al.** Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: Incidence, recurrence, risk factors

- and mortality. *Digestion*, 2011, 84(2): 102–113.
8. **Chung, K.T., & Shelat, V.G.** Perforated peptic ulcer - an update. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, 2017, 9(1): 1–12.
9. **Moller, M.H., et al.** The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: A predictor of mortality following peptic ulcer perforation. A cohort study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 2012, 56(5): 655–662.
10. **Anbalakan, K., et al.** Five-year experience in management of perforated peptic ulcer and validation of common mortality risk prediction models: Are existing models sufficient? A retrospective cohort study. *International Journal of Surgery*, 2015, 14: 38–44.
11. **Lo, H.C., Wang, S.C., Huang, H.C., Yeh, C.C., Huang, J.C., & Hsieh, C.H.** Laparoscopic simple closure alone is adequate for low-risk patients with perforated peptic ulcer. *World Journal of Surgery*, 2011, 35: 1873–1878.
12. **Saafan, T., et al.** Assessment of PULP score in predicting 30-day perforated duodenal ulcer morbidity and comparison of its performance with Boey and ASA: A retrospective study. *Annals of Medicine and Surgery (London)*, 2019, 42: 23–28.
13. **Anand, D.C.** Comparison of effectiveness of Boey Score and PULP Score in assessment of severity in peptic ulcer perforations: Prospective study. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 2018, 17(11): 7.
14. **Kurniawati, I., Wicaksana, K., Mahadewa, T.G.B., & Jeanne, B.** Diagnostic validity of PULP (Peptic Ulcer Perforation) score in predicting mortality in patients with operated perforated peptic ulcer in Sanglah Hospital - Denpasar. *Neurologico Spinale Medico Chirurgico (NSMC)*, 2019, 2: 11–15.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY SAU HOÁ TRỊ

Hoàng Thị Nga², Nguyễn Vũ Tuấn Anh^{1,2},
Nguyễn Phúc Minh^{1,2}, Nguyễn Tạ Quyết^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày sau hóa trị mang lại kết quả tốt và có nhiều ưu điểm so với hoá trị hay phẫu thuật đơn thuần trên những bệnh nhân ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi hồi cứu 32 trường hợp ung thư dạ dày được phẫu thuật sau hóa trị tại Bệnh viện Bình Dân trong thời gian từ tháng 01/2019 đến 8/2024. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt ca.

Kết quả: Tuổi trung bình là 57,6 (26 – 76 tuổi). Nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5%. Bệnh nhân được nội soi dạ dày chẩn đoán với kết quả giải phẫu bệnh carcinom tuyến, đánh giá giai đoạn dựa trên CT scan ngực – bụng có tiêm chất cản quang (100%). Trong đó, 8 trường hợp (25%) hạch Bulky, 12 trường hợp (37,5%) xâm lấn tại chỗ (T4b) và 12 trường hợp (37,5%) thuộc nhóm ung thư giai đoạn tiến xa (M1). Các trường hợp trong nghiên cứu được hoá trị trước phẫu thuật với số chu kỳ không đồng nhất với 62,5% trường hợp hóa trị 4 chu kỳ, 34,4% trường hợp hóa trị 8 chu kỳ và 3,1% trường hợp hóa trị 12 chu kỳ. Thời gian trung bình từ sau hóa trị đến phẫu thuật là 35 ngày. Sau hóa trị, có 4 trường hợp (12,5%) không thể cắt dạ dày, 28 trường hợp

(87,5%) phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch. Thời gian phẫu thuật trung bình là 205 phút (120 – 320 phút). Lượng máu mất trung bình là 105ml (20 – 500ml). Số hạch nạo vét được trung bình là 14 hạch (0 - 52 hạch), trong đó trung bình hạch di căn là $1,41 \pm 2,66$ hạch. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,9 \pm 2,1$ ngày. Không có trường hợp tử vong do phẫu thuật. Có một trường hợp chảy máu động mạch vị tá ở ngày hậu phẫu 3, hai trường hợp rò mồm tá tràng ở ngày hậu phẫu 10 và 27, hai trường hợp viêm phổi sau phẫu thuật, hai trường hợp nhiễm trùng vết mổ, một trường hợp hẹp miệng nối thực quản - hồng tràng sau phẫu thuật 1 năm. Có 25 trường hợp (78,1%) tiếp tục được hoá trị sau phẫu thuật.

Kết luận: Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển được hóa trị sau đó phẫu thuật cắt dạ dày về mặt kỹ thuật an toàn và có tính khả thi, về mặt sống còn không bệnh và ung thư học cần có thời gian theo dõi lâu hơn và cần số lượng mẫu nhiều hơn mới có thể đánh giá được.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, hóa trị tân hỗ trợ, phẫu thuật chuyển đổi.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES FOR GASTRIC CANCER TREATMENT FOLLOWING CHEMOTHERAPY

Introduction: Surgical treatment of gastric cancer following chemotherapy yields favorable results and offers several advantages compared to chemotherapy alone or surgery alone in patients with advanced gastric cancer.

Materials and methods: We retrospectively reviewed 32 cases of gastric cancer patients who underwent surgery after chemotherapy at Bình

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Nga

SĐT: 0967447758

Email: hoangthinga1396@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Dan Hospital from January 2019 to August 2024. Study method: retrospective descriptive case series.

Results: The average age was 57,6 (ranging from 26 to 76 years). Males comprised 62,5%, and females 37,5%. Patients were diagnosed through gastroscopy with histopathological results showing adenocarcinoma, and staging was assessed through contrast-enhanced CT scans of the chest and abdomen (100%). Among these, 8 cases (25%) had bulky lymph nodes, 12 cases (37.5%) had locally advanced tumors (T4b), and 12 cases (37.5%) had advanced metastatic cancer (M1). Patients received chemotherapy before surgery, with varying cycles: 62.5% received 4 cycles, 34.4% received 8 cycles, and 3.1% received 12 cycles. The average interval from the end of chemotherapy to surgery was 35 days. After chemotherapy, 4 cases (12.5%) were unable to undergo gastrectomy, while 28 cases (87.5%) underwent gastrectomy with lymphadenectomy. The average operation time was 205 minutes (ranging from 120 to 320 minutes). The average blood loss was 105 ml (ranging from 20 to 500 ml). The average number of lymph nodes dissected was 14 (ranging from 0 to 52), with an average of 1.41 ± 2.66 metastatic nodes. The average postoperative hospital stay was 7.9 ± 2.1 days. There were no surgical deaths. Complications included one case of bleeding from the gastroduodenal artery on postoperative day 3, two case of duodenal stump leakage on postoperative day 10 and day 27, two cases of pneumonia, two cases of wound infection, and one case of esophagojejunal anastomotic stricture 12 months after surgery. Of the patients, 25 (78,1%) continued chemotherapy after surgery.

Conclusion: For patients with advanced gastric cancer, performing a gastrectomy after neoadjuvant chemotherapy is technically safe and

feasible. However, long-term follow-up and larger sample sizes are needed to fully assess cancer-free survival and oncological outcomes.

Keywords: Gastric cancer, neoadjuvant chemotherapy, conversion surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2022, tại Việt Nam ung thư dạ dày là bệnh lí ác tính thường gặp đứng hàng thứ 5, tỉ lệ tử vong đứng hàng thứ 3 sau ung thư gan và ung thư phổi. Tiên lượng của ung thư dạ dày được xác định dựa vào giai đoạn bệnh. Hầu hết bệnh nhân chỉ đến khám khi có triệu chứng, tại thời điểm chẩn đoán thì bệnh ở giai đoạn tiến triển nên có tiên lượng kém. Cho đến hiện nay, điều trị ung thư dạ dày là kết hợp đa mô thức, trong đó phẫu thuật triệt căn giữ vai trò chính cho ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển.

Hóa trị trước phẫu thuật với ưu điểm có thể thực hiện cường độ liều đủ, tỉ lệ hoàn thành cao và xác định xem liệu khối u nhạy với liệu pháp hóa trị hay không, làm tăng khả năng phẫu thuật bằng cách giảm giai đoạn khối u, loại bỏ di căn vi thể. Những lợi ích tiềm năng khác của hóa trị trước phẫu thuật làm tăng tỉ lệ điều trị triệt căn và khởi đầu hóa trị toàn thân sớm hơn, từ đó góp phần cải thiện kết quả sống còn lâu dài. Gần đây các nghiên cứu chỉ ra rằng, phẫu thuật cắt dạ dày đối với những trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển sau một số phác đồ hóa trị có thể cho kết quả tốt về mặt sống còn. Với những trường hợp ung thư dạ dày tiến triển không còn khả năng phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật cắt dạ dày sau hóa trị được gọi là phẫu thuật chuyển đổi là một chiến lược điều trị đang được quan tâm. Phẫu thuật chuyển đổi được định nghĩa là một phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích điều trị triệt căn (đạt được diện cắt R0) hoặc có thể cắt

giảm khối khi các khối u ban đầu được coi là không thể cắt bỏ về mặt kỹ thuật hay ung thư học, có đáp ứng với hóa trị.¹ Tuy nhiên đến nay vẫn chưa có sự đồng thuận về các tiêu chuẩn chọn bệnh, các phác đồ hóa trị cũng như thời gian tốt nhất cho phẫu thuật. Bài viết này của chúng tôi mô tả kết quả ban đầu của phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày sau hóa trị tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến của dạ dày, được hóa trị trước, sau đó phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2019 đến 8/2024.

Tiêu chuẩn chọn vào:

- Ung thư biểu mô tuyến của dạ dày
- CT scan ngực – bụng hoặc nội soi ổ bụng, có các đặc điểm: xâm lấn tại chỗ (T4b), hạch Bulky (là những hạch bạch huyết nằm xung quanh động mạch thân tạng và các nhánh của nó (bao gồm động mạch gan chung, động mạch gan riêng và động mạch lách) với một hạch có đường kính ≥ 3 cm hoặc ít nhất hai hạch dính chùm có đường kính $\geq 1,5$ cm mỗi hạch), di căn xa như di căn gan, di căn hạch cạnh động mạch chủ, di căn phúc mạc và di căn những cơ quan khác như buồng trứng, phổi, hạch thượng đòn. Bệnh nhân có thể thực hiện phẫu thuật giảm

nhẹ lần đầu như nối vị tràng, mở hồng tràng nuôi ăn để điều trị biến chứng.

- Được hóa trị ít nhất 2 chu kì trước phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại ra:

- Bệnh nhân ung thư dạ dày được hóa trị trước phẫu thuật nhưng hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

- Bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu để điều trị biến chứng như thủng, chảy máu.

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả loạt ca.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2019 đến 8/2024, tại bệnh viện Bình Dân, chúng tôi hồi cứu 32 trường hợp tiến hành phẫu thuật điều trị ung thư dạ dày sau hóa trị.

Đặc điểm bệnh nhân:

Độ tuổi trung bình là $57,6 \pm 13$ tuổi. Nam chiếm 62,5%, nữ chiếm 37,5%. Chỉ số khối (BMI) trung bình là $20,4 \pm 2,9$ kg/m², tất cả đều phân loại ASA I và II. Có 78,2% trường hợp không có bệnh đi kèm.

Đặc điểm khối u:

Vị trí u: chủ yếu vùng 1/3 dưới chiếm 46,9% và 1/3 giữa chiếm 31,3%.

Dựa và CT scan ngực – bụng và nội soi ổ bụng, để đánh giá các yếu tố cần hóa trị trước phẫu thuật.

Bảng 1: Các yếu tố cần hóa trị trước phẫu thuật

Yếu tố cần hóa trị	N	Tỉ lệ (%)
Hạch Bulky	8	25
T4b (xâm lấn tụy, mạc treo đại tràng, đại tràng ngang, gan, thực quản)	12	37,5
Di căn gan	1	3,1
Di căn hạch cạnh động mạch chủ	1	3,1
Di căn hạch thượng đòn	2	6,2
Di căn buồng trứng	1	3,1
Di căn phổi	3	9,4
Di căn phúc mạc	4	12,5

Đặc điểm hóa trị:

Không có sự đồng nhất về các phác đồ hóa trị cũng như số chu kỳ hóa trị.

**Biểu đồ 1: Phác đồ hóa trị****Biểu đồ 2: Số chu kỳ hóa trị****Kết quả phẫu thuật**

Sau hóa trị, có 4 trường hợp (12,5%) không thể cắt dạ dày, 28 trường hợp (87,5%) phẫu thuật cắt dạ dày kèm nạo vét hạch.

Bảng 2: Các đặc điểm phẫu thuật và biến chứng

Đặc điểm phẫu thuật		N	Tỉ lệ (%)
Phương pháp phẫu thuật	Cắt bán phần xa dạ dày	15	46,9
	Cắt gần toàn bộ dạ dày	4	12,5
	Cắt toàn bộ dạ dày	9	28,1
	Khác	4	12,5
Tái lập lưu thông	Biroth II	15	53,6
	Roux-en-Y	13	46,4
Loại phẫu thuật	PTNS	16	57,1
	Mổ mở	12	42,9

Thời gian phẫu thuật	205,4 ± 59,6 (phút)		
Lượng máu mất	105,4 ± 91,1 ml		
Diện cắt	R0	23	82,1
	R1	5	17,9
Số hạch nạo vét được	13,7 ± 11 hạch		
Số hạch di căn	1,4 ± 2,6 hạch		
Thời gian nằm viện	7,9 ± 2,1 ngày		
Biến chứng			
Chảy máu	1	3,6	
Rò mủm tá tràng	2	7,1	
Viêm phổi	2	7,1	
Nhiễm trùng vết mổ	2	7,1	
Hẹp miệng nổi	1	3,6	

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật. Có 8 trường hợp (28,6%) xảy ra biến chứng.

Theo dõi sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật 25 trường hợp tiếp tục hóa trị hỗ trợ. Số chu kỳ hóa trị và phác đồ hóa trị tùy thuộc vào giai đoạn bệnh và diễn tiến bệnh. Số chu kỳ hóa trị sau phẫu thuật trung bình là $6,68 \pm 5,7$ chu kỳ với ít nhất là 1 chu kỳ và nhiều nhất là 26 chu kỳ. Thời gian sống thêm trung bình là 15 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 32 trường hợp, chúng tôi nhận thấy chỉ định hóa trị trước phẫu thuật, phác đồ hóa trị, số chu kỳ hóa trị, khoảng thời gian tối ưu thực hiện phẫu thuật vẫn chưa có sự đồng thuận đặc biệt là giữa các chuyên gia ở châu Á (Nhật Bản, Hàn Quốc) và phương Tây (Mỹ, châu Âu). Các hướng dẫn điều trị ung thư dạ dày của Hội Ung thư dạ dày Nhật Bản (2021), Hàn Quốc (2023), NCCN (2022), Pan – Asian adapted ESMO (2024) có sự khác nhau. Việc tìm kiếm một hướng

điều trị đồng nhất và hiệu quả vẫn là một thách thức quan trọng trong lĩnh vực này.

Sau khi hóa trị, 4 trường hợp (12,5%) không cắt dạ dày. 1 trường hợp u 1/3 giữa (thân vị), được nội soi ổ bụng chẩn đoán trước hóa trị ghi nhận di căn phúc mạc, khi phẫu thuật còn ghi nhận di căn phúc mạc. 1 trường hợp u 1/3 dưới (hang vị), chụp CT - scan ghi nhận xâm lấn tụy, được nối vị tràng, khi phẫu thuật ghi nhận khối u nhiễm cứng, còn xâm lấn tụy, chưa xâm lấn miệng nổi vị tràng. 1 trường hợp u 1/3 trên (tâm vị), qua CT - scan và nội soi ghi nhận u xâm lấn thực quản 1/3 dưới, được mở hồng tràng nuôi ăn, khi phẫu thuật ghi nhận di căn phúc mạc. 1 trường hợp u 1/3 dưới (hang vị), qua CT - scan ghi nhận u xâm lấn tụy, khi phẫu thuật ghi nhận u hang vị gây hẹp môn vị, còn xâm lấn, nên chỉ nối vị tràng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hóa trị trước phẫu thuật không có mối liên quan đến thời gian phẫu thuật, lượng máu mất cũng như tai biến, biến chứng sau phẫu thuật. Một số nghiên cứu trước đây đã xem xét các biến chứng sau phẫu thuật giữa hai nhóm có hoặc không hóa trị trước phẫu thuật. Nghiên

cứ MAGIC² cho thấy tỉ lệ biến chứng tương tự nhau giữa hai nhóm (45,7% ở nhóm hóa trị trước phẫu thuật so với 45,3% ở nhóm chỉ phẫu thuật). Nhóm tác giả Li³ nghiên cứu biến chứng sau phẫu thuật cắt dạ dày triệt căn sau hóa trị với phác đồ FOLFOX trước phẫu thuật cho ung thư dạ dày đã báo cáo tỉ lệ biến chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (10% và 17,2%).

Tất cả các trường hợp phẫu thuật cắt dạ dày, chúng tôi đều nạo hạch mức D2, tuy nhiên sau hóa trị nên số lượng hạch nạo vét được ít hơn so với loại phẫu thuật tiêu chuẩn, đồng thời số lượng hạch dương tính cũng rất ít, có tới 17 bệnh nhân (60,8%) không có hạch dương tính. Số hạch nạo vét được trong phẫu thuật trung bình là $13,7 \pm 11$ hạch. Số hạch di căn trung bình là $1,4 \pm 2,6$ hạch. Điều này cũng được chứng minh qua nghiên cứu của nhóm tác giả Liu và cộng sự⁴ vào năm 2021, so sánh số hạch dương tính nạo vét được qua phẫu thuật nội soi giữa 2 nhóm ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển có hóa trị và không hóa trị, cho kết quả nhóm phẫu thuật sau hóa trị có số hạch dương tính ít hơn nhiều so với nhóm không được hóa trị (1 so với 8 hạch, $P=0,001$). Sau hóa trị nên ranh giới giữa mô ung thư và mô lành không rõ ràng nghiên cứu của chúng tôi có 5 trường hợp (17,9%) có diện cắt R1. Khi so sánh với các tác giả khác, tỉ lệ R0 thấp hơn so với những nghiên cứu trên đối tượng ung thư dạ dày tiến triển còn khả năng phẫu thuật triệt căn như tác giả Li⁵ với tỉ lệ R0 là 100%. Tuy nhiên khi so sánh với nhóm phẫu thuật chuyển đổi cho những trường hợp không thể phẫu thuật triệt căn thì kết quả của chúng tôi

có tỉ lệ R0 cao hơn. Tác giả Yamamoto⁶ với 94 trường hợp phẫu thuật chuyển đổi cắt dạ dày có tỉ lệ R0 là 68% và tác giả Wei Li⁷ cũng cho kết quả tương tự với 81 bệnh nhân được phẫu thuật chuyển đổi cắt dạ dày có 52 (64,2%) bệnh nhân đạt diện cắt R0.

Về mặt theo dõi sau phẫu thuật: Gần đây nhiều nghiên cứu đã cho thấy phẫu thuật cắt dạ dày đối với những trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển hóa trị có thể cho kết quả tốt về mặt sống còn. Tác giả Yamaguchi⁸ (2018) nghiên cứu 259 trường hợp giai đoạn IV (chia 4 nhóm theo phân loại Yoshida)¹ tiến hành hóa trị. Tác giả so sánh thời gian sống còn giữa nhóm chỉ hóa trị và nhóm hóa trị tiếp theo sau là phẫu thuật chuyển đổi. Thời gian sống còn trung bình của nhóm phẫu thuật chuyển đổi dài hơn so với nhóm chỉ hóa trị (30,5 tháng so với 11,3 tháng). Tác giả Wei Li và cộng sự⁷ nghiên cứu hồi cứu các trường hợp ung thư dạ dày giai đoạn IV, với 414 trường hợp hóa trị, có 81 trường hợp tiến hành phẫu thuật sau đó. Thời gian sống thêm trung bình của nhóm được phẫu thuật dài hơn so với nhóm chỉ hóa trị (15,9 tháng so với 10,9 tháng). Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi với cỡ mẫu nhỏ, không có nhóm chứng so sánh, thời gian theo dõi không đồng nhất, chúng tôi cũng ghi nhận thời gian sống thêm trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 15 tháng.

V. KẾT LUẬN

Ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển được hóa trị sau đó phẫu thuật cắt dạ dày về mặt kỹ thuật an toàn và có tính khả thi, về mặt sống còn không bệnh và ung thư học cần có thời gian theo dõi lâu hơn và cần số lượng mẫu nhiều hơn cũng như cần có nhóm chứng so sánh mới có thể đánh giá được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yoshida K, Yamaguchi K, Okumura N, Tanahashi T, Kodera Y.** Is conversion therapy possible in stage IV gastric cancer: the proposal of new biological categories of classification. *Gastric Cancer*. 2016;19(2): 329-338. doi:10.1007/s10120-015-0575-z
2. **Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al.** Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. *The New England journal of medicine*. 2006;355(1):11-20. doi:10.1056/NEJMoa055531
3. **Li ZY, Shan F, Zhang LH, et al.** Complications after radical gastrectomy following FOLFOX7 neoadjuvant chemotherapy for gastric cancer. *World J Surg Oncol*. 2011;9:110. doi:10.1186/1477-7819-9-110
4. **Liu L, Wang C, Li F, et al.** The safety and efficacy of laparoscopic gastrectomy for patients with locally advanced gastric cancer following neoadjuvant chemotherapy. *Sci Rep*. 2022;12(1):10384. doi:10.1038/s41598-022-14717-6
5. **Li Z, Shan F, Wang Y, et al.** Laparoscopic versus open distal gastrectomy for locally advanced gastric cancer after neoadjuvant chemotherapy: safety and short-term oncologic results. *Surg Endosc*. 2016;30(10):4265-71. doi:10.1007/s00464-015-4739-z
6. **Yamamoto K, Omori T, Hara H, et al.** Minimally invasive surgery is feasible after preoperative chemotherapy for stage IV gastric cancer. *Ann Gastroenterol Surg*. 2020;4(4):396-404. doi:10.1002/ags3.12343
7. **Li W, Jiang H, Yu Y, et al.** Outcomes of gastrectomy following upfront chemotherapy in advanced gastric cancer patients with a single noncurable factor: a cohort study. *Cancer Manag Res*. 2019;11:2007-2013. doi:10.2147/cmar.s192570
8. **Yamaguchi K, Yoshida K, Tanahashi T, et al.** The long-term survival of stage IV gastric cancer patients with conversion therapy. *Gastric Cancer*. 2018;21:315-323.

KẾT QUẢ PHÉP ĐO ÁP LỰC ĐỒ BÀNG QUANG TRONG CHẨN ĐOÁN TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH

Nguyễn Văn Nghĩa¹, Lê Phúc Liên¹, Nguyễn Thị Hồng Oanh¹,
Phạm Thế Anh¹, Cao Vĩnh Duy¹, Phạm Cao Thập¹, Lý Minh Hoàng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Theo hiệp hội tiểu tự chủ thể giới các triệu chứng đường tiểu dưới (LUTS) được chia làm 3 nhóm: nhóm triệu chứng liên quan đến chứa đựng, nhóm triệu chứng tổng xuất, nhóm triệu chứng sau tiểu. Các phép đo áp lực đồ bàng quang bằng máy đa kênh bao gồm: phép đo áp lực niệu dòng và điện cơ đáy chậu có thể giúp bác sĩ đánh giá các rối loạn chức năng của đường tiết niệu dưới cả trong giai đoạn chứa đựng và tổng xuất cũng như hoạt động của cơ thắt vân niệu đạo giúp cung cấp nhiều thông tin giúp các bác sĩ lâm sàng có thể phân biệt được các rối loạn này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả của phép đo áp lực đồ bàng quang đa kênh trên bệnh nhân nam có triệu chứng đường tiểu dưới thất bại với điều trị nội khoa tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 47 bệnh nhân nam có triệu chứng đường tiểu dưới thất bại với điều trị nội khoa được chỉ định đo áp lực đồ bàng quang tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh từ tháng 11/2023 đến tháng 11/2024. Tuổi, bệnh lý kèm theo, các thông số niệu động học sẽ được thống

kê để tìm mối liên hệ giữa cảm giác bàng quang, mức độ bế tắc và sự co bóp bàng quang.

Kết quả: Qua nghiên cứu 47 bệnh nhân nam có triệu chứng đường tiểu dưới thất bại với điều trị nội khoa được đo áp lực đồ bàng quang đa kênh ghi nhận độ tuổi trung bình 69.5 ± 13.2 tuổi. Triệu chứng chính của bệnh nhân bí tiểu (42.5%), tiểu khó (34.1%), tiểu nhiều lần (14.9%), tiểu gấp (6.4%), són tiểu (2.1%). Kết quả đo áp lực đồ bàng quang: bình thường chiếm 6.4%, tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO) 25.5%, bế tắc đường ra bàng quang (BOO) 23.4%. Giảm hoạt cơ chóp (DU) 42.6%, độ giãn nở bàng quang kém chiếm 25.5%. Bất đồng vận bàng quang cơ thắt (DSD) 12.8%. Đa số bệnh nhân có từ 1 rối loạn trở lên. Có mối liên quan giữa bệnh lý đái tháo đường, tiền sử chấn thương, phẫu thuật cột sống với chỉ số cơ cơ bàng quang (BCI).

Kết luận: Đánh giá niệu động học bằng máy đo áp lực đồ đa kênh là phương pháp cần thực hiện trên những bệnh nhân có triệu chứng đường tiểu dưới thất bại với điều trị nội khoa để có thể phân biệt được nguyên nhân do tắc nghẽn của đường tiểu hay do các rối loạn tại bàng quang từ đó có các phương pháp điều trị phù hợp.

Từ khóa: đo áp lực đồ bàng quang, niệu động học, triệu chứng đường tiểu dưới.

SUMMARY

RESULTS OF INVASIVE URODYNAMIC STUDY IN THE DIAGNOSIS OF LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nghĩa

Email: bsngghia2020@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Background: According to the International Continence Society (ICS), lower urinary tract symptoms (LUTS) are categorized into three groups: storage symptoms, voiding symptoms, and post-micturition symptoms. Multichannel urodynamic studies, including cystometry, uroflowmetry, and pelvic floor electromyography, can assist clinicians in evaluating lower urinary tract functional disorders. These tests provide insights into both the storage and voiding phases, as well as the activity of the external urethral sphincter, aiding in the differentiation of these disorders.

Objective: evaluation of multichannel urodynamic results in male patients with lower urinary tract symptoms unresponsive to medical treatment at Tam Anh general hospital.

Patients and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 47 male patients with LUTS unresponsive to medical treatment, who were indicated for multichannel urodynamic at Tam Anh General Hospital from November 2023 to November 2024. Data on patient age, comorbid conditions and urodynamic parameters were analyzed to identify associations between bladder sensation, bladder outlet obstruction, and bladder contractility.

Results: In this study of 47 male patients with lower urinary tract symptoms unresponsive to medical treatment, the mean age was 69.5 ± 13.2 years. The primary symptoms included difficulty urinating (36.2%), urinary retention (48.9%) of which 17% were post-surgical, frequent urination (14.9%), urgency (6.4%) and urinary incontinence (2.1%). Urodynamics studies were normal in 6.4% of patients, detrusor overactivity (DO) in 25.5%, bladder outlet obstruction (BOO) in 23.4%. Detrusor underactivity (DU) in 42.6%, loss of compliance in 25.5%, small bladder capacity in 10.6%. Detrusor-sphincter dyssynergia (DSD) in 12.8%.

The majority of patients exhibited one or more dysfunctions. Significant associations were identified between diabetes mellitus, a history of trauma or spinal surgery, and decreased BCI.

Conclusion: Urodynamic evaluation using multichannel cystometry is essential for patients with LUTS who are unresponsive to medical treatment. This method helps differentiate whether the cause of symptoms arises from bladder outlet obstruction or bladder dysfunction, thereby guiding appropriate treatment strategies.

Keywords: cystometry, urodynamics, lower urinary tract symptoms

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo hiệp hội tiểu tự chủ thể giới (International Continence Society – ICS) các triệu chứng đường tiểu dưới được chia làm 3 nhóm: nhóm triệu chứng liên quan đến chứa đựng (storage symptoms), nhóm triệu chứng tổng xuất (voiding symptoms), nhóm triệu chứng sau tiểu (postmicturition symptoms). Triệu chứng đường tiểu dưới phổ biến ở cả nam và nữ ở mọi lứa tuổi đặc biệt ở người già, theo một nghiên cứu ở Ba Lan về LUTS cho thấy tỷ lệ mắc LUTS là 69.8% (nam 66.2%, nữ 72.6%) ở những bệnh nhân trên 40 tuổi [1]. Trước đây triệu chứng LUTS thường nghĩ đến nhiều nguyên nhân do tắc nghẽn đường ra bàng quang (BOO) tuy nhiên gần đây có rất nhiều nghiên cứu về rối loạn hoạt động của bàng quang như bàng quang tăng hoạt (OAB) kèm tiểu không tự chủ hoặc không (UII), giảm hoạt động cơ chóp bàng quang (DU), tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO), bất đồng vận bàng quang- cơ thắt (DSD) cũng có liên quan đến các triệu chứng này [2]. Việc phân biệt các nguyên nhân dựa trên lâm sàng và các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh rất khó, đặc biệt ở những trường hợp thất bại với điều trị nội khoa. Bên cạnh

đó nghiên cứu UPSTREAM trên các bệnh nhân LUTS có khả năng phẫu thuật tại 26 bệnh viện tại Anh cho thấy phép đo niệu động học giúp làm giảm tỷ lệ bệnh nhân phải phẫu thuật mà không làm thay đổi các triệu chứng LUTS [3]. Tuy nhiên không phải tất cả các bệnh nhân có LUTS đều được chỉ định đo niệu động học, thường được chỉ định trên những bệnh nhân thất bại với điều trị nội khoa, hoặc bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ làm xuất hiện rối loạn của cả bàng quang và niệu đạo như có các tổn thương hệ thần kinh, bệnh lý đài tháo đường. Tại Việt Nam nghiên cứu về phép đo áp lực đồ bàng quang đa kênh cũng chưa được nghiên cứu nhiều, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định các rối loạn chức năng của bàng quang và niệu đạo trên bệnh nhân LUTS thất bại với điều trị nội khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Tất cả các bệnh nhân nam có chỉ định đo áp lực đồ bàng quang do các triệu chứng đường tiểu dưới, thất bại với điều trị nội khoa.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không mắc các bệnh lý tâm thần, lú lẫn không hợp tác trong quá trình đo.

Bệnh nhân có nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị.

Kết quả đo không ghi nhận đủ các thông số do bệnh nhân không hợp tác tốt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

– Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

– Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

– Thời gian nghiên cứu: 11/2023-11/2024.

– Các bước tiến hành:

Người bệnh đến khám vì triệu chứng đường tiểu dưới như tiểu khó, tiểu nhiều lần, bí tiểu, tiểu gấp, sẽ được thăm khám, thực hiện cận lâm sàng, đánh giá triệu chứng bằng thang điểm IPSS, QoL, sẽ được điều trị bằng cách thay đổi hành vi, dùng thuốc kháng cholinergic, đồng vận beta-3, ức chế thụ thể alpha. Nếu bệnh nhân không đáp ứng điều trị nội khoa ban đầu, hoặc có yếu tố nguy cơ tổn thương thần kinh bệnh nhân sẽ được cho chỉ định đo áp lực đồ bàng quang đa kênh.

Bệnh nhân sẽ được giải thích trước khi thực hiện thủ thuật, tư thế bệnh nhân tư thế sản khoa ở thì chứa đưng, và tư thế đứng ở thì tổng xuất nước tiểu.

Trong quá trình đo sau khi cài đặt ‘zero point’ tốc độ bơm nước khoảng 30 ml/phút có thể tăng giảm tùy theo đáp ứng của bệnh nhân, các thông số sẽ được ghi nhận.

Sau khi bệnh nhân mắc tiểu nhiều hoặc áp lực cơ detrusor quá cao thì bắt đầu chuyển sang giai đoạn tổng xuất, yêu cầu bệnh nhân đứng tiểu và đo áp lực tiểu, lượng nước tiểu và lượng nước tiểu tồn lưu. Hiện tại máy tại bệnh viện chúng tôi chưa đo được áp lực niệu đạo vì vậy chúng tôi đo áp lực niệu đạo gián tiếp thông qua miếng dán điện cực ở vùng chậu.

Kết quả đo sẽ được đánh giá bởi một bác sĩ có kinh nghiệm và được đào tạo bài bản về niệu động học của ICS và một kỹ thuật viên niệu động học là điều dưỡng tiết niệu.

Các thông số khác như tuổi, tình trạng bệnh lý nội ngoại khoa, xét nghiệm cận lâm sàng được ghi nhận trên từng bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng có 47 bệnh nhân nam tham gia nghiên cứu. Độ tuổi trung bình là 69.5 ± 13.2 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Trị số
Tuổi trung bình	69.5 ± 13.2
Nhỏ nhất	34
Lớn nhất	95
Điểm IPSS	24.55 ± 6.5
Lớn nhất	35
Nhỏ nhất	14
Triệu chứng đường tiểu dưới	
Bí tiểu	20 (42.5%)
Tiểu khó	16 (34.1%)
Tiểu nhiều lần	7 (14.9%)
Tiểu gấp	3 (6.4%)
Són tiểu	1 (2.1%)
Tiền căn	
Đái tháo đường	14 (29.8%)
Tổn thương thần kinh	12 (25.5%)
Tổn thương cột sống	7 (14.9%)
Sau phẫu thuật	8 (17%)
Thời gian có LUTS > 6 tháng	25 (53.2%)
Siêu âm	
Tăng sản tuyến tiền liệt	22 (46.8%)
Ứ nước thận	1 (2.1%)

Nhận xét: Bệnh nhân được chỉ định đo đa số > 70 tuổi, triệu chứng chiếm nhiều nhất là bí tiểu chiếm 42.5%, thời gian mắc bệnh > 6 tháng chiếm 53.2%. Bệnh nhân có tổn thương thần kinh (di chứng tai biến mạch máu não, chấn thương sọ não) chiếm 25.5%, bệnh nhân có chấn thương cột sống hoặc tiền sử phẫu thuật cột sống chiếm 14.9% BN sau phẫu thuật lớn như đại tràng, dạ dày chiếm 17%. Có 46,8% BN có kèm tăng sản tuyến tiền liệt trên siêu âm.

3.2. Kết quả đo niệu động học

3.2.1. Trong thì chứa đựng:

Cảm giác bàng quang tăng có 16 BN chiếm 34%, 19 BN chiếm 40.4% giảm cảm giác bàng quang hầu như không có cảm giác mắc tiểu.

Độ giãn nở bàng quang (compliance) đa số BN có độ giãn nở bàng quang bình thường 35 BN (74.5%), độ giãn nở bàng quang kém có 12 BN chiếm 25.5%.

Có 7 BN són tiểu khi ho chiếm 14.9%. Ghi nhận tăng hoạt cơ chóp bàng quang (theo Abrams và cộng sự định nghĩa DO là khi có những đợt co bóp tự ý với bất kì áp lực nào xuất hiện đợt ngột trong giai đoạn chứa đựng) có 12 BN chiếm 25.5%.

Dung tích bàng quang trung bình là 396.8 ml, có 5 BN có dung tích bàng quang nhỏ < 150ml chiếm 10,6%.

3.2.2. Trong thì tổng xuất:

Áp lực cơ chóp thì tổng xuất (Pdet) trung bình 25.5 ± 25.6 cmH₂O giá trị lớn nhất 140 cmH₂O, giá trị nhỏ nhất cơ chóp không có co thắt. Tốc độ dòng tiểu tối đa (Qmax) trung bình 10.4 ml/s tối đa 112 ml/s tối thiểu bệnh nhân hoàn toàn không tiểu được 0 ml/s.

Chỉ số tắc nghẽn (BOOI) tính bằng công thức $BOOI = PdetQmax - 2Qmax$, có 11 BN (23.4 %) có bế tắc đường tiểu dưới, 36 BN (76.6%) không bế tắc đường tiểu dưới.

Chỉ số co bóp bàng quang (BCI) tính bằng công thức $BCI = PdetQmax + 5*Qmax$,

có 20BN (42.6%) có chỉ số co bóp bàng quang yếu, 27BN (57.4%) có chỉ số co bóp bàng quang bình thường.

Hiệu quả đi tiểu (BVE) tính bằng công thức $BVE = V \text{ nước tiểu} / \text{Dung tích bàng quang} * 100\%$. Có 12 BN (25.5%) đạt hiệu quả đi tiểu BE > 90% tuy nhiên có vài bệnh nhân có thời gian tiểu kéo dài và phải rặn bằng bụng nhiều, 74.5% BN hiệu quả đi tiểu kém. Có 15 BN bí tiểu hoàn toàn.

Bất đồng vận bàng quang cơ thắt, xảy ra khi cơ thắt niệu đạo tăng trương lực trong thì tổng xuất trên bệnh nhân có tổn thương hệ thần kinh chi phối cơ niệu đạo, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 6 BN (12.8%).

Bảng 2. Các bất thường khi đo niệu động lực học

		Chẩn đoán nguyên nhân (*)	N	%
Bất thường tại bàng quang	Giai đoạn chứa đựng	Tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO)	12	25.5
		Tăng cảm giác bàng quang	16	34
		Giảm cảm giác bàng quang	19	40.4
	Giai đoạn tổng xuất	Giảm hoạt cơ chóp (UAD)	20	42.6
		Không co thắt cơ chóp (ACD)	4	8.5
Bất thường tại niệu đạo	Giai đoạn chứa đựng	Rối loạn đóng niệu đạo	0	0
	Giai đoạn tổng xuất	Bế tắc đường ra bàng quang (BOO)	11	23.4
		Bất đồng vận bàng quang cơ thắt (DSD)	6	12.8

* Ghi chú: có những bệnh nhân có cả 2 rối loạn trong giai đoạn chứa đựng và giai đoạn tổng xuất

Bảng 3. Liên quan giữa chỉ số BCI và các bệnh lý

		BCI giảm	BCI bình thường	p
Tổn thương cột sống	Có	4 (57.1%)	3 (42.9%)	P=0.04
	Không	16 (40%)	24 (60%)	
Đái tháo đường	Có	9 (64.3%)	5 (35.5%)	P= 0.05
	Không	11 (33.3%)	22 (66.7%)	
Tổn thương não	Có	5 (41.7%)	7 (58.3%)	P= 0.9
	Không	15 (42.9%)	20 (57.1%)	

Nhận xét: Chỉ số co bóp bàng quang BCI thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý tổn thương cột sống và bệnh lý đái tháo đường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$. Tuy nhiên ở BN có tổn thương não thì không có sự khác biệt chỉ số BCI $p > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn đường tiểu dưới là một rối loạn thường gặp ở nam giới, đặc biệt nam giới lớn tuổi, có nhiều rối loạn kèm theo, nghiên cứu chúng tôi chủ yếu thực hiện trên bệnh nhân tuổi trung bình 69.5 ± 13.2 tuổi, tuổi trẻ nhất là bệnh nhân 34 tuổi do bệnh nhân có triệu chứng bàng quang tăng hoạt không đáp ứng với điều trị nội khoa. Theo guideline EAU cho thấy nam giới lớn tuổi ít nhất mắc LUTS một lần, đa số triệu chứng nhẹ và thoáng qua, tuy nhiên một số bệnh nhân triệu chứng kéo dài và cần tìm ra nguyên nhân [2].

Triệu chứng chính của bệnh nhân chủ yếu là bí tiểu (42.5%), tiểu khó (34.1%), tiểu nhiều lần (14.9%), tiểu gấp (6.4%), són tiểu (2.1%), tuy nhiên đa số BN đều có trên 1 triệu chứng đường tiểu dưới và trên một chẩn đoán bất thường trên niệu động học. Điều này cho thấy triệu chứng đường tiểu dưới không đặc hiệu cho bệnh lý nào cả và các bệnh lý rối loạn đường tiểu thường gồm nhiều triệu chứng khác nhau.

Đo niệu động học bằng máy đa kênh cung cấp nhiều thông số hữu ích cho các bác sĩ lâm sàng trong chẩn đoán và điều trị LUTS. Ở nam giới niệu động lực học cung cấp một số thông tin giúp chẩn đoán các bệnh lý như tăng hoạt cơ chóp bàng quang (DO), giảm hoạt cơ chóp (DU), bế tắc đường ra bàng quang (BOO), độ giãn nở bàng quang kém (poor compliance), bất động vận bàng quang cơ thắt (DSD).

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 42.6% BN có DU. Nghiên cứu Fadi Sawaqed 2020 trên 206 BN ghi nhận 24.76% BN chẩn đoán

DU dựa trên chỉ số BCI, trong nghiên cứu này cũng kết luận các triệu chứng chứa đựng như bí tiểu tái phát, tiểu không tự chủ, tiểu khó là triệu chứng đặc trưng của DU [4]. Theo guideline EAU tỷ lệ DU ở nam giới có LUTS là từ 11-40%, tăng theo độ tuổi, DU được chẩn đoán dựa trên chỉ số $BCI < 100$, hiệu quả đi tiểu (BE) $< 90\%$ và BOOI < 20 [2]. Các nghiên cứu cho thấy các tổn thương tủy sống vùng thắt lưng cùng thường dẫn đến DU, bệnh lý Parkinson (12%), bệnh teo nhiều hệ thống (MSA) (62.1%), bệnh lý bàng quang do sỏi đường cũng thường dẫn đến DU [5]. Các trường hợp này tùy theo mức độ DU chúng tôi có thể hướng dẫn BN đặt thông tiểu ngắt quãng hoặc mở bàng quang ra da cho bệnh nhân. Bên cạnh đó chúng tôi cũng ghi nhận chỉ số co bóp bàng quang BCI thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý tổn thương cột sống và bệnh lý sỏi đường sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0.05$. Cho thấy các bệnh lý này làm ảnh hưởng đến sức co bóp của bàng quang dẫn đến các triệu chứng đường tiết niệu dưới tuy nhiên cần nghiên cứu sâu hơn để tìm ra mối liên quan chắc chắn hơn.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận DO tỷ lệ 25.5% (12/47 BN) trong đó có 2 BN có bệnh lý tổn thương não và 3 BN có tổn thương tủy sống, 7 BN vô căn. Cần lưu ý rằng bàng quang tăng hoạt (OAB) và tăng hoạt cơ chóp (DO) là 2 khái niệm khác nhau, OAB là một trong những triệu chứng của LUTS, còn DO là co bóp bất thường của bàng quang trong thì chứa đựng ghi nhận trên niệu động học. Một số nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân

nam có mối liên chặt chẽ giữa DO và OAB, nghiên cứu M. Esteban-Fuertes 445 trên BN nam có triệu chứng OAB thì có 54.5% BN có DO. BN có DO có biểu hiện tiểu gấp và tiểu đêm nhiều hơn [6].

Chúng tôi ghi nhận BN có BOO tỷ lệ 23.4% việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào chỉ số BOOI với BOOI < 20 không tắc nghẽn, theo dõi tắc nghẽn BOOI 20-49, có tắc nghẽn BOOI > 40 [2]. Nước tiểu tồn lưu (PVR) không phải là một tiêu chuẩn chẩn đoán tuy nhiên đây là một dấu hiệu gợi ý có BOO, nguyên nhân của BOO có thể do tắc nghẽn do tăng sinh tuyến tiền liệt, hẹp niệu đạo, hẹp cổ bàng quang. Tất cả các trường hợp có tắc nghẽn cổ bàng quang do tăng sinh tuyến tiền liệt chúng tôi đều phẫu thuật cắt đốt nội soi qua niệu đạo để giải quyết tình trạng tắc nghẽn.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 12 BN độ giãn nở bàng quang kém chiếm 25.5% trong đó 3 BN có bệnh lý thần kinh (25%) và 9 BN không có bệnh lý thần kinh (75%). Độ giãn nở bàng quang được tính theo công thức $C = \Delta V / \Delta p_{det}$ tuy nhiên trên lâm sàng cần chú ý Δp_{det} chênh lệch áp lực cơ chóp lúc bắt đầu bơm nước và khi bệnh nhân có cảm giác tiểu nhiều. Đây là chỉ số khả năng lưu trữ nước tiểu bàng quang với áp lực thấp không có ảnh hưởng đến đường tiểu trên. Trên bàng quang thần kinh độ giãn nở bàng quang kém khi $C < 10 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$, trên bàng quang bình thường độ giãn nở bàng quang kém $C < 30 \text{ ml/cmH}_2\text{O}$. Bàng quang kém giãn nở làm giảm dung tích bàng quang, đôi khi có thể dẫn đến són tiểu gấp, khi són tiểu gấp cần

quan tâm đến chỉ số áp lực són tiểu của cơ chóp bàng quang [2].

Bất đồng vận bàng quang cơ thắt (DSD) 12.8% trong thì tổng xuất cơ bàng quang co bóp, cơ thắt niệu giãn ra, tuy nhiên trên bệnh nhân có tổn thương hệ thần kinh như tổn thương tủy sống, bán cầu não làm rối loạn hoạt động cơ thắt niệu đạo, trong máy đo niệu động học đa kênh nhờ kênh đo điện cơ đáy chậu (EMG) chúng tôi có thể khảo sát hoạt động cơ vùng chậu bằng miếng dán điện cực qua đó có thể chẩn đoán DSD. DSD thường gặp trên những bệnh nhân có bệnh lý đa xơ cứng (MS) và chấn thương tủy sống, có khoảng 20-25% BN mắc MS có DSD trên niệu động học. DSD cũng được tìm thấy ở 50% trẻ sơ sinh bị tật nứt đốt sống và các tình trạng ít phổ biến khác ảnh hưởng đến đường tủy sống-hành tủy như viêm tủy cắt ngang, HTLV-1 và đột quy [7].

Hiện tại do yếu tố cơ sở vật chất chúng tôi chưa thực hiện được niệu động lực học bằng video, đây cũng là một xét nghiệm niệu động lực học rất cần thiết trên lâm sàng vì giúp phát hiện tổn thương giải phẫu như rò bàng quang, sa bàng quang, hoặc tắc nghẽn đường tiết niệu. Chẩn đoán rối loạn chức năng thần kinh liên quan đến bàng quang, niệu đạo đặc biệt ở bệnh nhân có tiền sử tổn thương tủy sống hoặc các bệnh lý thần kinh khác.

V. KẾT LUẬN

Đánh giá niệu động học bằng máy đo áp lực đồ đa kênh là phương pháp cần thực hiện trên những bệnh nhân có triệu chứng đường

tiểu dưới thất bại với điều trị nội khoa để có thể phân biệt được nguyên nhân do tắc nghẽn của đường tiểu hay do các rối loạn tại bàng quang từ đó có các phương pháp điều trị phù hợp. Tuy nhiên trong quá trình đo cần theo dõi sát bệnh nhân để hạn chế tối thiểu các sai sót và ghi nhận được kết quả phù hợp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Przydacz M, Golabek T, Dudek P, Lipinski M.** Prevalence and bother of lower urinary tract symptoms and overactive bladder in Poland, an Eastern European Study. *Sci Rep.* 2020;10(1):19819. doi: 10.1038/s41598-020-76846-0.
2. **J.N. Cornu (Chair), M. Gacci, H. Hashim.** EAU guideline on Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS). 2024.
3. **Young GJ, Metcalfe C, Lane JA, Lewis AL, Abrams P, Blair PS.** Prostate Surgery for Men with Lower Urinary Tract Symptoms: Do We Need Urodynamics to Find the Right Candidates? Exploratory Findings from the UPSTREAM Trial. *Eur Urol Focus.* 2022;8(5):1331-1339. doi: 10.1016/j.euf.2021.11.010.
4. **Sawaqed F, Abughosh Z, Suoub M.** The Prevalence of Detrusor Underactivity and its Symptoms Co-relation with Urodynamic Study Findings in Patients with Lower Urinary Tract Symptoms. *Res Rep Urol.* 2020;12: 415-422. doi: 10.2147/RRU.S264237
5. **Wang J, Ren L, Liu X, Liu J, Ling Q.** Underactive Bladder and Detrusor Underactivity: New Advances and Prospectives. *Int J Mol Sci.* 202;24(21): 15517. doi: 10.3390/ijms 242115517.
6. **Esteban-Fuertes M, Prieto-Chaparro L, Arlandis-Guzmán S, Salinas-Casado J, Gago-Ramos JL; Grupo IFU.** Is there concordance between overactive bladder and detrusor overactivity in men with predominant storage urinary symptoms referred to Functional Urology and Urodynamics Units? *Actas Urol Esp (Engl Ed).* 2022;46(1): 41-48. doi: 10.1016/j.acuroe.2021.06.011.
7. **Stoffel JT.** Detrusor sphincter dyssynergia: a review of physiology, diagnosis, and treatment strategies. *Transl Androl Urol.* 2016;5(1):127-35. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2016.01.08.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ UNG THƯ BÀNG QUANG XÂM LẤN CƠ BẰNG PHÁC ĐỒ GEMCITABINE KẾT HỢP CISPLATIN

Nguyễn Phúc Nguyên¹, Trần Minh Anh Thư¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Điều trị tiêu chuẩn của ung thư bàng quang xâm lấn cơ là phẫu thuật. Tuy nhiên tỷ lệ tái phát cao. Hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc chứng minh giảm tỷ lệ tái phát và cải thiện sống còn toàn bộ.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá đáp ứng và tác dụng ngoại ý sau hóa trị tân hỗ trợ ung thư bàng quang xâm lấn cơ của phác đồ Gemcitabine Cisplatin.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2022.

Kết quả: Đáp ứng trên hình ảnh học: đáp ứng hoàn toàn 38,7%, đáp ứng 1 phần 48,4%, bệnh ổn định 9,7%, bệnh tiến triển 3,2%. Đáp ứng trên mô bệnh học: đáp ứng hoàn toàn 35,5%, đáp ứng 1 phần 51,6%, bệnh ổn định 9,7%, bệnh tiến triển 3,2%. Tỷ lệ đáp ứng tổng thể ORR trên mô bệnh học 87%. Tác dụng ngoại ý Huyết học: Độ 1-2: Giảm PLT là 16,1%. Độ 3-4: Giảm bạch cầu hạt độ là 32%, thiếu máu là 9,6%. Ngoài huyết học: Độ 1-2: Tăng men gan 6,4%, bệnh lý thần kinh ngoại biên 3,2%. Độ 3-4: Tăng creatinin, buồn nôn và nôn: chiếm 3,2%.

Kết luận: Phác đồ Gemcitabine – Cisplatin chu kỳ 21 ngày x 4 chu kỳ là phác đồ hoá trị tân hỗ trợ hiệu quả và an toàn trên lâm sàng trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ có thể được áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: Ung thư bàng quang xâm lấn cơ, Gemcitabine-Cisplatin.

SUMMARY

NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY WITH GEMCITABINE AND CISPLATIN FOR MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER (MIBC) AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: The standard treatment for muscle invasive bladder cancer (MIBC) is surgery. However, the recurrence rate is high. Neoadjuvant chemotherapy before radical cystectomy has been shown to reduce the recurrence rate and improve overall survival.

Objective: To evaluate the response and adverse effects after neoadjuvant chemotherapy for MIBC using the Gemcitabine Cisplatin regimen.

Patients and research methods: Retrospective study, describing a series of cases. Patients with muscle-invasive bladder cancer treated at Binh Dan Hospital from January 2021 to December 2022.

Results: Imaging response: complete response 38.7%, partial response 48.4%, stable disease 9.7%, progressive disease 3.2%. Histopathological response: complete response 35.5%, partial response 51.6%, stable disease 9.7%, progressive disease 3.2%. Overall

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Anh Thư

SĐT: 0989888122

Email: thutran25486@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

response rate ORR on histopathology 87%. Adverse effects Hematology: Grade 1-2: Decreased PLT 16.1%. Grade 3-4: Decreased granulocytes 32%, anemia 9.6%. Non-hematological: Grade 1-2: Increased liver enzymes 6.4%, peripheral neuropathy 3.2%. Grade 3-4: Increased creatinine, nausea and vomiting: 3.2%.

Conclusion: Gemcitabine – Cisplatin regimen 21 days x 4 cycles is an effective and safe neoadjuvant chemotherapy regimen in the clinical treatment of muscle-invasive bladder cancer that can be widely applied.

Keywords: Muscle-invasive bladder cancer, Gemcitabine-Cisplatin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang là một trong những loại ung thư phổ biến và có tỷ lệ tử vong cao¹. Trong đó ung thư bàng quang xâm lấn cơ mới chẩn đoán chiếm 25%². Hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật đã được chứng minh là phương pháp điều trị hiệu quả, giúp cải thiện tỷ lệ sống còn và giảm nguy cơ tái phát trong giai đoạn này³. Phác đồ Gemcitabine kết hợp Cisplatin (GemCis) đã được áp dụng rộng rãi theo các hướng dẫn điều trị nước ngoài nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ tại Việt Nam. Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của phác đồ GemCis trong điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ điều trị tại Bệnh viện Bình Dân từ 1/2021-tháng 12/2022

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào chuyển tiếp bàng quang xâm lấn cơ bằng giải phẫu bệnh lý và chia giai đoạn theo TNM phiên bản thứ 8 của UICC/AJCC.

+ Bệnh nhân được đánh giá bằng chụp cắt lớp vi tính cho thấy giai đoạn bệnh T2-4aN0-3M0.

+ ECOG 0-1

+ eGFR ≥ 60 ml/phút

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có ung thư tế bào vảy, tuyến hoặc tế bào nhỏ.

- Độ thanh thải creatinin < 60 ml/phút.

- Suy tim độ ≥ 3 NYHA.

- Giảm thính lực hoặc không thu thập đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu

- Chọn mẫu thuận tiện từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đạt tiêu chuẩn.

2.2.3. Phương pháp tiến hành

- Bệnh nhân được hóa trị tân hỗ trợ trước phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và nạo hạch chậu.

- Đánh giá đáp ứng điều trị qua các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng.

- Liều Gemcitabine 1000mg/m² Ngày 1-8 + Cisplatin 70mg/m² Ngày 1

Mỗi chu kỳ Cách 3 tuần x 4 chu kỳ

2.3. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm Excel để nhập liệu và SPSS 20.0 để phân tích số liệu.

- Thống kê mô tả và phân tích tần số các biến định tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)
Tuổi (61-70)	48,4
Giới (Nam)	75
Tiền căn hút thuốc	77
Lý do nhập viện (Tiểu máu)	81
Số lượng u (1 khối)	58,1
Kích thước u (< 3 cm)	67,7
Vị trí u (Thành bên)	67,7
Giai đoạn T2	35,5

3.2. Điều trị

- Số chu kỳ điều trị: 97% bệnh nhân hóa trị 4 chu kỳ.

- Thời gian từ khi kết thúc hóa trị đến phẫu thuật: Trung bình từ 4 đến 9 tuần, chủ yếu là 6 tuần.

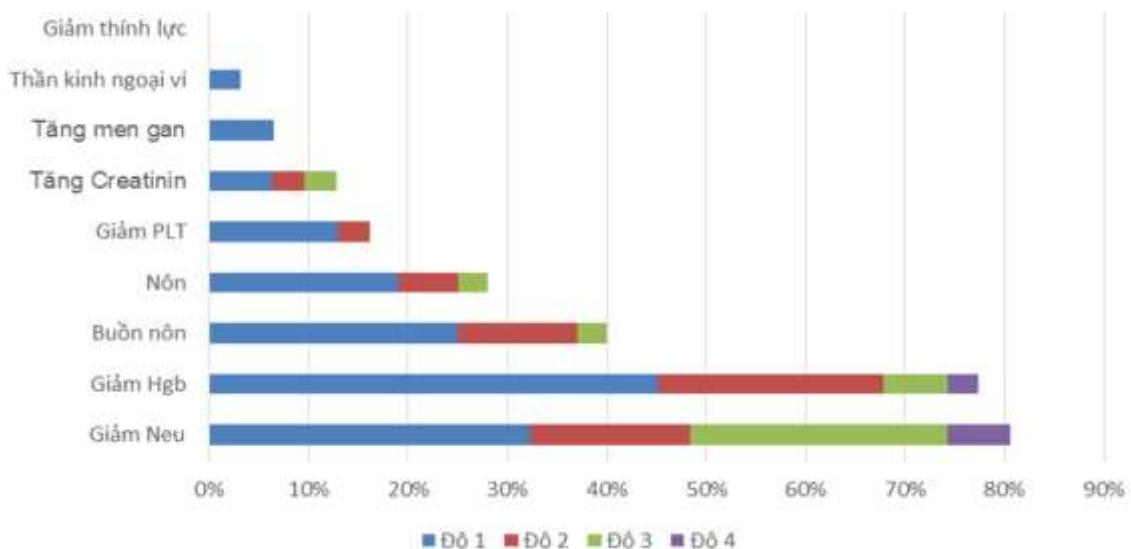
3.3. Đánh giá đáp ứng

- Đáp ứng chủ quan: Giảm triệu chứng lâm sàng như tiểu máu và đau hạ vị.

- Đáp ứng khách quan: 38,7% bệnh nhân có đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh học, 35,5% trên mô bệnh học.

3.4. Tác dụng ngoại ý

- Tác dụng ngoại ý chủ yếu là giảm bạch cầu hạt độ 3-4 (32%), thiếu máu độ 3-4 (9,6%), buồn nôn và nôn độ 3-4 (3,2%).



Biểu đồ 1: Tác dụng ngoại ý ở tất cả các mức độ theo CTCAE

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi tác: Nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu chủ yếu từ 55 tuổi trở lên, với khoảng 70% bệnh nhân trong độ tuổi này. **Giới tính:** Tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới chiếm khoảng 80%, cho thấy sự chênh lệch rõ rệt so với nữ giới (20%) có thể liên quan thói quen hút thuốc lá và hóa chất độc hại trong công việc, làm tăng nguy cơ mắc ung thư bàng quang⁴. **Tiền căn bệnh lý:** Khoảng 60-70% bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá. **Lý do nhập viện:** Gần 85% bệnh nhân được nhập viện do triệu chứng tiểu máu và đau bụng dưới.

4.2. Hiệu quả điều trị

4.2.1 Đáp ứng trên hình ảnh học: Trong nghiên cứu, tỷ lệ đáp ứng trên hình ảnh học: Đáp ứng hoàn toàn: 38,7% (12/31 bệnh nhân). Đáp ứng một phần: 48,4% (15/31 bệnh nhân). Ổn định: 9,7% (3/31 bệnh nhân). Tiến triển: 3,2% (1/31 bệnh nhân). So sánh với nghiên cứu của Lại Phú Thái Sơn⁵: tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn thấp hơn (31,5%), do chúng tôi lựa chọn BN chức năng thận eGFR > 60ml/ph và dùng liều GemCis đủ liều. Sau hóa trị tân hỗ trợ, đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh học không đảm bảo loại bỏ hoàn toàn ung thư. Một trường hợp trong nghiên cứu cho thấy đáp ứng hoàn toàn trên hình ảnh học, nhưng mô bệnh học sau phẫu thuật vẫn phát hiện ung thư ở giai đoạn ypT1. Theo hướng dẫn NCCN⁶, ESMO⁷ và EAU⁸, phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc nên được thực hiện sau hóa trị, bất kể đáp ứng lâm sàng, trừ khi có bằng chứng di căn.

4.2.2 Đáp ứng trên mô bệnh học: Đáp ứng mô bệnh học trong nghiên cứu: Đáp ứng hoàn toàn: 35,5% (11/31 bệnh nhân). Đáp

ứng một phần: 51,6% (16/31 bệnh nhân). Tổng tỷ lệ đáp ứng: 87,1%. Gần tương đương với nghiên cứu pha III GETUG/AFU V05 VESPER³ điều trị tân hỗ trợ ung thư bàng quang xâm lấn cơ với phác đồ Gemcis có tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 35%.

4.2.3. Đáp ứng điều trị phác đồ GemCis so với phác đồ khác: So với phác đồ MVAC: Không có sự khác biệt đáng kể về hiệu quả. Phác đồ GemCis ít độc tính hơn MVAC, đặc biệt là giảm nguy cơ giảm bạch cầu độ 3-4.

4.2.4. Một số yếu tố liên quan đến mức độ đáp ứng điều trị: Bệnh nhân có 1 khối u (58,1%) có tỷ lệ đáp ứng cao hơn nhiều u (41,9%). Thể trạng tốt hơn giúp đáp ứng điều trị tốt hơn ($p < 0,001$). Có thể giải thích những bệnh nhân với thể trạng khỏe thì chịu đủ liều hóa trị đúng thời gian ít trì hoãn từ đó có đáp ứng tốt hơn. Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn cao nhất ở giai đoạn T2 (63,6%).

4.2.5. Tác dụng ngoại ý của phác đồ điều trị: Tác dụng ngoại ý lên huyết học: Thiếu máu độ 3-4: 9,6% (3/31 bệnh nhân). Giảm bạch cầu hạt độ 3-4: 32% (10/31 bệnh nhân), trong đó có 1 ca sốt giảm bạch cầu độ 4. Giảm tiểu cầu chủ yếu ở mức độ nhẹ (1-2). Tác dụng ngoại ý lên gan thận: Tăng men gan độ 1: 6,5%. Tăng creatinin độ 3: 3,2% (1 bệnh nhân). Độc tính lên thận thấp, chủ yếu xảy ra ở mức độ nhẹ (độ 1-2). Các tác dụng ngoại ý khác: Buồn nôn và nôn độ 3: 3,2% (1 bệnh nhân). Không ghi nhận giảm thính lực hay tác dụng phụ trên thần kinh ngoại vi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu nước ngoài với độc tính trên hệ tạo huyết là thường gặp hơn. Nhìn chung độc tính của phác đồ gem-cis không quá nặng nề có thể quản lý được.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 31 bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ tại Bệnh viện Bình Dân cho thấy phác đồ Gemcitabine-Cisplatin đạt hiệu quả cao với đáp ứng hoàn toàn 38,7% (hình ảnh học) và 35,5% (mô bệnh học), tỷ lệ đáp ứng tổng thể 87%. Tác dụng phụ chủ yếu là giảm bạch cầu hạt độ 3-4 (32%) và thiếu máu độ 3-4 (9,6%), các độc tính khác ở mức độ thấp và chấp nhận được. Phác đồ này được đánh giá là hiệu quả và an toàn trên lâm sàng trong hóa trị tân hỗ trợ ung thư bàng quang xâm lấn cơ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yaxley JP.** Urinary tract cancers: An overview for general practice. *J Family Med Prim Care.* 2016;5(3):533-538. doi:10.4103/2249-4863.197258
2. **Omorphos NP, Piedad JCP, Vasdev N.** Guideline of guidelines: Muscle-invasive bladder cancer. *Turkish journal of urology.* 2021;47(Supp. 1):S71-s78. doi:10.5152/tud.2020.20337
3. **Pfister, C., et al.** Randomized Phase III Trial of Dose-dense Methotrexate, Vinblastine, Doxorubicin, and Cisplatin, or Gemcitabine and Cisplatin as Perioperative Chemotherapy for Patients with Muscle-invasive Bladder Cancer. *Analysis of the GETUG/AFU V05 VESPER Trial Secondary Endpoints: Chemotherapy Toxicity and Pathological Responses.* *Eur Urol.* 2021;79(2):pp. 214-221.
4. **Freedman ND, Silverman DT, Hollenbeck AR, Schatzkin A, Abnet CC.** Association between smoking and risk of bladder cancer among men and women. *Jama.* 2011;306(7):737-45. doi:10.1001/jama.2011.1142
5. **Lại Phú Thái Sơn.** Đánh giá kết quả hóa chất hỗ trợ trước ung thư bàng quang bằng phác đồ gemcitabine-cisplatin. Luận văn Chuyên khoa 2. Trường Đại học Y Hà Nội; 2020.
6. **NCCN - National Comprehensive Cancer Network.** Bladder cancer version 6.2021. Accessed December 30, 2022, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/bladder.pdf.
7. **Powles T.** Bladder Cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. 2021;
8. **Witjes JA, Bruins HM, Cathomas R, et al.** European Association of Urology Guidelines on Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer: Summary of the 2020 Guidelines. *Eur Urol.* 2021;79(1):82-104. doi:10.1016/j.eururo.2020.03.055

SO SÁNH KẾT QUẢ SỚM GIỮA THỰC HIỆN MIỆNG NỐI TRONG VÀ NGOÀI Ổ BỤNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI

Võ Chí Nguyễn^{1,3}, Dương Văn Hải^{1,2},
Giao Hữu Trường Quy¹, Nguyễn Hùng Phúc¹

TÓM TẮT

Bối cảnh và mục tiêu: Gần đây, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã trở thành tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại tràng phải. Phẫu thuật này có hai kỹ thuật chính: nội soi hỗ trợ với miệng nối ngoài ổ bụng và nội soi hoàn toàn với miệng nối trong ổ bụng. Nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả điều trị của hai kỹ thuật trên.

Phương pháp: Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. So sánh 140 trường hợp được thực phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng (nhóm nối trong) và 177 trường hợp được phẫu thuật nối soi hỗ trợ cắt đại tràng phải thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng (nhóm nối ngoài) dựa trên những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ, kết quả điều trị trong và sau phẫu thuật của bệnh nhân. Đặc biệt trong nghiên cứu này, ở nhóm nối ngoài, chúng tôi còn so sánh kết quả điều trị sau phẫu thuật của 61 trường hợp được thực hiện miệng nối bằng tay (Nhóm nối tay), và 116 trường hợp được thực hiện miệng nối bằng stapler (Nhóm

stapler) với nhóm nối trong. Phân tích PSM (propensity score matching) được lựa chọn để khắc phục sai số trong chọn mẫu giữa hai nhóm chính và hai nhóm phụ.

Kết quả: Sau phân tích PSM, 131/177 trường hợp ở nhóm nối ngoài được so sánh với 131/140 trường hợp ở nhóm nối trong. Trong hai nhóm phụ, 107/116 trường hợp ở nhóm stapler và 56/61 trường hợp ở nhóm nối tay được so sánh với nhóm nối trong ở cỡ mẫu tương tự (107 và 56 trường hợp). Kết quả so sánh giữa nhóm nối trong và nối ngoài cho thấy không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ, vị trí khối u, và giai đoạn ung thư. Nhóm nối trong có lượng máu mất trong mổ ít hơn so với nhóm nối ngoài ($60,2 \pm 29,9$ ml và $72 \pm 35,8$ ml, $p = 0,01$), chiều dài vết mổ trung bình ở nhóm nối trong cũng ngắn hơn ($4,55 \pm 0,75$ cm và $6,21 \pm 1,23$ cm, $p < 0,001$). Nhưng thời gian mổ trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê ($204 \pm 38,5$ phút và $187 \pm 41,8$ phút, $p < 0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian trung tiện ($2,53$ và $2,75$ ngày, $p = 0,1$), thời gian nằm viện sau mổ ($7,05$ và $7,44$ ngày, $p = 0,7$) và tỷ lệ biến chứng sau mổ ($7,6\%$ và $13,7\%$, $p = 0,1$). Bên cạnh đó, so sánh giữa nhóm nối tay và nhóm stapler với nhóm nối trong cũng cho kết quả gần tương tự.

Kết luận: Áp dụng phân tích PSM vào so sánh giữa 2 nhóm cho thấy kỹ thuật nối trong có ưu thế hơn lượng máu mất trong mổ, chiều dài vết mổ nhưng thời gian mổ dài hơn. Các kết quả khác như VAS, thời gian nằm viện, thời gian

¹Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bộ môn Ngoại, Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bộ môn Ngoại, Đại học Tân Tạo

Chịu trách nhiệm chính: Võ Chí Nguyễn

SĐT: 0939530499

Email: chinguyenvo@outlook.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

trung tiện và tỷ lệ biến chứng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê. Vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng với cỡ mẫu lớn hơn để làm rõ sự khác biệt giữa 2 kỹ thuật thực hiện miệng nối trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải.

Từ khóa: Ung thư đại tràng phải, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, miệng nối trong ổ bụng, miệng nối ngoài ổ bụng, PSM

SUMMARY

PROPENSITY-SCORE MATCHING ANALYSIS FOR EXTRACORPOREAL VERSUS INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN LAPAROSCOPIC COLECTOMY FOR RIGHT COLON CANCER

Background and Objectives: Laparoscopic colectomy (LC) is now the standard for colon cancer treatment. LC has two main techniques: Laparoscopic-assisted colectomy with extracorporeal anastomosis (LAC/EA) and Total laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis (TLC/IA). Each technique has its advantages and disadvantages. This study aims to compare outcomes between intracorporeal and extracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy for right colon cancer.

Methods: This retrospective cohort study compared 140 patients who underwent total laparoscopic colectomy with intracorporeal anastomosis (IA group) and 177 patients who underwent laparoscopic-assisted left colectomy with extracorporeal anastomosis (EA group). Postoperative outcomes and patient demographics were analyzed, including two subgroups: extracorporeal hand-sewn (EHA) and extracorporeal stapler (ESA). Propensity score matching was used to minimize selection bias between groups and subgroups.

Results: After propensity score matching, 131 patients in the EA group were compared with 131 patients in the IA group. In subgroups, 107 patients in the ESA group and 56 patients in the EHA group were compared with the respective number in the IA group. No significant differences in demographics, tumor location, cancer stage, or types of surgery were found between the main groups. The IA group had less intraoperative blood loss (60.2 ± 29.9 ml vs. 72 ± 35.8 ml, $p = 0.01$) and a shorter mini-laparotomy length (4.55 ± 0.75 cm vs. 6.21 ± 1.23 cm, $p < 0.001$), but a longer operative time (204 ± 38.5 min vs. 187 ± 41.8 min, $p < 0.001$). There were no differences in VAS score (2.63 vs. 2.73, $p = 0.22$), time to flatus (2.53 vs. 2.75 days, $p = 0.1$), postoperative length of stay (7.05 vs. 7.44 days, $p = 0.7$), and complication rate (7.6% vs. 13.7%, $p = 0.1$). Results for the EHA and ESA subgroups were similar compared to the IA group.

Conclusion: Propensity-score matching analysis revealed that TLC/IA had less intraoperative blood loss and shorter mini-laparotomy length than LAC/EA, though with a longer operative time. No significant differences were found in VAS, length of stay, time to flatus, or complication rates. Further randomized studies are needed to confirm the optimal anastomotic technique for laparoscopic right colectomy.

Keywords: Right colon cancer, laparoscopic colectomy, intracorporeal anastomosis, extracorporeal anastomosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay, với nhiều tiến bộ trong điều trị, hóa-xạ trị kết hợp với phẫu thuật đã cải thiện kết quả dài hạn trong điều trị ung thư đại tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ đạo. Tại nhiều trung tâm lớn, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng là phương pháp

tiêu chuẩn, có nhiều ưu điểm so với mổ mở về kết quả ngắn hạn và dài hạn.

Hiện có hai kỹ thuật chính trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải: nối ngoài và nối trong. Kỹ thuật nối ngoài thường được thực hiện nhiều hơn do ít yêu cầu kỹ thuật và chi phí thấp hơn, nhưng cần di động đại tràng và hồi tràng nhiều hơn, tăng nguy cơ căng, rách mạc treo và ảnh hưởng đến phục hồi chức năng ruột. Kỹ thuật nối trong tuy khó hơn và yêu cầu bác sĩ có kinh nghiệm cao nhưng giải quyết được nhược điểm của kỹ thuật nối ngoài và đảm bảo các nguyên tắc về ung thư học, tránh phơi bày ruột ra môi trường bên ngoài.

Mục đích của phân tích PSM chọn lọc ra các nhóm bệnh nhân có các chỉ số tiền phẫu tương đồng với nhau, nhằm giảm thiểu sai lệch trong quá trình chọn mẫu. Chúng tôi cũng so sánh hai nhóm phụ của nhóm nối ngoài: nhóm nối tay và nhóm stapler với nhóm nối trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi so sánh hai nhóm bệnh nhân được chọn và sử dụng kết hợp điểm xu hướng để loại bỏ những yếu tố gây nhiễu giữa hai nhóm.

Những bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải do ung thư theo tiêu chuẩn CME trong thời gian từ tháng 04/2020 đến 04/2024 được chọn dựa trên hồi cứu thông qua hồ sơ bệnh án.

Tiêu chí chọn bệnh: ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải được chẩn đoán bằng giải phẫu bệnh, giai đoạn cT₂₋₄ (bất kể giai đoạn N), và được phẫu thuật cắt đại tràng phải hoặc cắt phải mở rộng. Giai đoạn ung thư (cTNM) được xác định dựa trên CTscan trước phẫu thuật.

Tiêu chí loại trừ là: ung thư đại tràng tái phát, hoặc có ung thư khác kèm theo. Đồng thời loại trừ những trường hợp đã có di căn xa. Những trường hợp phẫu thuật cắt đại tràng nhưng không lặp lại lưu thông ruột (không có miệng nối) cũng bị loại trừ.

Quy trình phẫu thuật và theo dõi hậu phẫu

Những bệnh nhân có khối u ở manh tràng và đại tràng lên được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, những trường hợp có u ở đại tràng góc gan hoặc đại tràng ngang gần góc gan được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải mở rộng. Tất cả đều được phẫu thuật theo tiêu chuẩn CME và thực hiện miệng nối ở trong ổ bụng hoặc ngoài ổ bụng.

Thời gian theo dõi bệnh nhân là trong giai đoạn từ lúc phẫu thuật cho đến 30 ngày sau phẫu thuật.

Giai đoạn hậu phẫu bệnh nhân được chăm sóc theo quy trình giống nhau. Cụ thể, ống mũi dạ dày và ống thông tiểu được rút vào buổi sáng sau khi phẫu thuật. Vào ngày 1 sau phẫu thuật, được dinh dưỡng tĩnh mạch và bệnh nhân được uống nước đường, và ăn lại khi đã trung tiện được. Các tiêu chí để xuất viện bao gồm: không có triệu chứng bất thường, ăn được ít nhất 3 bữa/ngày, và đi tiêu phân được.

Tiêu chí so sánh

Các biến số về tiền phẫu được sử dụng để so sánh sự đồng đều giữa hai nhóm phẫu thuật. Các thông số trong lúc phẫu thuật và sau phẫu thuật được áp dụng để so sánh về tính an toàn và hiệu quả giữa hai nhóm. Đồng thời phân tích dưới nhóm cũng được áp dụng. Chúng tôi so sánh nhóm được thực hiện nối trong ổ bụng với nhóm thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng bằng khâu tay (1) hoặc khâu máy (2).

Phương pháp điểm xu hướng

Để giảm thiểu nguy cơ gây nhiễu trong việc chọn mẫu giữa hai nhóm, chúng tôi sử dụng phương pháp điểm xu hướng (PSM) để ghép cặp 1:1 giữa hai nhóm. Các biến số sau được áp dụng để tính điểm xu hướng: giới tính, tuổi, BMI, vị trí khối u, nồng độ hemoglobin, nồng độ albumin, phân độ ASA.

Chúng tôi sử dụng phần mềm R để tạo ra các giá trị điểm xu hướng bằng phương pháp hồi quy logistic, ghép nối 1:1 trên các điểm xu hướng này. Kết hợp theo phương pháp cận nhất, không thay thế, với khoảng cách ghép cặp bằng 0,2 x độ lệch chuẩn của điểm

xu hướng. Sử dụng package MatchIt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi phân tích PSM, 131 trong số 177 bệnh nhân thuộc nhóm nối ngoài được ghép cặp so sánh với 131 trong số 140 bệnh nhân thuộc nhóm nối trong. Các biến số nhân khẩu học và tình trạng trước phẫu thuật được trình bày trong Bảng 1. Cả trước và sau PSM, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số BMI, phân loại ASA, bệnh đi kèm, tuổi, giới tính, độ xâm lấn của khối u, số hạch thu được, giai đoạn TNM, vị trí khối u, hemoglobin, albumin trước phẫu thuật...

Bảng 1: So sánh các biến số tiền phẫu giữa nhóm nối trong và nối ngoài

Nối ngoài = stapler + nối tay Nối trong = stapler	Trước PSM			Sau PSM		
	Nối ngoài (N=177)	Nối trong (N=140)	P-value	Nối ngoài (N=131)	Nối trong (N=131)	P-value
Tuổi	58,7 ± 12,6	59,4 ± 13,7	0,76	58,8 ± 12,8	59,3 ± 13,6	0,891
Giới (nữ/nam)	46,9%/53,1%	50,0%/50,0%	0,582	53,4%/46,6%	48,9%/51,1%	0,458
BMI	21,6 ± 1,96	21,8 ± 1,97	0,379	21,6 ± 1,84	21,8 ± 1,96	0,674
Có bệnh đồng mắc	29,9%	27,1%	0,584	31,3%	27,5%	0,498
ASA			0,687			0,765
I	9 (5,1%)	8 (5,7%)		9 (6,9%)	7 (5,3%)	
II	134 (75,7%)	100 (71,4%)		91 (69,5%)	96 (73,3%)	
III	34 (19,2%)	32 (22,9%)		31 (23,7%)	28 (21,4%)	
Albumin (g/L)	36,2 ± 3,46	36,8 ± 3,77	0,113	36,3 ± 3,61	36,5 ± 3,65	0,659
Hemoglobin (g/dL)	11,7 ± 1,41	11,9 ± 1,47	0,185	11,7 ± 1,46	11,8 ± 1,38	0,688
Phương pháp phẫu thuật			0,808			0,804
Cắt ĐT phải	100 (56,5%)	81 (57,9%)		74 (56,5%)	72 (55,0%)	
Cắt ĐT phải mở rộng	77 (43,5%)	59 (42,1%)		57 (43,5%)	59 (45,0%)	

Trước PSM, nhóm nối ngoài có thời gian phẫu thuật ngắn hơn (187 ± 40 phút so với $205 \pm 38,2$ phút, $p < 0,001$) nhưng lượng máu mất trong mổ cao hơn ($74 \pm 38,6$ ml so với $58,9$ ml, $p < 0,001$) và chiều dài vết mổ trung bình cũng dài hơn ($6,32 \pm 1,09$ cm và $6,21 \pm 1,23$ cm, $p < 0,001$) so với nhóm nối

trong. Phục hồi sau phẫu thuật tốt hơn ở những bệnh nhân trong nhóm nối trong với thời gian trung tiện ngắn hơn ($2,52 \pm 0,844$ ngày so với $2,78 \pm 0,943$ ngày, $p = 0,016$), mức độ đau sau phẫu thuật ít hơn thể hiện ở điểm VAS trung bình thấp hơn ($2,66 \pm 0,665$ và $2,85$). $\pm 0,75$, $p < 0,02$) và tỷ lệ biến

chúng sau mổ thấp hơn (7,9% - 11 trường hợp so với 16,4% - 29 trường hợp, $p = 0,023$). Hơn nữa, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm nối ngoài (9,6% - 17 trường hợp so với 1,4% - 2 trường hợp, $p = 0,0023$) nhưng các biến

chứng khác như tắc ruột, xì rò miệng nối và chảy máu miệng nối không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm. Ngoài ra, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nằm viện sau mổ ($7,06 \pm 1,02$ ngày và $7,42 \pm 2,62$ ngày, $p = 0,46$).

Bảng 2: So sánh các biến số phẫu thuật và hậu phẫu giữa nhóm nối trong và nối ngoài

Nối ngoài = stapler + nối tay Nối trong = stapler	Trước PSM			Sau PSM		
	Nối ngoài (N=177)	Nối trong (N=140)	P-value	Nối ngoài (N=131)	Nối trong (N=131)	P-value
Thời gian phẫu thuật (phút)	187 $\pm$ 40,0	205 $\pm$ 38,2	<0,001	187 $\pm$ 41,8	204 $\pm$ 38,5	<0,001
Lượng máu mất (ml)	74,0 $\pm$ 36,8	58,9 $\pm$ 29,9	<0,001	72,0 $\pm$ 35,8	60,2 $\pm$ 29,9	0,01
Chiều dài vết mổ (cm)	6,32 $\pm$ 1,17	4,55 $\pm$ 0,77	<0,001	6,11 $\pm$ 1,13	4,55 $\pm$ 0,75	<0,001
Điểm đau (VAS)	2,85 $\pm$ 0,75	2,66 $\pm$ 0,67	0,0229	2,73 $\pm$ 0,69	2,63 $\pm$ 0,64	0,227
Thời gian trung tiện (ngày)	2,78 $\pm$ 0,943	2,52 $\pm$ 0,84	0,0164	2,75 $\pm$ 0,979	2,53 $\pm$ 0,83	0,103
Thời gian nằm viện (ngày)	7,42 $\pm$ 2,62	7,06 $\pm$ 1,02	0,469	7,44 $\pm$ 2,95	7,05 $\pm$ 1,05	0,732
Liệt ruột	11 (6,2%)	5 (3,6%)	0,286	8 (6,1%)	4 (3,1%)	0,237
Xì rò miệng nối	4 (2,3%)	1 (0,7%)	0,388	4 (3,1%)	1 (0,8%)	0,37
Chảy máu miệng nối	4 (2,3%)	3 (2,1%)	1	2 (1,5%)	3 (2,3%)	1
Nhiễm trùng vết mổ	17 (9,6%)	2 (1,4%)	0,0023	10 (7,6%)	2 (1,5%)	0,0181
Tổng biến chứng	29 (16,4%)	11 (7,9%)	0,0232	18 (13,7%)	10 (7,6%)	0,11

Sau PSM, nhóm nối trong vẫn có thời gian mổ dài hơn (204 $\pm$ 38,5 phút so với 187 $\pm$ 41,8 phút, $p < 0,001$) nhưng lượng máu mất trong mổ thấp hơn (60,2 $\pm$ 29,9 ml so với 72 $\pm$ 35,8 ml, $p = 0,01$) và chiều dài vết mổ trung bình là cũng ngắn hơn (4,55 $\pm$ 0,746 cm và 6,11 $\pm$ 1,13 cm, $p < 0,001$). Tuy nhiên, thời gian trung tiện (2,53 $\pm$ 0,826 ngày so với 2,75 $\pm$ 0,979 ngày, $p = 0,1$), điểm

VAS trung bình (2,63 $\pm$ 0,637 và 2,73 $\pm$ 0,69, $p = 0,227$), thời gian nằm viện sau mổ (7,05 $\pm$ 1,05 ngày và 7,44 $\pm$ 2,95 ngày, $p = 0,73$) và tỷ lệ biến chứng sau mổ (7,6% - 10 trường hợp so với 13,7% - 18 trường hợp, $p = 0,11$). Tuy nhiên, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm nối ngoài vẫn cao hơn (7,6% - 10 trường hợp so với 1,5% - 2 trường hợp, $p = 0,0018$).

Bảng 3: So sánh các biến số phẫu thuật và hậu phẫu giữa các phân nhóm

Subgroup	Sau PSM			Sau PSM		
	Nối ngoài (Stapler) (N=107)	Nối trong (Stapler) (N=107)	P-value	Nối ngoài (Nối tay) (N=56)	Nối trong (Stapler) (N=56)	P-value
Thời gian phẫu thuật (phút)	183 $\pm$ 42,4	207 $\pm$ 38,8	<0,001	193 $\pm$ 35,6	205 $\pm$ 39,4	0,106
Lượng máu mất (ml)	68,7 $\pm$ 33,6	61,0 $\pm$ 30,3	0,109	72,4 $\pm$ 28,7	63,9 $\pm$ 32,0	0,0617
Chiều dài vết mổ (cm)	6,07 $\pm$ 1,13	4,55 $\pm$ 0,755	<0,001	6,73 $\pm$ 1,14	4,48 $\pm$ 0,81	<0,001

Điểm đau (VAS)	2,79 ± 0,75	2,64 ± 0,64	0,15	2,82 ± 0,69	2,66 ± 0,721	0,235
Thời gian trung tiện (ngày)	2,74 ± 0,99	2,56 ± 0,913	0,27	2,89 ± 0,93	2,64 ± 0,99	0,134
Thời gian nằm viện (ngày)	7,49 ± 3,22	6,99 ± 0,906	0,99	7,41 ± 1,36	7,18 ± 1,22	0,143
Liệt ruột	7 (6,5%)	5 (4,7%)	0,552	4 (7,1%)	3 (5,4%)	1
Xì rò miệng nổi	3 (2,8%)	1 (0,9%)	0,621	1 (1,8%)	1 (1,8%)	1
Chảy máu miệng nổi	2 (1,9%)	2 (1,9%)	1	2 (3,6%)	3 (5,4%)	1
Nhiễm trùng vết mổ	7 (6,5%)	2 (1,9%)	0,17	8 (14,3%)	1 (1,8%)	0,0317
Tổng biến chứng	13 (12,1%)	10 (9,3%)	0,508	14 (25,0%)	8 (14,3%)	0,154

Ở các nhóm phụ, chúng tôi so sánh 107/116 bệnh nhân ở nhóm Stapler với 107/140 bệnh nhân ở nhóm nối trong và 56/61 bệnh nhân ở nhóm nối ngoài với 56/140 bệnh nhân ở nhóm nối trong (sau khi phân tích PSM). Chúng tôi nhận thấy nhóm Stapler có thời gian mổ ngắn hơn (183 phút so với 207 phút, $p < 0,001$), chiều dài vết mổ trung bình dài hơn (6,07 cm so với 4,55 cm, $p < 0,001$), tuy nhiên lượng máu mất trong mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm). (68,7 ml so với 61 ml, $p = 0,1$). Trong khi đó, nhóm nối tay cũng có chiều dài vết mổ dài hơn (6,73 cm so với 6,73 cm). 4,48 cm, $p < 0,001$) nhưng thời gian mổ (193 phút so với 205 phút, $p = 0,1$) và lượng máu mất trong mổ (72,4 ml so với 63,9 ml, $p = 0,06$) không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Các kết quả sau mổ ghi nhận được không có sự khác biệt giữa nhóm nối tay, nhóm stapler với nhóm nối trong như thời gian trung tiện, điểm VAS, thời gian nằm viện sau phẫu thuật (bảng 2). Nhóm stapler có 3 trường hợp xì rò miệng nổi, nhóm nối tay có 1 trường hợp xì rò trong khi nhóm nối trong có 1 trường hợp. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở nhóm nối tay cao hơn (14,3% so với 1,8%, $p = 0,03$).) nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trong so sánh giữa nhóm stapler và nhóm nội soi (6,5% so với 1,9%, $p = 0,17$).

IV. BÀN LUẬN

Cả trước và sau PSM, nhóm nối trong có thời gian phẫu thuật dài hơn nhóm nối ngoài

do việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng lâu hơn. Điều này tương tự với các nghiên cứu khác. Sự khác biệt có thể do việc cắt tia mạc treo, chuẩn bị 2 đầu đoạn ruột và khâu đóng mạc treo ruột hoàn toàn qua nội soi. Khâu qua nội soi khó khăn và mất thời gian, đặc biệt với các phẫu thuật viên chưa đạt đường cong học tập cần thiết⁴.

Lượng máu mất trong mổ không chỉ phản ánh sự an toàn mà còn ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị⁵. Sau PSM, lượng máu mất trung bình ở nhóm nối trong là 60,2 ml, thấp hơn ($p = 0,01$) so với nhóm nối ngoài (72 ml). Qingbin Wu⁶ đã phân tích 19 nghiên cứu với 1957 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, cho thấy lượng máu mất trung bình ở nhóm nối trong là 31,2 - 105 ml và nhóm nối ngoài là 43,3 - 231,3 ml ($p = 0,03$). Sự khác biệt này do việc kéo đại tràng ra ngoài có thể khiến mạc treo căng, tăng nguy cơ rách và chảy máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân mất máu khoảng 400 ml do rách mạc treo đại tràng ngang trong quá trình nối ngoài, dẫn đến việc phải mở rộng vết mổ để kiểm soát chảy máu.

Ở nhóm nối ngoài, vết mổ thường ở đường giữa và phải đủ rộng để đưa đoạn đại tràng ra ngoài để cắt và thực hiện miệng nối. Trong khi đó, nhóm nối trong chỉ cần vết mổ nhỏ để lấy mẫu bệnh phẩm, có thể ở nhiều vị trí khác. Hơn một nửa số bệnh nhân của nhóm nối trong (63,7%) sử dụng đường mổ Pfannenstiel, theo nghiên cứu của Hongyu Zhang² trên 559 bệnh nhân. Chiều dài vết mổ

ngắn cũng giúp giảm tỷ lệ thoát vị và đau sau mổ^{7,8}.

Báo cáo của Van Oostendorp chỉ ra rằng các vết mổ ở vị trí giữa/trên bụng có xu hướng đau hơn và ảnh hưởng đáng kể đến chức năng hô hấp so với các vết mổ ở phần dưới như Pfannenstiel⁹. Nghiên cứu RCT của Bollo, với 140 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải điều trị ung thư, đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật trong 5 ngày, cho thấy điểm đau trung bình dao động từ 1,71 đến 2,73 đối với nhóm nối trong cơ thể và 2,36 đến 3,01 đối với nhóm ngoài cơ thể ($p = 0,035$)¹⁰. Liều giảm đau ở nhóm nối trong ổ bụng cũng thấp hơn ($p = 0,001$) so với nhóm nối ngoài.

Thời gian trung tiện được xem là yếu tố phản ánh sự phục hồi nhu động ruột sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm nối trong có thời gian trung tiện ngắn hơn nhóm nối ngoài nối tay hoặc stapler, nhưng sau PSM thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Antonio Biondi giải thích rằng sự khác biệt này do sự căng mạc treo và ruột ở nhóm nối ngoài khi kéo đại tràng ra, dẫn đến phục hồi chức năng ruột chậm hơn nhóm nối trong¹¹.

Theo kết quả của chúng tôi, sau PSM, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật giữa ba nhóm. Khi phân tích các loại biến chứng riêng lẻ, chỉ có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (nhóm nối trong có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn so với nhóm nối trong và nhóm nối tay). Các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng nhiễm trùng vết thương xảy ra ở 1%-30% ca phẫu thuật đại trực tràng. Phẫu thuật đại trực tràng là một yếu tố nguy cơ cao gây nhiễm trùng trong ổ bụng và vết mổ. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi với vết mổ ngắn giảm đáng kể tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ở bệnh nhân.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ xì rò miệng nối giữa các nhóm nối

trong, nối ngoài và nhóm stapler. Một số nhà nghiên cứu cho rằng xì rò miệng nối ở nhóm nối trong sẽ nghiêm trọng hơn do sự phân rã miệng nối nhiều¹⁵. Nghiên cứu của Espin và cộng sự trên 116 bệnh nhân bị xì rò sau phẫu thuật cắt đại tràng phải cho thấy phân độ Clavien-Dindo III-a phổ biến hơn ở nhóm nối tay, trong khi phân độ III-b phổ biến ở nhóm stapler¹⁶. Tương tự, xì rò độ C (theo ISGRC) thường gặp hơn ở nhóm stapler.

Sự phục hồi hoạt động ruột và tỷ lệ biến chứng ảnh hưởng đến thời gian nằm viện sau mổ. Các nhóm có tỷ lệ biến chứng và thời gian trung tiện sau mổ tương đương, do đó sự tương đồng là hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Phân tích PSM cho thấy kỹ thuật thực hiện miệng nối trong ổ bụng vượt trội hơn thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng về lượng máu mất trong mổ và chiều dài vết mổ, nhưng thời gian mổ dài hơn. Các kết quả khác như điểm VAS, thời gian nằm viện, thời gian có trung tiện và tỷ lệ biến chứng đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm nối trong có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp hơn. Vì vậy, cần có nhiều hơn các nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng để đưa ra kết luận chắc chắn về kỹ thuật nối tốt nhất trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allaix Marco E DM, Bonino Marco A, Arezzo Alberto, et al.** Intracorporeal or extracorporeal ileocolic anastomosis after laparoscopic right colectomy: a double-blinded randomized controlled trial. *Annals of surgery*. 2019;270(5):762-767.
2. **Zhang Hongyu SN, Fu Yang, Zhao Chunlin.** Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy: updated metaanalysis of randomized controlled trials. *BJS Open*. 2021;5(6):133.

3. **Jian-Cheng Tu S-SW, Bo Zhang, Jian Fang, Liang Zhou.** Total laparoscopic right hemicolectomy with 3-step stapled intracorporeal isoperistaltic ileocolic anastomosis for colon cancer: an evaluation of shortterm outcomes. *Medicine*. 2016;95(48)
4. **Milone Marco EU, Di Salvo Enrico, Delrio Paolo, et al.** Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis. Results from a multicentre comparative study on 512 right-sided colorectal cancers. *Surgical Endoscopy*. 2015;29:2314-2320.
5. **Mörner Malin EM GU, Jestin Pia, Svanfeldt Monika.** The importance of blood loss during colon cancer surgery for long-term survival: an epidemiological study based on a population based register. *Annals of surgery*. 2012;255(6):1126-1128.
6. **Wu Qingbin JC, Hu Tao, Wei Mingtian, Wang Ziqiang.** Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*. 2017;27(4):348-357.
7. **Ricci Claudio CR, Alagna Vincenzo, Zani Elia, et al.** A critical and comprehensive systematic review and meta-analysis of studies comparing intracorporeal and extracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2017;402:417-427.
8. **Vergis Ashley S SSN, Bhojani Faizal D, Sullivan Paul A, Hardy Krista M.** Laparoscopic right hemicolectomy with intracorporeal versus extracorporeal anastomosis: a comparison of short-term outcomes. *Canadian Journal of Surgery*. 2015;58(1):63.
9. **Van Oostendorp Stefan EA, Borstlap Wernard, Schoonmade Linda, et al.** Intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in right hemicolectomy: a systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy*. 2017;31:64-77.
10. **Bollo J TV, Rabal A, Carrillo E, et al.** Randomized clinical trial of intracorporeal versus extracorporeal anastomosis in laparoscopic right colectomy (IEA trial). *Journal of British Surgery*. 2020;107(4):364-372.
11. **Biondi Antonio DMG, Morici Riccardo, Sangiorgio Giuseppe, Vacante Marco, Basile Francesco.** Intracorporeal versus Extracorporeal Anastomosis for Laparoscopic Right Hemicolectomy: Short-Term Outcomes. *Journal of Clinical Medicine*. 2021;10(24):5967.
12. **Pryor Kane O FITJ, Lien Cynthia A, Goldstein Peter A.** Surgical site infection and the routine use of perioperative hyperoxia in a general surgical population: a randomized controlled trial. *Jama*. 2004;291(1):79-87.
13. **Smith Robert L BJK, McElearney Shannon T, Friel Charles M, et al.** Wound infection after elective colorectal resection. *Annals of surgery*. 2004;239(5):599.
14. **Boni Luigi BA, Rovera Francesca, Dionigi Gianlorenzo, et al.** Infective complications in laparoscopic surgery. *Surgical infections*. 2006;7(2):109-111.
15. **Pasquale Lepiane M, Andrea Balla, MD, PhD, MSc, Eugenio Licardie, MD, Federica Saraceno, MD, Isaias Alarcón, MD, PhD, Rosa Scaramuzzo, MD, Anna Guida, MD, Salvador Morales-Conde, MD, PhD.** Extracorporeal Hand-Sewn vs. Intracorporeal Mechanic Anastomosis During Laparoscopic Right Colectomy. *Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons*. 2022;26(3)
16. **Espin E VF, Kreisler E, Biondo S.** Clinical impact of leakage in patients with handsewn vs stapled anastomosis after right hemicolectomy: a retrospective study. *Colorectal Dis*. 2020;22(10):1286-1292.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÌNH MẠCH CẦU NỐI CHẠY THẬN NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Đỗ Nhân¹, Đỗ Ngọc Quế Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phình mạch cầu nối hay gặp ở bệnh nhân có quá trình sử dụng, có thể ảnh hưởng nặng đến hiệu quả lọc máu. Phẫu thuật sửa chữa giúp giảm thiểu nguy cơ vỡ mạch và duy trì khả năng tiếp cận mạch máu lọc thận.

Phương pháp: Hồi cứu mô tả các trường hợp phình mạch cầu nối được phẫu thuật tại bệnh viện Thống Nhất từ 10/2022 đến 10/2024.

Kết quả và bàn luận: 46 trường hợp. Tỷ lệ nam giới là 58,7%, nữ là 41,3% ($p=0,25$). Tuổi trung bình là $52,43 \pm 11,41$. Vỡ, dọa vỡ phình là 21,7%. Thời gian phẫu thuật (phút) $151,4 \pm 72,2$. Thời gian nằm viện (ngày) là $04,1 \pm 2,5$. Lấy bỏ phình mạch 21,7 %. Đóng cầu nối 23,9 %. Sửa phình 54,4 %. Nhóm hẹp: lưu lượng trước phẫu thuật là $158,2 \pm 48,1$ ml/phút, sau là $697,3 \pm 96,8$ ml/phút ($p=0,04$); Nhóm tăng lưu lượng: trước phẫu thuật là $1890,1 \pm 129,2$ ml/phút, sau là $917,4 \pm 86,4$ ml/phút ($p=0,02$). Biến chứng: nhiễm trùng 06,5 %, chảy máu vết mổ 10,9 %; không có trường hợp tử vong liên quan phẫu thuật.

Kết luận: Phình mạch cầu nối chạy thận nhân tạo có bệnh nền tăng huyết áp và đái tháo đường. Biến chứng vỡ, dọa vỡ là 21,7%. Phẫu thuật sửa chữa cho kết quả khả quan. Cần phối

hợp đa chuyên khoa đánh giá lâu dài về biến chứng suy tim ở người cao tuổi.

Từ khóa: cầu nối động tĩnh mạch, phình mạch, lưu lượng thấp, lưu lượng cao.

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT OF ANEURYSM OF ARTERIOVENOUS FISTULA FOR HEMODIALYSIS AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Arteriovenous fistula (AVF) aneurysms are commonly encountered in patients undergoing prolonged use of hemodialysis, significantly impacting the effectiveness of dialysis. Surgical repair aims to mitigate the risk of rupture and maintain vascular access.

Methods: A retrospective study was conducted on cases of AVF aneurysms managed surgically at Thong Nhat Hospital from 10/2022 to 10/2024.

Results and Discussion: A total of 46 cases were analyzed. The male was 58.7%, the female was 41.3% ($p=0.25$). The mean age (year) was 52.43 ± 11.41 . Aneurysm rupture or threatened rupture was 21.7%. The mean surgical duration (minute) was 151.4 ± 72.2 . The hospitalization (day) was 4.1 ± 2.5 . Aneurysm resection 21.7%, fistula closure 23.9%, repair 54.4%. Stenosis group: flow (preoperative) was 158.2 ± 48.1 ml/min, to 697.3 ± 96.8 ml/min postoperatively ($p=0.04$). The high-flow group, flow (preoperative) was 1890.1 ± 129.2 ml/min, to 917.4 ± 86.4 ml/min postoperatively ($p=0.02$). Complications: infection (6.5%), bleeding

¹Bệnh viện Thống Nhất Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

SĐT: 0982220994

Email: bsnguyendonhan@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

(10.9%). No surgery-related mortality was reported.

Conclusion: Most of AVF aneurysms in hemodialysis patients had underlying hypertension and diabetes. Rupture and impending rupture were 21.7%. Surgical repair yielded favorable outcomes. Long-term evaluation of heart failure complications in elderly patients requires a multidisciplinary approach.

Keywords: arteriovenous fistula, aneurysm, low flow, high flow.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chạy thận nhân tạo chu kỳ là điều trị quan trọng với bệnh thận mạn giai đoạn cuối. Trong đó, yếu tố then chốt là thông động tĩnh mạch (arteriovenous fistula - AVF) tiếp cận tốt [1], [2]. Với hình thái dẫn to, ngoằn ngoèo, phình mạch có thể gây ngộ nhận về lưu lượng hoặc biến đổi tự nhiên, trong khi biến chứng dòng chảy phức tạp bên trong chứa đựng sự nguy hiểm chực chờ. Phình mạch cầu nối là một trong những vấn đề chính làm thay đổi dự hậu của bệnh nhân thận mạn vì có thể gây tắc mạch, giảm dòng máu, tăng lưu lượng, vỡ phình, đe dọa tính mạng, ảnh hưởng đến hiệu quả lọc máu [1], [2], [3], [4].

Trong bối cảnh đó, tại bệnh viện Thống Nhất Tp.HCM, biến chứng phình mạch ghi nhận ngày càng nhiều, mức độ bệnh phức tạp và nặng, phẫu thuật sửa chữa trở thành một lựa chọn quan trọng, giúp giảm thiểu nguy cơ vỡ mạch, duy trì khả năng tiếp cận mạch máu. Vì vậy, đánh giá đặc điểm phình mạch và kết quả phẫu thuật điều trị là hết sức cần thiết, nhằm cải thiện chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: các trường hợp phẫu thuật điều trị phình mạch cầu nối chạy thận tại bệnh viện Thống Nhất, từ tháng 10/2022 đến 10/2024.

Tiêu chuẩn chọn: phình mạch được phẫu thuật. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh không đồng ý phẫu thuật; chuyển thăm phân phúc mạc. mất dữ liệu do mất theo dõi, phẫu thuật lại phình mạch.

Phương pháp nghiên cứu:

Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu:

$$n = Z^2 \frac{P \times (1-P)}{d^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu nghiên cứu cần có; P: Tỷ lệ mẫu ước tính; α : Mức ý nghĩa thống kê thường là 0.05; d: Khoảng sai lệch mong muốn giữa tham số mẫu và tham số quần thể; $Z(1-\alpha/2)$: Giá trị Z thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn. Đối chiếu bảng, ta được $Z = 1,96$. Theo một số nghiên cứu liên quan, tỉ lệ tử vong liên quan biến chứng phình mạch vào khoảng 5% đến 12% [3], [4], [5], chúng tôi chọn $p = 0,1$, chọn $d = 0,1$. Thế vào công thức, ta được $n = 34,57$. Cơ mẫu phù hợp cho nghiên cứu là 35 trường hợp. Vì là nghiên cứu hồi cứu trường hợp nhóm bệnh ít gặp, chúng tôi thu thập mẫu gồm tất cả trường hợp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu.

Quy trình và đánh giá

Chẩn đoán: phình mạch khi đường kính ngoài của phình trên siêu âm Duplex > 18mm [6]. Hẹp khi lưu lượng < 300ml/phút, Tăng lưu lượng khi > 1500 ml/phút. [1]. Vỡ hoặc dọa vỡ phình mạch: siêu âm Duplex hình ảnh mất liên tục thành mạch, khối tụ dịch liên tục nội mạch cầu nối.

Phẫu thuật: nằm ngửa, kê tay, gây tê tại chỗ. Rạch da 8-10 cm vị trí miệng nối động

tĩnh mạch. Phẫu tích, bộc lộ miệng nối, động mạch, tĩnh mạch cầu nối. Tiến hành kẹp các đầu động mạch vào miệng nối, kẹp tĩnh mạch bản lẻ sau cầu nối. Đóng cầu nối: khi vỡ hoặc dọa vỡ phình, lấy bỏ phình. Hẹp lòng mạch: mở miệng nối, tạo hình lòng mạch hẹp, mở rộng miệng nối 06-08mm. Đóng cầu nối và thực hiện cầu nối mới khi xơ hẹp lòng không thể tái tạo. Lưu lượng cao: dùng chỉ prolene 5.0 khâu nhỏ miệng nối về 6-8 mm. Đóng vào tạo cầu nối mới khi cầu nối cũ hình thành mạng lưới bàng hệ không thể thu nhỏ. Nhả kẹp, đánh giá lưu lượng. Đóng vết mổ theo lớp.

Đánh giá kết quả: siêu âm Duplex, đạt khi lưu lượng trong khoảng 500 – 1500 ml/phút [1] thời điểm hậu phẫu ngày 03.

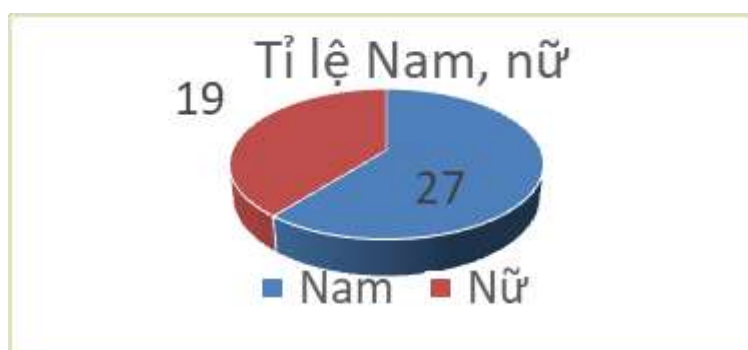
Theo dõi: đến thời điểm ra viện.

Thu thập và xử lý số liệu: thu thập các biến số liên quan tuổi, giới, thời gian sử dụng thông động-tĩnh mạch, loại phình (vỡ, dọa vỡ, hẹp hoặc tăng lưu lượng), huyết khối, phẫu thuật, biến chứng. Số liệu được so sánh và đánh giá theo các phép kiểm thích hợp.

Khía cạnh y đức: toàn bộ số liệu thu thập qua hồ sơ bệnh án lưu, không tiếp xúc trực tiếp bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện Thống Nhất thông qua theo quy trình rút gọn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm



Biểu đồ 1: Tỷ lệ giới tính

Tuổi trung bình là 52,43 ± 11,41. Tỷ lệ nam giới là 58,7%, nữ là 41,7% (p=0,25). Tuổi cao nhất 77 tuổi, tuổi thấp nhất 32 tuổi

Bảng 1: Phình mạch AVF

	Phình mạch n = 46 (100%)			P
	Vỡ, dọa vỡ (10)	Hẹp (28)	Tăng lưu lượng (08)	
Bệnh đồng mắc				
Tăng huyết áp	09 (19,6)	26 (56,5)	07 (15,2)	0.54
Đái tháo đường	08 (17,4)	17 (36,9)	05 (10,8)	
Tính chất				
Huyết khối cấp	06 (13,1)	10 (21,7)	01 (02,2)	0.31
Huyết khối mạn	04 (08,7)	16 (34,8)	03 (06,5)	
Vị trí chọc kim	08 (17,4)	13 (28,3)	06 (13,1)	
Nhiễm trùng	06 (13,1)	02 (04,3)	01 (02,2)	

Loại cầu nối				
Cánh tay	07 (15,2)	03 (06,5)	05 (10,9)	0.22
Cổ tay	01 (02,2)	20 (43,5)	01 (02,2)	
Cẳng tay	02 (04,3)	05 (10,8)	02 (04,3)	
Tuổi cầu nối				
08-12 tuần	00	01 (02,2)	01 (02,2)	0.004
>12 tuần	10 (21,7)	27 (58,7)	07 (15,2)	

Tăng huyết áp là 91,3%. Huyết khối cấp là 36,9%. Liên quan vị trí chọc kim là 58,7%. Loại cầu nối cánh tay 32,6%. Tuổi cầu nối > 12 tuần là 95,6%. Vỡ, dọa vỡ là 21,7%. Nhóm hẹp là 60,8%, trong đó 1 trường hợp trưởng thành sớm (tuần thứ 6) dùng đến tuần

11 phình vị trí châm kim chạy thận. Nhóm Tăng lưu lượng là 17,4%, trong đó 1 trường hợp ở giai đoạn sớm, liên quan miệng nối lưu lượng cao do phẫu thuật. Mạch tự thân là 90,2%.

Kết quả phẫu thuật

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật

Kết quả phẫu thuật (n=46)	Vỡ, dọa vỡ (10)	Hẹp cầu nối (28)	Tăng lưu lượng (08)
Phương pháp (%)			
Lấy bỏ cầu nối	21,7	23,9	
Đóng cầu nối		54,4	
Sửa phình			
Lưu lượng (ml/phút)			
Trước phẫu thuật	Lấy bỏ	158,2 + 48,1	1890,1 + 129,2
Sau phẫu thuật	cầu nối	697,3 + 96,8	917,4 + 86,4
Test (P value)	N/A	0.04	0.02
Thời gian phẫu thuật (phút)	151,4 + 72,2		
Thời gian nằm viện (ngày)	04,1 + 2,5		

Nhóm hẹp: lưu lượng trước phẫu thuật là 158,2 + 48,1 ml/phút, sau là 697,3 + 138,2 ml/phút (p=0.04); Nhóm tăng lưu lượng: trước phẫu thuật là 1890,1 + 529,2 ml/phút, sau là 917,4 + 129,2 ml/phút (p=0.02).

Bảng 3: Biến chứng liên quan phẫu thuật

	n	Tỉ lệ %
Chảy máu	05	10,9
Hẹp sau sửa phình	01	02,2
Huyết khối sau sửa	05	10,9
Nhiễm trùng vết mổ	03	06,5
Tê tay	01	02,2

Chảy máu là 10,9%, trong đó có 02 trường hợp mổ lại cầm máu. Hẹp sau sửa

phình lưu lượng cao là 02,2%. Huyết khối là 10,9%. Không có trường hợp tử vong liên

quan phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh thận mạn là giai đoạn cuối của nhiều bệnh lý nội khoa, bệnh nhân thường có sự suy sụp nghiêm trọng về thể chất, tinh thần [1]. Các nghiên cứu đã chỉ ra những bệnh lý nền như tăng huyết áp, đái tháo đường, có tác động mạnh đến hệ thống mạch máu, gây xơ vữa, loạn dưỡng và các biến đổi mang tính hệ thống [2], [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng huyết áp là 91,3%, và đái tháo đường type 2 là 65,2%. Theo Hội nghị Cải thiện Bệnh Lý Thận Toàn Cầu (KDIGO-2019), suy tim và bệnh thận mạn ngày càng có xu hướng xảy ra đồng thời, đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi, mắc tăng huyết áp, đái tháo đường hoặc các bệnh lý tim mạch khác [2]. Trong trường hợp bệnh nhân bệnh thận mạn chạy thận nhân tạo, cầu nối động-tĩnh mạch (AVF) tạo áp lực huyết động lên hệ tim mạch, tăng gánh nặng cung lượng tim, từ đó làm trầm trọng thêm tình trạng suy tim dẫn đến khó khăn trong việc điều chỉnh các yếu tố huyết động như tiền tải, hậu tải, ảnh hưởng trực tiếp đến việc kiểm soát huyết áp [2], [7]. Đặc biệt, thông động-tĩnh mạch khi xuất hiện biến chứng như phình mạch, kết hợp với các bệnh lý nền như suy tim và bệnh lý mạch máu khác, trở thành yếu tố nguy cơ cao. Những biến chứng khó lường này làm tăng tỷ lệ bệnh tật, đòi hỏi các đánh giá và điều trị kịp thời để hạn chế nguy cơ đe dọa tính mạng [10].

Vỡ hoặc dọa vỡ phình mạch ở thông động-tĩnh mạch (AVF) là một cấp cứu ngoại khoa. Vỡ phình có thể ảnh hưởng ngay đến huyết động do lưu lượng động mạch cao [8], [6], [9]. Trong nghiên cứu chúng tôi, vỡ, dọa vỡ là 21,7% và phải lấy bỏ cầu nối cấp cứu.

Về nguyên nhân, có đến 07 trường hợp do nhiễm trùng. Peter Balaz (2015) mô tả vỡ phình giả liên quan đến chọc kim nhiều lần cùng một vị trí trên cầu nối [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi, có 8/10 trường hợp có yếu tố này. Chọc kim lặp lại gây thủng thành mạch không đủ thời gian hồi phục. Đặc điểm chung là có thể thấy rõ vết châm kim, xơ cứng lan tỏa xung quanh do phản ứng mô trong khi đoạn mạch khác của cầu nối (không bị chọc kim) không ngoằn ngoèo như phình dẫn lâu ngày thường thấy. Do đó, vỡ hoặc dọa vỡ phình có đặc điểm khá riêng biệt. Bỏ cầu nối là giải pháp tối ưu.

Biến chứng phình mạch cầu nối không đơn giản là bất thường về hình thái cấu trúc mà ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng huyết động, đặc biệt là hẹp lòng mạch làm suy giảm lưu lượng máu cần thiết để đảm bảo hiệu quả chạy thận. Không như vỡ phình, điều trị là loại bỏ khối phình bất kể lưu lượng, xử trí hẹp trong phình mạch có tính cá nhân hóa cao độ. Có thể sửa chữa hoặc cũng có thể phải thay thế. Trong nghiên cứu chúng tôi, tất cả các trường hợp đều có siêu âm mapping tiền phẫu, với kết quả động mạch và tĩnh mạch phù hợp. Hẹp lòng mạch trong phình mạch do nhiều cơ chế. Nghiên cứu của Peter Balaz [6] mô tả các tổn thương mạch máu lặp đi lặp lại, đặc biệt tại các vị trí châm kim chạy thận, khiến lòng mạch hẹp lại, làm giảm lưu lượng máu. Dammers R [8] đề cập áp lực cao kéo dài trong lòng mạch góp phần tạo dòng máu bất thường, hình thành túi phình và dẫn đến biến chứng. Lee T [9] (2014) cho rằng sự thay đổi trong cấu trúc thành mạch như dày và cứng thành mạch, gây cản trở dòng máu, đồng thời tạo nền tảng cho sự hình thành phình mạch. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận biến chứng phình mạch hẹp lòng mạch là nhóm

chiếm tỷ lệ cao nhất, lên tới 60,8%. Đặc biệt, 01 trường hợp được ghi nhận có biểu hiện sớm trong giai đoạn trưởng thành, cầu nối sử dụng từ tuần thứ 6, biến chứng tại vị trí châm kim chạy thận vào tuần thứ 11. Trường hợp này cho thấy vai trò của tổn thương mạch tại chỗ trong việc thúc đẩy cả quá trình xơ hóa lần hình thành phình mạch.

Không như biến chứng phình mạch hẹp cầu nối thường gây mệt mỏi ngay cho bệnh nhân và nhân viên y tế do thời gian lọc thận kéo dài, phình mạch lưu lượng cao biểu hiện ban đầu ít rõ ràng [6]. Triệu chứng như khó thở, mệt mỏi, hoặc phù có thể bị nhầm lẫn với các bệnh lý khác như thiếu máu hoặc tăng huyết áp liên quan đến chạy thận. Trong nghiên cứu chúng tôi, biến chứng lưu lượng cao thứ phát là 15,2%, trong đó 04 trường hợp đường kính miệng nối > 10 mm, 02 trường hợp đường kính động mạch đến giãn > 08 mm và 06 trường hợp tĩnh mạch hiệu dụng giãn > 10 mm. Đến nay chưa có tiêu chuẩn rõ ràng về các thông số này nhưng cơ chế tổn thương thì đã được một số nghiên cứu mô tả. Thúc đẩy tiết chất trung gian gây giãn động mạch và tái tạo tĩnh mạch (đường kính mạch tăng lên) tỉ lệ thuận với vận tốc và thể tích dòng máu [9] và hậu quả làm miệng nối mở rộng dần và cộng hưởng vào áp lực lòng tĩnh mạch tăng lên. Kết quả cuối cùng là thông động-tĩnh mạch ngoằn ngoèo. Bên cạnh đó, sự gia tăng lưu lượng ngay trong giai đoạn trưởng thành của AVF cũng là một vấn đề đáng quan tâm, không chỉ để đánh giá chất lượng cầu nối mà còn có thể tiên lượng nguy cơ biến chứng nguy hiểm liên quan đến lưu lượng máu của AVF [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 02,2% trường hợp tăng lưu lượng quá mức ngay trong giai đoạn trưởng thành. Theo Nguyễn Đỗ Nhân, có tới 68,4% biến chứng lưu lượng cao

nguyên phát là do kích thước miệng nối động-tĩnh mạch lớn hơn 8 mm, và phần lớn có liên quan đến kỹ thuật khâu nối [5]. Dù tạo được miệng nối phù hợp, một số nghiên cứu cho thấy động mạch đến có thể tăng đường kính lên 15% chỉ trong ngày đầu hậu phẫu, trong khi lưu lượng tim tăng đến 17% sau 2 tuần phẫu thuật [8]. Lưu lượng tim vẫn tiếp tục tăng sau phẫu thuật, gia tăng dòng máu về tim phải. Hệ quả là giãn thất phải, một biến chứng nặng nề có thể dẫn đến suy tim[1], [4].

Phẫu thuật sửa chữa phình mạch cho kết quả khả quan. Trong 25 trường hợp sửa chữa, có 02 trường hợp lưu lượng thông vẫn > 1500 ml/phút phẫu thuật sửa lần 2 và đạt; 01 trường hợp hẹp miệng nối, 05 trường hợp giảm lưu lượng do huyết khối miệng nối phẫu thuật, điều trị kháng đông, thông đạt lưu lượng. Thời gian phẫu thuật là 151,4 + 72,2 phút. Thời gian nằm viện là 04,1 + 2,5 ngày. Đánh giá về lưu lượng máu qua cầu nối, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự thay đổi về lưu lượng trước và sau phẫu thuật. Ở nhóm hẹp: trước phẫu thuật là 158,2 + 48,1ml/phút, sau phẫu thuật là 697,3 + 96,8 ml/phút ($p=0.04$). Nhóm tăng lưu lượng: trước phẫu thuật là 1890,1 + 129,2 ml/phút, sau phẫu thuật là 917,4 + 86,4 ml/phút ($p=0.02$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Biến chứng nhiễm trùng vết mổ là biến chứng chung trong các cuộc phẫu thuật, đặc biệt trên bệnh nhân suy thận, bệnh nội khoa đi kèm, suy giảm sức đề kháng. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhiễm trùng vết mổ 06,5 %, chảy máu vết mổ 10,9 %; không có trường hợp tử vong liên quan phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phình mạch cầu nối chạy thận nhân tạo thường có bệnh nền tăng huyết áp và đái tháo đường. Biến chứng vỡ, dọa vỡ là 21,7%. Phẫu thuật sửa chữa cho kết quả khả quan. Biến chứng tương tự nghiên cứu khác. Cần phối hợp đa chuyên khoa đánh giá lâu dài về biến chứng suy tim ở người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Charmaine E Lok et al.** KDOQI Clinical Practice Guideline for Vascular Access: 2019 Update. *Am J Kidney Dis.* 2020 Apr;75(4 Suppl 2):S1-S164.
2. **House AA, Wanner C et al.** Heart failure in chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int.* 2019;95(6):1304. Epub 2019 Apr 30.
3. **Korsheed S et al.** Effects of arteriovenous fistula formation on arterial stiffness and cardiovascular performance and function. *Nephrol Dial Transplant.* 2011;26(10):3296.
4. **Basile C et al.** The relationship between the flow of arteriovenous fistula and cardiac output in haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant.* 2008;23(1):282.
5. **Nguyễn Đỗ Nhân.** Kết quả xử trí ngoại khoa biến chứng cầu nối động tĩnh mạch dùng chạy thận nhân tạo chu kỳ. Luận văn chuyên khoa II, 2020, Đại học y Dược Tp.HCM.
6. **Peter Balaz, Martin Björck.** True aneurysm in autologous hemodialysis fistulae: definitions, classification and indications for treatment. *J Vasc Access.* 2015 Nov-Dec;16(6):446-53.
7. **WRITING COMMITTEE MEMBERS.** 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice guidelines. *Circulation* 2013 Oct 15;128(16):e240-327.
8. **Dammers R et al.** The effect of chronic flow changes on brachial artery diameter and shear stress in arteriovenous fistulas for hemodialysis. *Int J Artif Organs.* 2002 Feb;25(2):124-8.
9. **Lee T et al.** Natural history of venous morphologic changes in dialysis access stenosis. *J Vasc Access.* 2014 Jul;15(4):298-305. Epub 2014 Feb 4.
10. **Bradbury BD et al.** Predictors of early mortality among incident US hemodialysis patients in the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *Clin J Am Soc Nephrol.* 2007;2(1):89.

TỔNG QUAN ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP NHÂN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Bá Minh Nhật¹, Nguyễn Văn Việt Thành¹,
Lê Anh Duy¹, Sử Trần Tiến¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt tuyến giáp điều trị bướu giáp nhân được thực hiện ngày càng phổ biến, có nhiều tiến bộ về phương diện kỹ thuật và mở rộng về chỉ định. Trên thế giới, PTNS cắt tuyến giáp đã trở thành tiêu chuẩn ở một số bệnh viện (BV) và yêu cầu về mặt thẩm mỹ được đặt gần ngang tầm với hiệu quả điều trị.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quầng vú trong điều trị bướu giáp nhân tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát tiền cứu. Chúng tôi phân tích 160 trường hợp bướu giáp nhân được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quầng vú từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực - Bướu cổ bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: 160 trường hợp được PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách - quầng vú, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Tuổi trung bình là 40,6. Tỷ lệ bệnh nhân nữ gấp 3,71 lần so với bệnh nhân nam. Kích thước u trung bình $2,56 \pm 0,81$ cm. Chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp cho 28 trường hợp (17,5%), cắt gần trọn tuyến giáp 38

trường hợp (23,75%), cắt thùy giáp + eo giáp 62 trường hợp (38,75%) và cắt 1 thùy tuyến giáp 32 trường hợp (20%). Thời gian mổ trung bình 118 ± 14 phút. Máu mất trung bình 22 ± 6 ml. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: phình giáp 22 trường hợp (13,75%), bướu lành tuyến giáp 78 trường hợp (48,75%), ung thư tuyến giáp 60 trường hợp (37,5%). Nằm viện sau mổ trung bình $3,8 \pm 1,1$ ngày. Có 11 BN (6,875%) khàn tiếng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-8 tuần. 8 trường hợp BN (5%) hạ calci máu tạm thời sau mổ, được điều trị bằng calci đường uống. Các biến chứng khác như chảy máu sau mổ, dò đường陷阱, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ chưa ghi nhận có trường hợp nào. Sau mổ BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh. Các trường hợp ung thư tuyến giáp được PTNS cắt tuyến giáp chưa ghi nhận tái phát hay di căn qua những lần tái khám.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp ngày càng trở nên phổ biến, có thể thực hiện an toàn, hiệu quả trong điều trị bướu giáp nhân lành tính lẫn ác tính, đem lại hiệu quả thẩm mỹ cao

Từ khóa: PTNS cắt tuyến giáp, bướu giáp nhân, ung thư tuyến giáp

SUMMARY

OVERVIEW OF NODULAR GOITER TREATMENT USING ENDOSCOPIC SURGERY AT BINH DAN HOSPITAL

Background: In recent years, endoscopic thyroidectomy for treating nodular goiter has become increasingly common, with significant

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

advancements in techniques and expanded indications. Globally, endoscopic thyroidectomy has become the standard procedure in some hospitals, where cosmetic outcomes are prioritized alongside treatment effectiveness.

Objective: To evaluate the outcomes of endoscopic thyroidectomy via the axillary-breast approach in the treatment of nodular goiter at Binh Dan Hospital.

Methods: A prospective descriptive study was conducted, analyzing 160 cases of nodular goiter treated with endoscopic thyroidectomy via the axillary-breast approach between January 2020 and October 2024 at the Department of Thoracic and Thyroid Surgery, Binh Dan Hospital.

Results: Among the 160 cases of endoscopic thyroidectomy via the axillary-breast approach, none required conversion to open surgery. The mean patient age was 48,6 years, with a female-to-male ratio of 3,71 : 1. The average tumor size was $2,56 \pm 0,81$ cm. Total thyroidectomy was performed in 28 cases (17,5%), near-total thyroidectomy in 38 cases (23,75%), thyroid lobectomy plus isthmectomy in 62 cases (38,75%), and unilateral lobectomy in 32 cases (20%). The average operative time was 118 ± 14 minutes, with an average blood loss of 22 ± 6 mL. Postoperative histopathological results revealed thyroid hyperplasia in 22 cases (13,75%), benign thyroid tumors in 78 cases (48,75%), and thyroid cancer in 60 cases (37,5%). The average postoperative hospital stay was $3,8 \pm 1,1$ days. Temporary postoperative hoarseness occurred in 11 patients (6,875%), with recovery within 4–8 weeks. Temporary hypocalcemia was observed in 8 cases (5%) and managed with oral calcium supplementation. Other complications such as postoperative bleeding, seroma or surgical site infection were not recorded. Patients experienced minimal

postoperative pain and expressed high satisfaction regarding cosmetic outcomes. Functional recovery and physical activity returned to normal quickly. No recurrence or metastasis was noted in thyroid cancer cases during follow-up visits.

Conclusion: Endoscopic thyroidectomy is becoming increasingly prevalent and can be performed safely and effectively for both benign and malignant nodular goiters, offering excellent cosmetic outcomes.

Keywords: Endoscopic thyroidectomy, nodule goiter, thyroid cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp nhân là một trong những bệnh lý tuyến giáp phổ biến, với tỷ lệ mắc bệnh khác nhau giữa các vùng địa lý, liên quan đến các yếu tố như chế độ ăn, tình trạng iod hóa và yếu tố di truyền¹. Theo số liệu từ các nghiên cứu, tỷ lệ bướu giáp nhân được phát hiện qua siêu âm có thể lên đến 50% ở người trưởng thành, trong đó khoảng 5-15% các nốt giáp được xác định có nguy cơ ác tính¹. Việc điều trị bướu giáp nhân, đặc biệt là các nốt có triệu chứng hoặc nghi ngờ ác tính, thường yêu cầu can thiệp phẫu thuật.

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp được xem là một bước tiến trong phẫu thuật điều trị bướu giáp nhân. Kỹ thuật này không chỉ giúp loại bỏ tổn thương mà còn cải thiện tính thẩm mỹ so với phẫu thuật mở truyền thống, một yếu tố quan trọng đối với bệnh nhân ở các khu vực có yêu cầu cao về thẩm mỹ như châu Á². Trải qua thời gian hơn 20 năm kể từ trường hợp phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp đầu tiên trên thế giới do Hurscher và cộng sự thực hiện năm 1997³, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đã phát triển mạnh mẽ với nhiều

kỹ thuật khác nhau, bao gồm tiếp cận qua nách, qua miệng, và qua vùng ngực. Tuy nhiên, vẫn còn tồn tại nhiều tranh cãi về hiệu quả và độ an toàn của phương pháp nội soi trong so sánh với phẫu thuật mở truyền thống, đặc biệt là trong các trường hợp bướu giáp nhân lớn hoặc ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao. Các vấn đề như thời gian phẫu thuật kéo dài, nguy cơ tổn thương thần kinh quặt ngược, và biến chứng sau mổ cần được đánh giá kỹ lưỡng hơn⁴.

Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngả nách – hai quầng vú trong điều trị bướu giáp nhân tại Bệnh viện Bình Dân, từ đó cung cấp thêm bằng chứng để định hướng ứng dụng kỹ thuật này trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp nhân được PTNS cắt tuyến giáp qua ngả nách - quầng vú từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Khảo sát tiền cứu.

Ghi nhận các thông tin về cuộc mổ, theo dõi và ghi nhận tình trạng BN hậu phẫu, xuất viện, 1 tháng và 3 tháng sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN có bướu giáp đơn nhân hoặc đa nhân lành tính.
- Ung thư tuyến giáp biệt hóa tốt (dạng nhú, dạng nang)
- Bướu giáp lành tính có đường kính lớn nhất $\leq 4\text{cm}$ (dựa vào siêu âm).

- Xét nghiệm chức năng TG trước mổ: bình giáp.

- BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bướu giáp thông trung thất.
- Có tiền sử phẫu thuật TG trước đó, tiền sử xạ trị vùng cổ.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc không tái khám sau mổ.

Như vậy, có thể thấy BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ngoài nhân giáp lành tính còn có cả nhóm ung thư tuyến giáp biệt hóa tốt.

2.3. Phương pháp tiến hành phẫu thuật

Chuẩn bị trước mổ: Xét nghiệm tiền phẫu, chức năng tuyến giáp (TSH, T3, T4), siêu âm tuyến giáp, FNA (tiêu chuẩn chẩn đoán ung thư trước mổ).

Kỹ thuật mổ

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, mê nội khí quản, được kê gối dưới vai để ngửa cổ.
- Sử dụng 3 trocar: 2 trocar 5mm tại 2 quầng vú, 1 trocar 10mm ở đường nách bên phải của bệnh nhân.
- Khoang cổ được bóc tách và duy trì bằng khí CO2 với áp lực từ 8-10mmHg.
- Xử trí tổn thương: dùng dao siêu âm cắt thùy giáp, hoặc thùy + eo giáp, hoặc cắt gần trọn/ cắt trọn tuyến giáp theo đúng chỉ định của bệnh cảnh.
- Đặt dẫn lưu redon qua trocar 10mm. Băng ép vùng cổ.

Chăm sóc và theo dõi sau mổ

Dẫn lưu sẽ được rút vào ngày hậu phẫu thứ 2. Bệnh nhân được cắt chỉ sau 7 ngày, tái khám định kì.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2024 tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ Bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thực hiện PTNS cắt tuyến giáp qua ngã nách – quàng vú cho 160 trường hợp, có 34 bệnh nhân nam (21,25%) và 126 bệnh nhân nữ (78,75%). Tuổi trung bình là $40,6 \pm 3,2$. Kích thước u trung bình là $2,56 \pm 0,81$ cm (0,3 – 4cm). Tất cả trường hợp đều thực hiện thành công hoàn toàn qua nội soi và tiếp cận từ 1 bên. Chúng tôi cắt toàn bộ tuyến giáp cho 28 trường hợp (17,5%), cắt gần trọn tuyến giáp 38 trường hợp (23,75%), cắt thùy giáp + eo giáp 62 trường hợp (38,75%) và cắt 1 thùy tuyến giáp 32 trường hợp (20%). Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 118 ± 14 phút (45 – 220 phút). Lượng máu mất trung bình là 22 ± 6 ml. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: phình giáp 22 trường hợp (13,75%), bướu lành tuyến giáp 78 trường hợp (48,75%), ung thư tuyến giáp 60 trường hợp (37,5%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $3,8 \pm 1,1$ ngày. Có 18 BN (11,25%) khàn tiếng tạm thời sau mổ với thời gian phục hồi khoảng 4-8 tuần. 12 trường hợp BN (7,5%) hạ calci máu tạm thời sau mổ, được điều trị bằng calci đường uống. Các biến chứng khác như chảy máu sau mổ, dò đường trấp, tụ dịch hay nhiễm trùng vết mổ chưa ghi nhận có trường hợp nào. Sau mổ BN ít đau, hài lòng về mặt thẩm mỹ, cơ năng và vận động của BN trở lại bình thường nhanh. Các trường hợp ung thư tuyến giáp được PTNS cắt tuyến giáp chưa ghi nhận tái phát hay di căn qua những lần tái khám.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã nách – quàng vú có tỷ lệ thành công hoàn toàn qua nội soi đạt 100%. Đây là một minh chứng cho tính ứng dụng cao của kỹ thuật này, phù hợp với các báo cáo trước đây trong y văn quốc tế^{2,4,5}. Việc tiếp cận từ một bên không chỉ giúp rút ngắn thời gian mổ mà còn giảm thiểu các tổn thương không cần thiết, đặc biệt đối với các bệnh nhân có yêu cầu cao về thẩm mỹ.

Đặc điểm bệnh nhân và chỉ định phẫu thuật

Phân bố giới tính với tỷ lệ 78,75% nữ và 21,25% nam phù hợp với dịch tễ học của bệnh lý tuyến giáp, vốn thường gặp nhiều hơn ở nữ giới⁶. Kích thước u trung bình $2,56 \pm 0,81$ cm nằm trong giới hạn khả thi của phẫu thuật nội soi, đảm bảo không vượt quá các ngưỡng an toàn đã được khuyến cáo¹. Việc lựa chọn cắt toàn bộ tuyến giáp, cắt gần trọn, hoặc cắt thùy dựa trên chẩn đoán ban đầu và đặc điểm giải phẫu bệnh cho thấy sự linh hoạt và cá nhân hóa trong điều trị.

Thời gian phẫu thuật và mất máu

Thời gian mổ trung bình của chúng tôi dài hơn phẫu thuật mở truyền thống (60-90 phút), nhưng điều này đã được dự đoán do đặc thù kỹ thuật nội soi yêu cầu sự chính xác và thời gian tạo khoang thao tác phẫu thuật diễn ra lâu hơn. Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận thời gian mổ tương tự, ví dụ, Park et al. báo cáo trung bình khoảng 110-120 phút cho phẫu thuật nội soi tuyến giáp⁷. Tuy nhiên, thời gian này có xu hướng giảm khi

phẫu thuật viên tích lũy kinh nghiệm, làm tăng tính khả thi trong thực tế⁷.

Lượng máu mất trung bình 22 ± 6 ml trong nghiên cứu của chúng tôi có ít hơn so với phẫu thuật mở, minh chứng cho ưu điểm của kỹ thuật nội soi trong việc kiểm soát mạch máu và giảm chấn thương mô mềm nhờ sự hỗ trợ của dụng cụ nội soi đem lại góc nhìn rõ ràng, cũng như các loại dao siêu âm giúp thao tác cắt đốt nhanh chóng, an toàn, giảm mất máu.

Biến chứng

Biến chứng sau phẫu thuật là một yếu tố quyết định tính an toàn và chất lượng của kỹ thuật. Trong nghiên cứu này, các biến chứng thường gặp đều ở mức thấp và hồi phục hoàn toàn:

- **Khàn tiếng tạm thời (6,875%):** Liên quan đến tổn thương thần kinh quặt ngược hoặc phù nề tạm thời sau phẫu thuật. Tỷ lệ này phù hợp với báo cáo trước đây (8-15%) trong các nghiên cứu tương tự^{7,8}. Đáng chú ý, không ghi nhận trường hợp khàn tiếng vĩnh viễn, cho thấy việc bảo tồn thần kinh quặt ngược đã được thực hiện tốt.

- **Hạ calci máu tạm thời (5%):** Thường xảy ra sau khi cắt gần trọn hoặc toàn bộ tuyến giáp, do tổn thương hoặc thiếu máu cục bộ tuyến cận giáp. Việc điều trị bằng calci đường uống giúp phục hồi nhanh chóng. Tỷ lệ này cũng nằm trong ngưỡng chấp nhận được (5-10%) theo các khuyến cáo^{1,4,9}.

Kết quả giải phẫu bệnh và hiệu quả điều trị

- **Kết quả giải phẫu bệnh:** Trong số 160 bệnh nhân, có 37,5% trường hợp được chẩn đoán ung thư tuyến giáp. Việc không ghi nhận tái phát hay di căn trong các lần tái khám cho thấy hiệu quả bước đầu của phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư tuyến giáp dạng biệt hóa tốt, đặc biệt khi áp dụng ở các bệnh nhân ung thư giai đoạn sớm. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy phẫu thuật nội soi có thể đạt được kết quả tương đương với phẫu thuật mở trong điều trị ung thư tuyến giáp biệt hóa tốt giai đoạn sớm^{4,5}.

- **Phục hồi và thẩm mỹ:** Bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường, ít đau và hài lòng với kết quả thẩm mỹ. Đây là một trong những ưu điểm nổi bật của phẫu thuật nội soi, đặc biệt ở các vùng văn hóa coi trọng yếu tố thẩm mỹ như châu Á^{2,4,5}.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi qua ngả nách – quàng vú không chỉ là một phương pháp thay thế an toàn cho phẫu thuật mở mà còn vượt trội về mặt thẩm mỹ và chất lượng phục hồi sau mổ của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi bổ sung thêm dữ liệu thực tế tại Việt Nam, hỗ trợ cho việc ứng dụng kỹ thuật này rộng rãi hơn trong điều trị bướu giáp nhân.

Điểm mạnh của nghiên cứu là số lượng bệnh nhân lớn, kỹ thuật ổn định, và kết quả theo dõi khả quan. Tuy nhiên, cần có các nghiên cứu dài hạn hơn để đánh giá tỷ lệ tái phát và kết quả điều trị ung thư tuyến giáp sau nhiều năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BR H, EK A.** American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. . The American Thyroid Association (ATA) Guidelines Taskforce on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid. 2016;10:1089.
2. **Choe, J. H., et al. (2007).** Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. World Journal of Surgery, 31(3), 601-606.
3. **Hüscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A.** Endoscopic right thyroid lobectomy. Surg Endosc. 1997;11:877.
4. **Duh, Q. Y., et al. (2018).** Minimally invasive and remote-access thyroid surgery. Journal of Surgical Oncology, 118(3), 377-382.
5. **Liệt ĐH, Mỹ ĐT, Tuấn NT, Linh DT, Hạnh LTN.** Kết quả PTNS cắt tuyến giáp trong điều trị ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Y học TP HCM. 2017;21(2):57-63.
6. **Hegedüs, L. (2004).** Clinical practice. The thyroid nodule. The New England Journal of Medicine, 351(17), 1764-1771.
7. **Park, C. S., et al. (2010).** Surgical complications and outcomes of endoscopic thyroidectomy: a comparative study with open thyroidectomy. World Journal of Surgery, 34(3), 457-462.
8. **Zhang D, Zhang J, Dionigi G, et al.** Recurrent Laryngeal Nerve Morbidity: Lessons from Endoscopic via Bilateral Areola and Open Thyroidectomy Technique. World J Surg. Nov 2019;43(11):2829-2841. doi:10.1007/s00268-019-05092-x
9. **Yan H, Wang Y, Huang P, et al.** Scarless neck endoscopic thyroidectomy via the breast approach: A preliminary report of 45 cases with total or near-total thyroidectomy plus central compartment dissection. Niger J Clin Pract. Dec 2019;22(12):1772-1777. doi:10.4103/njcp.njcp_120_19.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CROHN NHIỄM NHIỀU KÝ SINH TRÙNG KẾT HỢP HỘI CHỨNG THỰC BÀO MÁU

Trương Thị Ngọc Như¹, Võ Hiếu Hạnh¹, Hồ Thị Hòa Bình¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Crohn được đặc trưng bởi viêm xuyên thành và có thể liên quan đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa từ khoang miệng đến vùng quanh hậu môn. Nguyên nhân chính xác của bệnh Crohn vẫn chưa rõ. Một số yếu tố có thể đóng một vai trò trong sự phát triển của bệnh: gen, hệ thống miễn dịch như nhiễm virus, vi khuẩn.

Trường hợp lâm sàng: Chúng tôi nêu 1 trường hợp bệnh nhân nam 35 tuổi có bệnh Crohn nhiễm nhiều ký sinh trùng và bị hội chứng thực bào máu với nhiều diễn tiến lâm sàng phức tạp tại Bệnh Viện Bình Dân.

Bàn luận: Nhiễm ký sinh trùng có thể là một trong những nguyên nhân hoặc là yếu tố nguy cơ của bệnh Crohn. Hội chứng thực bào máu là do tăng hoạt hóa quá mức các tế bào thực bào, dẫn đến tiêu hủy tế bào máu bình thường. Gần đây có nhiều nghiên cứu ghi nhận sự gia tăng tỉ lệ bị hội chứng thực bào máu trên bệnh nhân Crohn. Quản lý bệnh Crohn bao gồm kiểm soát các triệu chứng, biến chứng và điều trị yếu tố nguy cơ.

Kết luận: Bệnh nhân Crohn có thể nhập viện với nhiều bệnh cảnh từ nhẹ là đau bụng đến trầm trọng là xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng. Nên tầm soát nhiễm ký sinh trùng, nhận biết hội

chứng thực bào máu và điều trị sớm để giảm nguy cơ tử vong trên bệnh nhân Crohn.

SUMMARY

CASE REPORT CROHN'S DISEASE INFECTED WITH MULTIPLE PARASITES AND HEMOPHAGOCYTIC LYMPHOHISTIOCYTOSIS

Introduction: Crohn's disease is characterized by transmural inflammation and can involve any part of the gastrointestinal tract from the mouth to the perianal area. The exact cause of Crohn's disease is unknown. Several factors may play a role in the development of the disease: genes, immune system such as viral and bacterial infections.

Case Presentation: We present a case of a 35-year-old male patient with Crohn's disease infected with multiple parasites and hemophagocytic syndrome with many complex clinical developments at Binh Dan Hospital.

Discussion: Parasitic infections may be one of the causes or risk factors for Crohn's disease. Hemophagocytic syndrome is caused by excessive activation of phagocytic cells, leading to the destruction of normal blood cells. Recently, many studies have noted an increase in the rate of Hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Crohn's disease patients. Management of Crohn's disease includes controlling symptoms, complications, and treating risk factors.

Conclusion: Patients may be hospitalized with a wide range of symptoms, from abdominal pain to severe gastrointestinal bleeding. Screening for parasitic infections, recognizing

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Ngọc Như
SĐT: 0933962268

Email: ngocnhy05@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

hemophagocytic lymphohistiocytosis, and treating early can reduce the risk of death in Crohn's patients.

Keywords: Crohn, parasites, Hemophagocytic Lymphohistiocytosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Crohn, một bệnh viêm đường tiêu hóa mãn tính, đang gia tăng về tỷ lệ mắc và tỷ lệ lưu hành ở nhiều nơi trên thế giới¹. Những yếu tố nguy cơ cao của bệnh Crohn bao gồm: tiền sử gia đình có người thân có bệnh Crohn, nhỏ hơn 30 tuổi, chủng tộc (Đông Âu), hút thuốc lá, sử dụng thuốc chống viêm không steroid². Tình trạng viêm không được kiểm soát dẫn đến các biến chứng lâu dài, bao gồm xuất huyết tiêu hóa, hẹp xơ hóa, rò tiêu hóa¹. Mục tiêu của đánh giá chẩn đoán bệnh nhân nghi ngờ Crohn là loại trừ các nguyên nhân khác gây triệu chứng, thiết lập chẩn đoán Crohn và xác định mức độ nghiêm trọng của bệnh.

Nhiễm ký sinh trùng là một trong những bệnh phổ biến nhất ở người, thường xuất hiện ở các nước đang phát triển như Việt Nam. Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ được ghi nhận chiếm tới 58,2%. Triệu chứng lâm sàng của nhiễm ký sinh trùng không đặc hiệu như tiêu chảy, đau bụng và sụt cân³.

Hội chứng thực bào máu là một rối loạn hiếm gặp, nghiêm trọng và đe dọa tính mạng của bệnh nhân nếu không được nhận biết sớm và điều trị kịp thời có thể dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong⁴. Trong những năm gần đây, số lượng ca lâm sàng được báo cáo về hội chứng thực bào máu ở bệnh nhân bệnh lý viêm ruột đã tăng lên, có thể do tăng sự nhận biết về bệnh.

Chúng tôi nêu một trường hợp bệnh nhân nam 35 tuổi có bệnh Crohn nhiễm nhiều ký sinh trùng phối hợp hội chứng thực bào máu với nhiều diễn tiến lâm sàng phức tạp tại Bệnh Viện Bình Dân.

II. GIỚI THIỆU TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Một bệnh nhân nam 35 tuổi nhập khoa cấp cứu bệnh viện Bình Dân với lý do đi tiêu ra máu.

Tiền sử chưa phát hiện bệnh lý, không sử dụng thuốc hoặc thực phẩm chức năng trước đây. Bệnh nhân làm nghề lái xe, phải di chuyển nhiều nơi, sở thích ăn nhiều đồ tái sống và tiết canh.

Trước nhập viện sáu tháng, bệnh nhân đau bụng quanh rốn và tiêu phân lỏng 4-5 lần/ngày. Trong 2 tuần trước nhập viện, các triệu chứng trở nên nghiêm trọng với đau bụng và tiêu phân máu nhiều hơn 10 lần/ngày kèm theo sốt không rõ nhiệt độ, mệt mỏi và sụt 5kg, không có tổn thương ngoài da.

Tại khoa cấp cứu, bệnh nhân được ghi nhận tổng trạng gầy, mạch 102 lần /phút, huyết áp 90/60 mmHg, nhiệt độ 37°C. Khám lâm sàng cho thấy bệnh nhân đau thượng vị và quanh rốn, không đề kháng và thăm hậu môn trực tràng có máu đỏ sẫm dính găng. Xét nghiệm: số lượng bạch cầu 3.94K/uL, số lượng bạch cầu ưa acid 0.0 K/uL, Hgb 8,1 g/dl, tiểu cầu 167 K/uL

Bệnh nhân được nội soi trực tràng với hình ảnh loét đại tràng sigma và lòng đại tràng sigma có máu đỏ nghi chảy máu từ đoạn ruột cao hơn.

Tuy nhiên sau 2 giờ, huyết động bệnh nhân không ổn định, huyết áp giảm còn 70/50 mmHg. Bệnh nhân được chuyển tới khoa hồi sức tích cực. Tại đây khi huyết động ổn định, bệnh nhân được nội soi đại

tràng ghi nhận từ đại tràng góc gan đến đại tràng sigma có nhiều mảng loét lớn chiếm 1/3 đến 2/3 chu vi đại tràng, đáy sâu, bám giả mạc, giữa các ổ loét lớn còn vùng niêm mạc bình thường. Trục tràng có vài vết loét nông bám giả mạc. Manh tràng, đại tràng lên và hậu môn bình thường (hình 1).

Theo kết quả nội soi và lâm sàng, bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị theo hướng viêm loét đại trực tràng mức độ nặng bằng methylprednisolon 40mg tiêm mạch chậm và mesalazin 3 g mỗi ngày khi chưa có kết quả mô bệnh học. Tuy nhiên, số lần đau bụng không giảm và diễn tiến tiêu máu lượng lớn, Hgb giảm còn 5,8 g/dl. Do đó, bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng cấp cứu. Tại thời điểm này bệnh nhân và thân nhân được phẫu thuật viên tư vấn phẫu thuật cắt đoạn đại tràng xuất huyết và mở hậu môn nhân tạo ra da để giảm nguy cơ loét miệng nói. Tuy nhiên bệnh nhân không đồng ý mở hậu môn nhân tạo ra da nên sau khi cắt toàn bộ đại tràng đã được nối hồi tràng trực tràng. Kết quả mô bệnh học từ sinh thiết đại tràng: niêm mạc ruột phủ bởi các ống tuyến lạnh

tính, mô đệm bên dưới thấm nhập nhiều ổ tế bào viêm bán cấp, không thấy hình ảnh chuyển sản tuyến đáy vị, không có hình ảnh viêm hạt trên mẫu thử, chưa loại trừ bệnh Crohn (hình 2).

Một tuần sau phẫu thuật, khi tình trạng hậu phẫu tạm ổn định, bệnh nhân được xuất viện. Sau đó, vì lí do gia đình, bệnh nhân không tái khám theo dõi tại bệnh viện Bình Dân trong ba tháng. Trong khoảng thời gian này, bệnh nhân có những đợt sốt cao 38-39°C kèm đau quặn quanh rốn, tiêu phân vàng lỏng lẫn máu.

Bệnh nhân nhập khoa cấp cứu bệnh viện Bình Dân lần hai sau phẫu thuật ba tháng. Lần nhập viện này, bệnh nhân ghi nhận mạch 110 lần/phút, huyết áp 90/50 mmHg, nhiệt độ 39°C, tổng trạng suy kiệt. Bệnh nhân được chuyển tới khoa Nội tổng hợp điều trị bệnh viêm loét đại trực tràng. Tại đây, bệnh nhân được thực hiện thêm các xét nghiệm xác định nguyên nhân viêm loét đại trực tràng. Diễn tiến lâm sàng và điều trị được thể hiện chi tiết trong bảng 1.

Bảng 1: Diễn tiến lâm sàng và điều trị trong lần nhập viện thứ hai

Thời điểm	Xét nghiệm	Kết quả	Điều trị
Diễn tiến trong 1 tuần đầu: Bệnh nhân không tiêu máu, còn tiêu phân vàng sệt khoảng 3-4 lần/ngày, giảm đau bụng, sốt 38°C.	Strongyloides stercoralis IgG	Dương tính	- Kháng sinh tĩnh mạch • Metronidazol 500mg x3 lần/ ngày • Ciprofloxacin 400mg x2 lần/ ngày - Ivermectin 9mg x2 ngày - Mesalazin 3g mỗi ngày
	Toxocara IgG	Dương tính	
	Entamoeba histolytica IgG	Dương tính	
	Widal test	Dương tính	
	PCR Clostridium difficile	Âm tính	
	IGRA	Âm tính	
	Anti-HIV	Âm tính	

	TSH, fT4, cortisol máu	Trong giới hạn bình thường	– Dinh dưỡng hỗ trợ
	Cấy máu 2 mẫu	Âm tính	
	Nuôi cấy và soi phân trực tiếp	Không tìm thấy vi sinh vật và trứng giun sán	
Ngày thứ 8: Diễn tiến: sốt 38°C, tình trạng tiêu phân lỏng trở lại nghiêm trọng hơn (khoảng 10-20 lần/ngày), đau quặn khắp bụng, ăn uống kém, ợ hơi, ợ chua	Bạch cầu	4,64 K/uL	– Kháng sinh phổ rộng theo kinh nghiệm tích cực • Meropenem 1g x 3 lần ngày • Vancomycin – Dinh dưỡng hỗ trợ
	Hồng cầu	8,8 g/dL	
	Tiểu cầu	241 k/ uL	
	Procalcitonin	0,07ng/ml	
	Nội soi thực quản dạ dày tá tràng	Loét lớn, đa ổ thực quản, đáy bám giả mạc, bờ không đều	
	Nội soi trực tràng (hình 3)	Miệng nối hồi tràng trực tràng thông tốt, loét sâu, lớn, đa ổ, chiếm gần hết chu vi trực tràng	
Ngày 11 Diễn tiến: Nhiệt độ trong ngày dao động 39-40°C. Bệnh nhân xuất hiện đi tiêu ra máu liên tục	Bạch cầu	3,33 K/uL	– Tiếp tục kháng sinh phổ rộng – Methylprednisolon liều 1mg/kg ➔ Ngưng sau xuất huyết tiêu hóa lượng lớn
	Bạch cầu đa nhân trung tính	1,1 K/uL	
	Hồng cầu	5,1 g/dl	
	Tiểu cầu	143 K/uL	
Ngày 12: Nghi ngờ mắc hội chứng thực bào máu ➔ Bệnh nhân thỏa 5/8 tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng thực bào máu. Diễn tiến: bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa lượng lớn sau tiêm Methylprednisolon 8 giờ	Ferritin	916 ng/ml	
	Triglycerid	3,1 mmol/L	
	Sinh thiết tủy	Có hiện tượng thực bào máu	
	EBV IgG	Dương tính	
	CMV IgG	Âm tính	

Kết quả điều trị: mặc dù người bệnh được điều trị rất tích cực nhưng kết cục vẫn tử vong do xuất huyết tiêu hóa. Yếu tố then chốt trong trường hợp này là bệnh nhân với bệnh cảnh lâm sàng phức tạp, kéo dài (> 6 tháng) nhưng không đến khám chữa bệnh sớm, biểu hiện khi nhập viện là xuất huyết tiêu hóa dưới mức độ nặng, tổng trạng suy kiệt, nhiễm nhiều ký sinh trùng, sau đó sốt

kéo dài trong bệnh cảnh hội chứng thực bào máu. Tình trạng sốt kéo dài của bệnh nhân làm làm lẫn với tình trạng nhiễm trùng trên bệnh nhân hậu phẫu, đã từng điều trị tại khoa hồi sức tích cực.

III. BÀN LUẬN

Bệnh Crohn, một bệnh viêm đường tiêu hóa mãn tính, đang gia tăng về tỷ lệ mắc và

tỷ lệ lưu hành ở nhiều nơi trên thế giới. Tình trạng viêm không được kiểm soát dẫn đến các biến chứng lâu dài, bao gồm xuất huyết tiêu hóa, hẹp xơ hóa, rò tiêu hóa⁵. Có thể nghi ngờ chẩn đoán Crohn ở những bệnh nhân có đặc điểm lâm sàng phù hợp, bao gồm các triệu chứng lâm sàng (ví dụ: xuất huyết tiêu hóa, đau bụng dưới bên phải, tiêu chảy gián đoạn mạn tính, mệt mỏi, sụt cân) và xét nghiệm (ví dụ: thiếu máu, thiếu vitamin B12, thiếu vitamin D). Chẩn đoán Crohn được xác định trên cơ sở các bất thường X quang, nội soi và/hoặc mô học cho thấy tình trạng viêm phân đoạn và xuyên thành của đường tiêu hóa. Các xét nghiệm có giá trị trong việc đánh giá mức độ nghiêm trọng và biến chứng của Crohn, nhưng không xác định chẩn đoán¹.

Điều trị Crohn thể trung bình – nặng bao gồm tác nhân sinh học có hay không phối hợp các thuốc điều hòa miễn dịch cá nhân hóa tùy theo từng bệnh nhân. Đối với những bệnh nhân chưa từng dùng thuốc sinh học, các tác nhân kháng Tumor Necrosis Factors (TNF - ví dụ: infliximab) thường được dùng dưới dạng liệu pháp kết hợp (tác nhân kháng TNF cộng với chất điều hòa miễn dịch) để ngăn ngừa khả năng sinh miễn dịch, trong khi các liệu pháp kháng interleukin hoặc kháng integrin thường được dùng dưới dạng liệu pháp đơn trị. Ngoài ra, liệu pháp kết hợp với thuốc kháng TNF và tác nhân điều hòa miễn dịch là liệu pháp đầu tay cho những bệnh nhân mắc bệnh rò (quanh hậu môn hoặc ruột)¹.

Tại Việt Nam, tình trạng nhiễm ký sinh trùng vẫn chưa được quan tâm đúng mức mặc dù tỉ lệ nhiễm là khá cao. Một nghiên cứu tại Việt Nam ghi nhận tỷ lệ nhiễm *Toxocara* spp. chiếm 25,4%; *Echinococcus* spp. là 16,8%; *Cysticercus* spp. là 15,6%;

Strongyloides spp. là 14,5%; *Fasciola* spp. là 12,1%; *Gnathostoma* spp. là 11,7%. Mặt khác, tỷ lệ đơn nhiễm ký sinh trùng là 55,0% và tỷ lệ đa nhiễm ký sinh trùng là 45,0%. Thói quen sống chung với vật nuôi và tiếp xúc với đất, nước, ăn rau sống, uống nước chưa được nấu chín, ăn thịt cá tái... đã tạo điều kiện thuận lợi cho bệnh ký sinh trùng lây truyền từ động vật sang người⁶. Điều trị các loại giun tròn chủ yếu dùng Ivermectin hoặc Albendazole. Ivermectin được dùng với liều 0,2 mg/kg cân nặng, dùng trong 1-2 ngày, uống cách bữa ăn 2 giờ. Thể bệnh nặng, nhiễm giun lươn lan toả: Liều dùng 0,2mg/kg/ngày. Uống cho đến khi xét nghiệm phân và hoặc đờm không còn thấy ấu trùng giun lươn, có thể điều trị trong vòng 2 tuần. Liều Albendazole đối với người lớn: 400mg/lần x 2 lần/ngày trong 7 ngày liên tiếp. Điều trị Amip phối hợp Diiodohydroquinolein (Direxiole) + Metronidazole. Điều trị thương hàn dùng các kháng sinh nhóm Quinolons hoặc Cephalosporin thế hệ 3, có thể dùng Azithromycin⁶.

Hội chứng thực bào máu là một rối loạn hiếm gặp, nghiêm trọng và đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Nguyên nhân do hoạt hóa hệ thống miễn dịch không kiểm soát và tăng đáp ứng viêm quá mức. Nếu không được nhận biết sớm và điều trị kịp thời, hội chứng thực bào máu có thể dẫn đến suy đa cơ quan và tử vong. Hội chứng thực bào máu được phân thành hai thể nguyên phát và thứ phát. Thể nguyên phát là một rối loạn miễn dịch di truyền, trong khi thể thứ phát được xem là hậu quả của nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, bệnh tự miễn và ghép tế bào gốc. Bệnh nhân mắc hội chứng thực bào máu thường biểu hiện một loạt các dấu hiệu và triệu chứng như sốt, gan lách hạch to, rối loạn chức năng

thần kinh (như viêm não, động kinh, hôn mê⁴. Các dấu hiệu đầu tiên có thể bắt chước các nhiễm trùng thông thường và có thể bị nhầm lẫn với đợt cấp của các bệnh đã được chẩn đoán trước đó, như bệnh viêm ruột do có những triệu chứng tương tự như tiêu lỏng và xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên, bệnh ruột viêm liên quan đến hội chứng thực bào máu là hiếm. Nhiễm trùng tiềm ẩn hoặc bệnh lý ác tính thường liên quan đến hội chứng thực bào máu. Nhiễm vi-rút, cả nhiễm nguyên phát hoặc tái hoạt, là yếu tố khởi kích đã được biết đối với hội chứng thực bào máu, đặc biệt ở các đối tượng suy giảm miễn dịch. EBV là tác nhân truyền nhiễm thường gặp nhất với cơ chế gây bệnh thông qua sự tăng sinh và hoạt hóa quá mức tế bào lympho T nhiễm EBV⁷. Đối với chuyên ngành tiêu hóa, những bệnh nhân mắc bệnh ruột viêm ở mức độ trung bình đến nặng đã một phần suy giảm miễn dịch do sử dụng corticoid hoặc thuốc sinh học cần thiết để duy trì lui bệnh hoàn toàn và ngăn ngừa biến chứng dài hạn. Tuy nhiên, việc điều trị này tạo điều kiện cho nguy cơ nhiễm trùng cơ hội như EBV, CMV cũng như nguy cơ mắc lymphoma từ đó thúc đẩy hội chứng thực bào máu. Dù tỷ lệ nhiễm EBV và CMV ở những người mắc hội chứng thực bào máu rất cao, nhưng tỉ lệ hội chứng thực bào máu nói chung vẫn thấp ngay ở nhóm có hệ miễn dịch suy yếu. Do đó giá trị của xét nghiệm thường quy huyết thanh chẩn đoán CMV và EBV ngay ở nhóm nguy cơ cao vẫn chưa rõ ràng.

Trong những năm gần đây, số lượng ca lâm sàng được báo cáo về hội chứng thực bào máu ở bệnh nhân bệnh lý ruột viêm đã tăng lên, có thể do tăng sự nhận biết về bệnh. Yếu tố nguy cơ có thể bao gồm tuổi trẻ, giới nam, bệnh lý Crohn và giai đoạn điều trị khởi đầu bằng các thuốc ức chế miễn dịch⁸.

Chẩn đoán sớm có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng. Trong trường hợp nhiễm vi-rút là yếu tố khởi phát, điều trị kháng vi-rút nên được bắt đầu ngay. Điều trị đặc hiệu hội chứng thực bào máu bằng một trong các thuốc sau Etoposide, Cyclosporin A hoặc Dexamethasone. Quá trình điều trị này phải được bắt đầu càng sớm càng tốt. Nếu không được điều trị nhanh chóng, có thể dẫn đến tử vong trong thời gian ngắn.

Trong trường hợp lâm sàng được báo cáo, bệnh nhân làm lái xe di chuyển nhiều nơi, thích ăn đồ tái sống và tiết canh có thể là nguyên nhân làm cho bệnh nhân nhiễm nhiều ký sinh trùng. Một số yếu tố nguy cơ cao như giới nam, tuổi trẻ, nhiễm nhiều ký sinh trùng thúc đẩy tình trạng Crohn diễn tiến nặng. Bệnh nhân dù chưa được điều trị các thuốc ức chế miễn dịch như corticoid và thuốc sinh học, không nhiễm HIV, nhưng do môi trường sống khó khăn, tình trạng suy kiệt từ trước và sau khi phẫu thuật cắt toàn bộ đại tràng dẫn tới tình trạng suy giảm miễn dịch. Tình trạng suy giảm miễn dịch này tạo cơ hội để bệnh nhân bị nhiễm EBV, kích hoạt hội chứng thực bào máu.

Tiếp cận và điều trị trên bệnh nhân này có nhiều khó khăn do bệnh khởi phát lâu nhưng chưa được điều trị đúng mức (>6 tháng), bệnh diễn tiến phức tạp, bệnh nhân không đáp ứng điều trị thuốc ức chế miễn dịch (corticoid) và không có điều kiện điều trị các thuốc sinh học. Phối hợp tất cả các yếu tố trên có thể là nguyên nhân dẫn đến thất bại điều trị trên bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Crohn có tỉ lệ ngày càng tăng, chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng (xuất huyết tiêu hóa, đau bụng dưới bên phải, tiêu chảy gián đoạn mạn tính, mệt mỏi, sụt cân), và xét

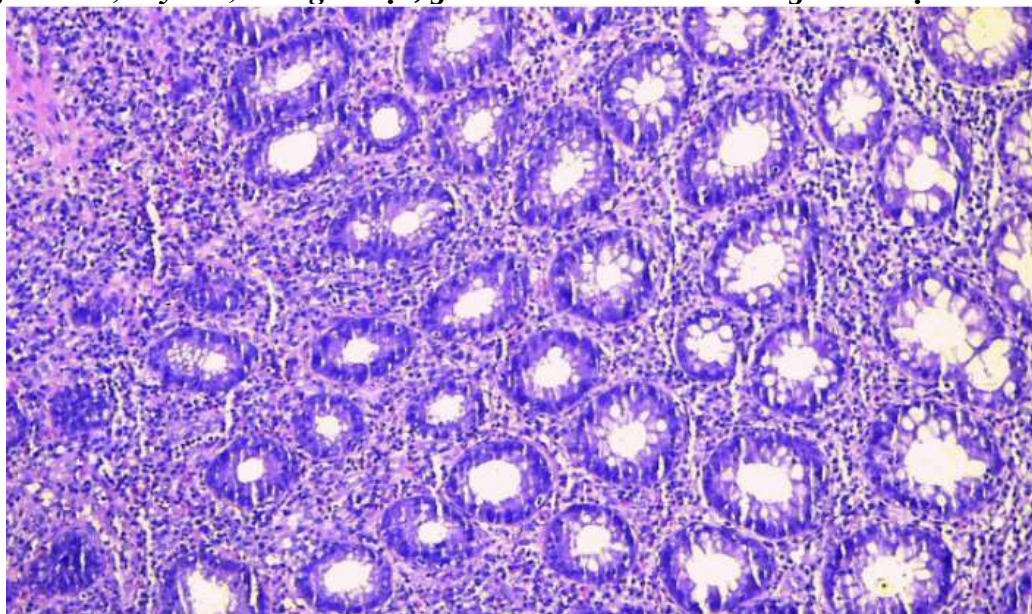
nghiêm (ví dụ: thiếu máu, thiếu vitamin B12, thiếu vitamin D), bất thường X quang, nội soi và/hoặc mô học cho thấy tình trạng viêm phân đoạn và xuyên thành của đường tiêu hóa. Bệnh nhân có thể nhập viện với nhiều bệnh cảnh từ nhẹ là đau bụng đến trầm trọng là xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng. Viêm loét đường tiêu hóa do nhiễm ký sinh trùng có thể bị chẩn đoán nhầm với bệnh Crohn và hậu quả nếu điều trị sai có thể nghiêm trọng,

đe dọa tính mạng do điều trị hoàn toàn khác nhau. Vì vậy, cần tầm soát loại trừ bệnh nhiễm ký sinh trùng trước khi điều trị thuốc ức chế miễn dịch ở bệnh nhân mắc bệnh Crohn.

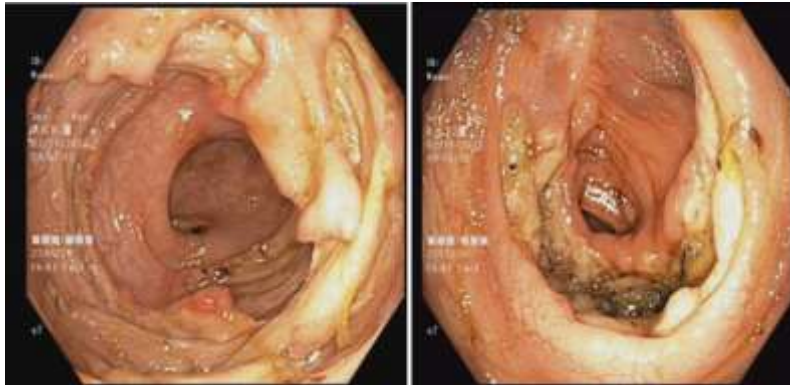
Hội chứng thực bào máu ở bệnh nhân bệnh lý viêm ruột tuy nguy hiểm nhưng tỉ lệ mắc còn hiếm. Nhận biết bệnh sớm, xác định nguyên nhân nền và điều trị tích cực là cần thiết để ngăn ngừa tử vong.



Hình 1: Hình ảnh nội soi đại tràng lần nhập viện đầu tiên của bệnh nhân, ghi nhận nhiều mảng loét lớn, đáy sâu, bám giả mạc, giữa các ổ loét lớn còn vùng niêm mạc bình thường



Hình 2: Hình ảnh mô bệnh học từ sinh thiết đại tràng



Hình 3: Hình ảnh nội soi trực tràng lần nhập viện thứ hai của bệnh nhân, ghi nhận loét tại miệng nối hồi tràng - trực tràng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ranasinghe IR, Tian C, Hsu R.** Crohn Disease. StatPearls. 2025.
2. **Roda G, Chien Ng S, Kotze PG, et al.** Crohn's disease. Nature Reviews Disease Primers. 2020;6(1):22.
3. **Son Thị Tiến, Phan Hoàng Đạt, Lý Quốc Trung, Nguyễn Tấn Đạt.** Nghiên cứu tình hình nhiễm ký sinh trùng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;(55):207-213.
4. **Al-Samkari H, Berliner N.** Hemophagocytic lymphohistiocytosis. Annual review of pathology: mechanisms of disease. 2018;13(1):27-49.
5. **Cushing K, Higgins PD.** Management of Crohn disease: a review. Jama. 2021;325(1):69-80.
6. **Anh NT, Hoa PQ, Thao NT, Khanh BQ.** Clinical Feature, Laboratory Features and treatment results for hemophagocytic Lymphohistiocytosis in Adult patient at National institute of haematology and blood transfusion in 2018-2023 Vietnam Journal of Community Medicine. 65(1):189-196.
7. **Smith MC, Cohen DN, Greig B, et al.** The ambiguous boundary between EBV-related hemophagocytic' lymphohistiocytosis and systemic EBV-driven T cell lymphoproliferative disorder. Int J Clin Exp Pathol. 2014;7(9):5738-49.
8. **Coburn ES, Siegel CA, Winter M, Shah ED.** Hemophagocytic lymphohistiocytosis occurring in inflammatory bowel disease: systematic review. Digestive Diseases and Sciences. 2021;66:843-854.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT MỘT PHẦN THẬN ĐIỀU TRỊ BƯỚU VÙNG RỖN THẬN: KẾT QUẢ 32 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Phạm Phú Phát¹, Trần Đỗ Hữu Toàn¹, Văn Diệu Nhân^{1,2},
Trang Võ Anh Vinh¹, Nguyễn Hoàng Luông¹, Dương Hoàng Lân¹,
Phan Mạnh Linh¹, Dương Cao Trí^{1,3}, Nguyễn Đại Thanh Sang¹,
Võ Thị Thanh Huyền¹, Nguyễn Quốc Bảo¹, Dương Phúc Hải¹,
Phan Trường Bảo¹, Nguyễn Tuấn Vinh^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt một phần thận trong điều trị bướu vùng rốn thận (renal hilar tumors) tại bệnh viện Bình Dân

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Các bệnh nhân được chẩn đoán bướu vùng rốn thận với đặc điểm tăng đậm độ sau tiêm thuốc cản quang trên CT scan và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là carcinom tế bào thận (RCC) được phẫu thuật nội soi ngả xuyên phúc mạc hoặc sau phúc mạc cắt một phần thận từ 01/2021 đến 06/2024. Các biến số được ghi nhận bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian

thiếu máu nóng, lượng máu mất, biến phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật.

Kết quả: Kích thước bướu trung bình là 45 ± 15 mm. Điểm R.E.N.A.L. trung bình là 9,1. Có 21/32 trường hợp phẫu thuật ngả xuyên phúc mạc; 11/32 TH phẫu thuật ngả sau phúc mạc. Thời gian mổ trung bình là 183,4 phút. Lượng máu mất trung bình là 165,6 ml. Thời gian thiếu máu nóng là $26,6 \pm 4,5$ phút. Tỷ lệ biến chứng là 15,6% (5/32 trường hợp). Không có biến chứng nặng. Biến phẫu thuật âm tính trong 100% các trường hợp.

Kết luận: Bướu vùng rốn thận tuy là thử thách trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận nhưng vẫn an toàn và khả thi nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Nắm rõ đặc điểm giải phẫu của bướu và sự liên quan với các cấu trúc mạch máu và hệ thống đài bể thận giúp có chiến lược mổ phù hợp, tăng khả năng thành công của phẫu thuật.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt một phần thận, ung thư tế bào thận, bướu vùng rốn thận

SUMMARY

LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR RENAL HILAR TUMORS: RESULTS OF 32 CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the early results of laparoscopic partial nephrectomy in treatment of

¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

²Bộ môn Thận niệu – Nam khoa, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

³Bộ môn Ngoại Nội, Đại học Sức khỏe, Đại học Quốc gia TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn

SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

renal hilar tumors at Binh Dan Hospital.

Subjects and research methods:

This is a prospective, descriptive study. Data were collected on 32 patients with renal hilar masses, who had undergone laparoscopic partial nephrectomy, from January 2021 to June 2024. Demographic, radiological growth patterns of the tumors and intraoperative data were collected. Post-operative complications and pathological data were also recorded.

Result: Radiological tumor size was 45 ± 15 mm. Average R.E.N.A.L. score was 9.1. 21/32 patients underwent transperitoneal laparoscopic partial nephrectomy, while the remaining 11/32 received retroperitoneal approach. The average operative time was 183.4 minutes. The mean estimated blood loss was 165.6 ml. Warm ischemia time (WIT) was 26.6 ± 4.5 mins. No significant complications or readmissions occurred.

Conclusion: This survey confirms that laparoscopic partial nephrectomy for renal hilar tumors is feasible in experienced hands. Knowing the anatomical characteristics of the tumor and its relationship with the hilum structures contributes to an appropriate surgical strategy, increasing the success rate of this procedure..

Keywords: laparoscopic partial nephrectomy, renal cell carcinoma (RCC), renal hilar tumors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phẫu thuật cắt một phần thận đã được xem là điều trị tiêu chuẩn và ưu tiên đối với ung thư thận giai đoạn T1 do lợi ích bảo tồn chức năng thận trong khi vẫn đảm bảo kết quả về mặt ung thư học. Mặc dù vậy, cắt một phần thận không phải lúc nào cũng khả thi trong một số trường hợp bướu có vị trí khó, phức tạp.¹

Bướu vùng rốn thận (renal hilar tumors) luôn là thử thách trong cắt một phần thận kể cả với phẫu thuật viên kinh nghiệm, do tính chất nằm sát, tiếp xúc với các cấu trúc mạch máu lớn vùng rốn thận, hệ thống đài bể thận, và nguy cơ thiếu chủ mô để khâu phục hồi thận.² Tại bệnh viện Bình Dân, từ những trường hợp phẫu thuật nội soi cắt một phần thận đầu tiên (2009), các bác sĩ dần tự tin và tích lũy được một số kinh nghiệm giúp nội soi cắt bướu bảo tồn thận với các bướu vùng rốn thận trở nên khả thi và an toàn hơn.³

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào thận giai đoạn khu trú được điều trị tại bệnh viện Bình Dân

Tiêu chuẩn chọn mẫu: thỏa tất cả các tiêu chuẩn (1) Bướu vùng rốn thận nghi ngờ ác tính trên CT scan với đặc điểm tăng đậm độ sau tiêm thuốc cản quang và (2) Kích thước bướu ≤ 7 cm, bướu còn khu trú, chưa xâm lấn mỡ quanh thận, không có di căn hạch hoặc di căn xa

Tiêu chuẩn bướu vùng rốn thận: Định nghĩa bướu vùng rốn thận theo Kutikov và Uzzo (tác giả thang điểm R.E.N.A.L.): trên CT scan hoặc MRI, bướu thận có bờ biên sát với mạch máu thận (động mạch hoặc tĩnh mạch thận) hoặc phân nhánh đầu tiên của mạch máu thận.⁴

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải là carcinom tế bào thận (RCC) hoặc (2) Có các chống chỉ định của phẫu thuật nội soi như bệnh lý tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu,... chưa điều trị ổn; hoặc chỉ số ASA từ IV đến VI.

Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2021 đến tháng 06/2024

Các bệnh nhân được thu thập và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, các kết quả liên quan phẫu thuật: triệu chứng, chức năng thận trước mổ, thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng (WIT), lượng máu mất, biên phẫu thuật, biến chứng liên quan phẫu thuật được phân loại theo phân

loại Clavien - Dindo.

Thống kê khác biệt có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/2021 đến 06/2024, có 32 bệnh nhân thoả các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và tính chất bướu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và tính chất khối bướu

Đặc điểm	Giá trị
Số trường hợp	32
Tuổi trung bình	54,5 (35 – 75)
Nam/Nữ	21/11
Bướu trái/phải	12/20
Kích thước bướu (mm)	45 ± 15 (20 – 70) mm
Điểm R.E.N.A.L	$9,1 \pm 1,0$ (6 – 11)
Vị trí	
• Cực trên (%)	25,0 %
• Giữa (%)	53,1 %
• Cực dưới (%)	21,9 %
Vị trí	
• Mặt trước (%)	50,0 %
• Trung gian	18,8 %
• Mặt sau (%)	31,2 %
Tính chất chìm (endophytic)	
• <50%	31,3 %
• >50%	68,7 %

3.2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 2. Kết quả sớm của phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
PT ngả xuyên phúc mạc/sau phúc mạc	21/11
Chuyển mổ mở	1/32 (3,1%)
Chuyển cắt thận tận gốc	2/32 (6,3%)
Lượng máu mất (cc)	$165,6 \pm 106,4$ (20 – 400) cc
Truyền máu trong và sau mổ	1/32 (3,1%)
Thời gian mổ (phút)	$183,4 \pm 54$ (85 – 300) phút
Tháo kẹp sớm (Early unclamp)	32/32 TH (100%)
Thời gian thiếu máu nóng	$26,6 \pm 4,5$ (15 – 40) phút
Thời gian hậu phẫu	$6,2 \pm 2,6$ ngày

Kết quả phẫu thuật theo 2 nhóm PTNS xuyên và sau phúc mạc được tóm tắt trong bảng 3

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật PTNS xuyên và sau phúc mạc

	PTNS xuyên phúc mạc	PTNS sau phúc mạc
Số trường hợp	21/32 (65,6%)	11/32 (34,4%)
Thận trái/ phải	7/14	5/6
Kích thước bướu (mm)	48 ± 15	41 ± 14
Chuyển mổ mở/cắt thận tận gốc	1/21	2/11
Thời gian phẫu thuật (Phút)	194,3 ± 58,3	162,7 ± 39
Lượng máu mất (ml)	196,7 ± 127,2	251,8 ± 306,7
Thời gian thiếu máu nóng (WIT) (Phút)	26,5 ± 4,4	27 ± 5,2
Truyền máu	0/21	1/11
Thời gian nằm viện hậu phẫu (Ngày)	6,6 ± 2,9	5,4 ± 1,6

Chúng tôi không thực hiện so sánh kết quả phẫu thuật giữa PTNS xuyên phúc mạc và PTNS sau phúc mạc vì việc lựa chọn hướng tiếp cận xuyên hay sau phúc mạc phụ thuộc chủ yếu vào tính chất của bướu trong từng trường hợp cụ thể. Phẫu thuật viên trong nghiên cứu là các bác sĩ đã quen thuộc và tự tin với cả 2 hướng tiếp cận. Việc lựa chọn ngã tiếp cận nào dựa trên các đặc điểm của bướu như vị trí trước/sau, trên/giữa/dưới, kích thước bướu. Ngoài ra, cần nhắc các yếu tố khác như BMI hoặc tiền căn mổ vùng bụng hay vùng hông lưng của BN.

3.3. Biến chứng phẫu thuật

Có 27/32 TH (84,4%) không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật. Trong 5/32 TH ghi nhận biến chứng sau mổ, không có biến chứng nặng (Clavien – Dindo độ IV hoặc V). Có 1 TH cần can thiệp lại đặt JJ do rò nước tiểu, phát hiện sau rút thông niệu đạo (hậu phẫu ngày 2), xuất viện sau 10 ngày, rút dẫn lưu và thông niệu đạo trước xuất viện.

Có 1/32 TH ghi nhận chảy máu trong mổ cần can thiệp truyền máu và chuyển mổ mở khâu cầm máu, không cắt thận (mất máu 400 cc, truyền 01 đơn vị hồng cầu). Chảy máu xảy ra sau khi hoàn thành lớp khâu thứ nhất (khâu cầm máu mạch máu quanh cổ đài và khâu đài bể thận) và tháo kẹp mạch máu (early unclamp) nhằm rút ngắn WIT. Trong TH này chảy máu rỉ rả, không ồ ạt, phẫu trường trong PTNS vẫn rõ ràng. Lý do chuyển mổ mở do bướu mất sau, 1/3 giữa, bờ trong thận, PTNS sau phúc mạc, quá trình khâu khép chủ mô khó khăn và bị hạn chế bởi không gian thao tác nên không hiệu quả. Nếu là PTNS có hỗ trợ robot sẽ không bị hạn chế trong TH này.

Có 2/32 TH chuyển cắt thận tận gốc. Có 1 TH ghi nhận sau khi hoàn thành cả 2 lớp khâu phục hồi thận, máu vẫn chảy ra từ đáy diện cắt nên chuyển cắt thận tận gốc. Có 1 TH ghi nhận cấu trúc đài bể thận vùng rốn thận bị khuyết nhiều, không phục hồi được sau cắt bướu nên chuyển cắt thận tận gốc.

Bảng 4. Thống kê biến chứng phẫu thuật

Biến chứng phẫu thuật, xử trí	Số BN	Tỉ lệ %	Clavien - Dindo
Tụ máu/Tụ dịch	1	3,1 %	I
Chảy máu cấp tính	1	3,1 %	IIIb
● Có truyền máu, mổ mở khâu cầm máu	1	3,1 %	
Chuyển cắt thận tận gốc	2	6,3 %	IIIb

Rò nước tiểu (đặt JJ)	1	3,1%	IIIa
Tổng	5/32	15,6 %	
Không biến chứng	27/32	84,4 %	
Tổng	32	100	

3.4. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả sớm về mặt ung thư học ghi nhận: có 32/32 BN có biên phẫu thuật âm tính (không có tế bào ác tính). Không TH nào ghi nhận vỡ bướu trong mổ.

Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh

GPB sau mổ	Số TH
- Tế bào sáng	20
- Dạng nhú	9
- Dạng chromophobe	3
RCC	32
Biên âm tính	32/32 (100%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Lựa chọn ngã tiếp cận xuyên hay sau phúc mạc

PTNS xuyên phúc mạc có ưu điểm không gian phẫu thuật rộng rãi nên tránh được việc đụng chạm nhiều vào bướu, giảm nguy cơ vỡ bướu. Nhược điểm của ngã vào này là có thể làm tăng nguy cơ tổn thương ruột, đặc biệt là ở những bệnh nhân đã từng phẫu thuật bụng. Ngược lại, hướng tiếp cận sau phúc mạc có ưu điểm tránh được việc đụng chạm ruột, cũng như tiếp cận rốn thận nhanh và trực tiếp nhưng lại bị hạn chế ở không gian thao tác.^{5,6}

Đối với bướu vùng rốn thận, phẫu thuật viên phải quen thuộc và tự tin, linh hoạt trong lựa chọn giữa 2 ngã tiếp cận. Dĩ nhiên, bướu mặt sau sẽ ưu thế với ngã sau phúc mạc và ngược lại. Tuy vậy, mặt trước hay sau là so sánh với mốc cụ thể nào? Theo Kutikov và Uzzo (thang điểm R.E.N.A.L) thì trước và sau dựa trên thể tích bướu ưu thế với mốc là trục của cuống thận (đánh giá trên mặt phẳng trán).⁴ Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy, nên lấy mốc là vị trí đáy bướu so với bể thận và không phụ thuộc vào thể tích của bướu. Đáy bướu nằm sau bể thận

thì tiếp cận sau phúc mạc. Đáy bướu trước bể thận thì tiếp cận xuyên phúc mạc; tránh tình huống khoang thao tác cắt bướu và khâu phục hồi là khoang giữa đài bể thận (phía sau) và mạch máu thận (phía trước).

4.2. Kỹ thuật kiểm soát mạch máu thận và khâu phục hồi thận

Bướu vùng rốn thận với 2 đặc điểm: (1) Sự tiếp xúc với các cấu trúc mạch máu vùng rốn thận, đài bể thận; (2) sau cắt bướu có khuyết chủ mô vùng rốn nhiều, không đủ để khâu phục hồi thận khiến cắt một phần thận trở nên thử thách kể cả với PTV kinh nghiệm.²

Kiểm soát mạch máu hiệu quả, giúp phẫu trường rõ ràng, không chảy máu, làm tăng khả năng bảo tồn các cấu trúc mạch máu rốn thận, hệ thống đài bể thận. Do đó, việc dựng hình mạch máu trước mổ cung cấp PTV thêm thông tin giúp kiểm soát mạch máu hiệu quả.⁷ Một số phần mềm giúp dựng hình chi tiết không chỉ mạch máu mà cả vị trí bướu, hệ thống đài bể thận và liên quan giúp PTV lên chiến lược phẫu thuật tối ưu.⁸

Trong quá trình mổ, chúng tôi đúc kết sau khi kiểm soát thân chính của mạch máu

thận sẽ bộc lộ bướu từ phía ngoại vi rồi mới tiến về phía bướu liên quan rốn thận. Do đó, khi có chảy máu xảy ra lúc bóc tách bướu tại bờ liên quan rốn thận, sẽ kẹp mạch máu thận và tiến hành cắt bướu ngay, tránh tốn thời gian cho việc bộc lộ bướu chưa hoàn thành. Ngoài ra, khi bộc lộ được các mạch máu vùng rốn thận trực tiếp nuôi bướu nên kẹp bằng Hem-O-Lok sớm, tránh tình trạng khi cắt bướu xong các mạch máu này bị chìm vào trong diện cắt gây chảy máu khó kiểm soát được.

Kỹ thuật tháo kẹp sớm (early unclamp) áp dụng trong 32/32 (100% các TH). Tháo kẹp sớm mang lại nhiều lợi ích, không chỉ đơn thuần là giảm thời gian WIT mà còn giúp cầm máu hiệu quả. Lớp khâu thứ nhất (lớp sâu) là lớp khâu quan trọng giúp kiểm soát rò nước tiểu và chảy máu (tránh biến chứng túi giả phình động mạch và rò nước tiểu). Tháo kẹp sớm giúp phát hiện các điểm chảy máu từ đáy diện cắt sau khi nhả kẹp. Từ đó khâu lớp thứ hai cầm máu tăng cường các vị trí quan sát được điểm chảy máu, tránh tình trạng khâu “mù” nếu chảy máu tiếp diễn từ đáy diện cắt sau khi hoàn thành lớp khâu thứ 2 (nếu không tháo kẹp sớm).⁹

4.3. Kỹ thuật cắt bướu

Theo Minervini và cộng sự, không có sự khác biệt về tỉ lệ biến phẫu thuật dương tính giữa bóc bướu và cắt bướu (4,9% so với 2 – 10%).¹⁰ Do đó, bóc bướu là an toàn về mặt ung thư học.¹¹ Kỹ thuật bóc bướu đối với bướu vùng rốn thận bộc lộ nhiều ưu điểm như bảo tồn được các cấu trúc mạch máu vùng rốn, giữ được chủ mô thận vùng rốn. Đồng nghĩa nhiều vật liệu được bảo tồn giúp khâu phục hồi thận. Ngoài ra, so sánh về mặt bảo tồn chức năng thận, bóc bướu làm giảm chức năng thận ít hơn (20,7%) so với cắt bướu (32%).¹²

V. KẾT LUẬN

Bướu vùng rốn thận tuy là thử thách trong phẫu thuật nội soi cắt một phần thận nhưng vẫn an toàn và khả thi nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Nắm rõ đặc điểm giải phẫu của bướu và sự liên quan với các cấu trúc mạch máu và hệ thống đài bể thận giúp có chiến lược mổ phù hợp, tăng khả năng thành công của phẫu thuật. Kỹ thuật tháo kẹp sớm (early unclamp) và bóc bướu (enucleation) có nhiều ưu điểm trong nội soi cắt bướu vùng rốn thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *Eur Urol.* Oct 2022;82(4):399-410. doi:10.1016/j.eururo.2022.03.006
2. **Eyraud R, Long JA, Snow-Lisy D, et al.** Robot-assisted partial nephrectomy for hilar tumors: perioperative outcomes. *Urology.* Jun 2013;81(6): 1246-51. doi:10.1016/j.urology.2012.10.072
3. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự.** Cắt 1 phần thận qua nội soi cho bướu ác chủ mô thận: Kinh nghiệm ban đầu tại bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y Học Thực Hành.* 2009;10(680):15-19.
4. **Kutikov A, Uzzo RG.** The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. *J Urol.* Sep 2009;182(3): 844-53. doi:10.1016/j.juro.2009.05.035
5. **Ren T, Liu Y, Zhao X, et al.** Transperitoneal approach versus retroperitoneal approach: a meta-analysis of

- laparoscopic partial nephrectomy for renal cell carcinoma. PLoS One. 2014;9(3): e91978. doi:10.1371/journal.pone.0091978
6. **Fu J, Ye S, Ye HJ.** Retroperitoneal Versus Transperitoneal Laparoscopic Partial Nephrectomy: A Systematic Review and Meta-analysis. Chin Med Sci J. Dec 2015;30(4): 239-44. doi:10.1016/s1001-9294(16)30007-4
 7. **Porpiglia F, Fiori C, Piechaud T, et al.** Laparoscopic partial nephrectomy for large renal masses: results of a European survey. World J Urol. Aug 2010;28(4):525-9. doi:10.1007/s00345-010-0518-6
 8. **Wang F, Zhang C, Guo F, et al.** Navigation of Intelligent/Interactive Qualitative and Quantitative Analysis Three-Dimensional Reconstruction Technique in Laparoscopic or Robotic Assisted Partial Nephrectomy for Renal Hilar Tumors. J Endourol. Aug 2019;33(8): 641-646. doi:10.1089/end.2018.0570
 9. **Porpiglia F, Bertolo R, Amparore D, Fiori C.** Nephron-sparing Suture of Renal Parenchyma After Partial Nephrectomy: Which Technique to Go For? Some Best Practices. Eur Urol Focus. Jul 2019;5(4):600-603. doi:10.1016/j.euf.2017.08.006
 10. **Minervini A, Campi R, Lane BR, et al.** Impact of Resection Technique on Perioperative Outcomes and Surgical Margins after Partial Nephrectomy for Localized Renal Masses: A Prospective Multicenter Study. J Urol. Mar 2020;203(3):496-504. doi:10.1097/JU.0000000000000591
 11. **Minervini A, Carini M.** Tumor Enucleation Is Appropriate During Partial Nephrectomy. Eur Urol Focus. Nov 2019;5(6):923-924. doi:10.1016/j.euf.2019.02.009
 12. **Mari A, Tellini R, Antonelli A, et al.** A Nomogram for the Prediction of Intermediate Significant Renal Function Loss After Robot-assisted Partial Nephrectomy for Localized Renal Tumors: A Prospective Multicenter Observational Study (RECORD2 Project). Eur Urol Focus. Jul 2022;8(4):980-987. doi:10.1016/j.euf.2021.09.012

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CÁC BIẾN CHỨNG DO VIÊM RUỘT THỪA CẤP NHẬP VIỆN MUỘN

Lê Quốc Phong¹, Nguyễn Nhật Quang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn gây biến chứng như: đám quánh ruột thừa (ĐQRT), áp xe ruột thừa (AXRT), viêm phúc mạc khu trú (VPMKT) và viêm phúc mạc toàn thể (VPMTT). Tại Hoa Kỳ, khoảng 300.000 trường hợp phẫu thuật (PT) cắt ruột thừa mỗi năm, thì 25% là viêm ruột thừa cấp có biến chứng. Ở Việt Nam, tỉ lệ các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn khá cao. Đề tài này, chúng tôi nghiên cứu đặc điểm chung, chẩn đoán hình ảnh, và kết quả điều trị các biến chứng viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn tại BVTW Huế.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, tiền cứu, gồm 139 bệnh nhân có các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn, từ tháng 02/2024 - 11/2024 tại BV TW Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $42,24 \pm 21,78$, tỷ lệ nam/nữ 1,14. ĐQRT 2,2%, AXRT 15,1%, VPMKT 44,6%, VPMTT 38,1%. Thời gian phẫu thuật nội soi: VPMKT là $78,76 \pm 14,32$ (55-150 phút), VPMTT là $101,04 \pm 23,48$ (60-150 phút). Thời gian hậu phẫu: VPMKT $5,73 \pm 1,59$ ngày; VPMTT $7,19 \pm 3,35$ ngày. Biến chứng sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa: nhiễm trùng lỗ trocar

0,9%, viêm mô mềm ruột thừa 0,9%, áp xe tồn dư 3,4%, tắc ruột sớm sau mổ 1,7%. Kết quả điều trị: ĐQRT đáp ứng nội khoa 100%, AXRT đáp ứng nội khoa 85,7%. Phẫu thuật nội soi: VPMKT tốt 96,8%, khá 3,2%. VPMTT tốt 90,2%, khá 9,8%.

Kết luận: Các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn: ĐQRT và AXRT đáp ứng tốt điều trị nội khoa, tỉ lệ thành công cao. viêm phúc mạc ruột thừa được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, rửa ổ phúc mạc, ít đau sau mổ, biến chứng thấp, an toàn, hiệu quả cho kết quả tốt.

Từ khóa: viêm ruột thừa cấp, đám quánh ruột thừa, áp xe ruột thừa, viêm phúc mạc

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF TREATMENT OF COMPLICATIONS DUE TO ACUTE APPENDICITIS WITH LATE HOSPITALIZATION

Background: Late hospitalization of acute appendicitis causes complications such as appendicular mass, appendicular abscess, localized peritonitis and localized peritonitis. In the United States, approximately 300,000 appendectomy cases per year, 25% are complicated acute appendicitis. In Vietnam, the rate of complications due to late appendicitis is quite high. In this study, we studied the general characteristics, imaging diagnosis, and treatment outcomes of complications due to acute appendicitis with late hospitalization at Hue Central Hospital.

Subjects and methods: Cross-sectional, prospective study, including 139 patients with

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Phong

SĐT: 0914977660

Email: drlequocphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

complications due to acute appendicitis with late hospitalization, from February 2024 to November 2024 at Hue Central Hospital.

Results: Average age 42.24 ± 21.78 , male/female ratio 1.14. Appendicular mass 2.2%, appendicular abscess 15.1%, localized peritonitis 44.6%, generalized peritonitis 38.1%. Laparoscopic surgery time: localized peritonitis is 78.76 ± 14.32 (55-150 minutes), generalized peritonitis is 101.04 ± 23.48 (60-150 minutes). Postoperative time: localized peritonitis 5.73 ± 1.59 days; generalized peritonitis 7.19 ± 3.35 days. Postoperative complications of appendicitis peritonitis: trocar site infection 0.9%, appendectomy site inflammation 0.9%, residual abscess 3.4%, early postoperative intestinal obstruction 1.7%. Treatment results: appendicular mass responded to medical treatment 100%, appendicular abscess responded to medical treatment 85.7%. Laparoscopic surgery: localized peritonitis was good 96.8%, fair 3.2%, localized peritonitis was good 90.2%, fair 9.8%.

Conclusion: Complications due to acute appendicitis with late hospitalization: appendicular mass and appendicular abscess responded well to medical treatment, high success rate. Peritonitis appendicitis was treated with laparoscopic appendectomy and peritoneal lavage: less postoperative pain, low complications, safe, effective with good results.

Keywords: acute appendicitis, appendicular mass, appendicular abscess, peritonitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa cấp và các biến chứng do viêm ruột thừa cấp là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp nhất. Hiện nay, vẫn còn tỷ lệ khá cao biến chứng do viêm ruột thừa cấp như: đám quánh ruột thừa, áp xe ruột thừa và viêm phúc mạc ruột thừa. Nghiên cứu tại

Hoa Kỳ, mỗi năm ước tính cứ khoảng 300.000 trường hợp phẫu thuật cắt ruột thừa, thì 25% là viêm ruột thừa có biến chứng. Theo Phạm Thị Thu (2021), viêm phúc mạc khu trú 41,2%, viêm phúc mạc toàn thể 30,9%. Khi chẩn đoán sớm, phẫu thuật kịp thời, bệnh viêm ruột thừa có tỷ lệ tử vong rất thấp khoảng 0,1% đến 0,2%, thời gian nằm viện ngắn, chi phí thấp nhưng khi đã có biến chứng, tỷ lệ tử vong có thể đến 10%, thời gian nằm viện dài hơn, chi phí cao, lâu dài bệnh nhân có nguy cơ tắc ruột [3], [8].

Các loại biến chứng của viêm ruột thừa cấp thì sẽ có nhiều phương pháp điều trị khác nhau: kháng sinh đối với đám quánh ruột thừa, áp xe ruột thừa. Ngoài ra, áp xe ruột thừa vẫn được chọc hút/dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của siêu âm bụng hay chụp cắt lớp vi tính (CLVT) bụng. Viêm phúc mạc ruột thừa thì chỉ định mổ mở hay mổ nội soi. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi được áp dụng rộng rãi, mang lại nhiều ưu điểm như: giảm đau sau mổ, giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, giảm thời gian nằm viện, giảm tỷ lệ biến chứng sau mổ. Đối với các phương pháp điều trị sẽ đem lại các hiệu quả khác nhau với các biến chứng [4], [6].

Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu về viêm phúc mạc do viêm ruột thừa. Nhưng chẩn đoán và điều trị các thương tổn biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn, chưa được quan tâm nghiên cứu. Với mong muốn góp phần đánh giá về hiệu quả của các phương pháp điều trị biến chứng do viêm ruột thừa cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: **“Đánh giá kết quả điều trị các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn”** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn.

2. Đánh giá kết quả điều trị các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 139 bệnh nhân được chẩn đoán các biến chứng của VRT cấp nhập viện muộn: ĐQRT, AXRT, VPMKT, VPMTT tại Bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 2/2024 đến tháng 11/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc.

2.3. Phương pháp tiến hành:

Bệnh nhân được phân thành hai nhóm, điều trị nội khoa: đám quánh ruột thừa, áp xe ruột thừa; phẫu thuật nội soi: viêm phúc mạc khu trú và viêm phúc mạc toàn thể.

2.3.1. Chẩn đoán: Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

Lâm sàng: triệu chứng của các biến chứng viêm ruột thừa cấp.

Xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu: bạch cầu tăng, CRP tăng.

Hình ảnh học: Siêu âm, chụp cắt lớp để xác định các biến chứng do viêm ruột thừa cấp.

2.3.2. Điều trị nội khoa và phương pháp phẫu thuật

a. Nội khoa:

- Kháng sinh: Cephalosporin III + Metronidazole hoặc Imipenem.

- Chọc hút/ dẫn lưu qua da dưới hướng dẫn của siêu âm:

+ Mở đường mổ nhỏ đi trực tiếp vào ổ áp xe để thoát lưu mủ hay thậm chí chỉ cần chọc hút với kim lớn rồi đặt dẫn lưu một ống sonde đủ lớn để thoát mủ.

+ Dẫn lưu qua ngả âm đạo hay trực tràng.

- Tùy từng bệnh nhân và tình huống, lựa chọn điều trị có thể tóm lược như sau:

+ ĐQRT hay AXRT $\leq 4\text{cm}$: điều trị kháng sinh trước, nếu không đỡ thì xem xét phẫu thuật chọc hút/dẫn lưu qua da.

+ AXRT $> 4-6\text{ cm}$: điều trị kháng sinh phối hợp chọc hút/ dẫn lưu qua da, nếu không đỡ thì mổ.

+ AXRT $\geq 7\text{cm}$, áp xe giữa các quai ruột: khả năng thất bại với điều bảo tồn, nên mổ.

b. Ngoại khoa:

- Phương pháp phẫu thuật: phẫu thuật nội soi, nội soi chuyển mổ.

2.3.3. Biến chứng sau phẫu thuật:

- Biến chứng sau mổ: nhiễm khuẩn vết mổ, chảy máu ổ bụng, rò mồm cắt ruột thừa, áp xe tồn dư, tắc ruột sớm sau mổ, tử vong.

2.3.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

a. Nội khoa

- Đáp ứng: Tình trạng chung cải thiện, khối viêm giảm kích thước, người bệnh giảm các triệu chứng cơ năng, thực thể.

- Không đáp ứng: Tình trạng chung không cải thiện kèm khối áp xe tăng kích thước thì chọc hút hoặc vỡ gây VPMRT thì 3 chuyển mổ.

b. Ngoại khoa

- Tốt: diễn tiến trong và sau mổ tốt, không sốt sau mổ, đau vết mổ ít, trung tiện sớm, hồi phục nhanh, vết mổ khô và không có các biến chứng sau mổ.

- Khá: diễn tiến trong mổ tốt, vết mổ tụ máu, ứ dịch hay nhiễm khuẩn đáp ứng điều trị tốt. Liệt ruột sau mổ kéo dài hoặc áp xe tồn lưu nhưng điều trị nội khoa đáp ứng tốt.

- Xấu: bị tai biến trong mổ hoặc bị các biến chứng bụng mồm ruột thừa, rò mạnh tràng, áp xe tồn lưu, áp xe thành bụng, tắc ruột cần can thiệp ngoại khoa [2].

2.3.5. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS Statistics 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi

Bảng 3.1. Tuổi

Tuổi	≤ 20	21 – 40	41 – 60	61 – 80	>80	$\bar{X} \pm SD$	Tổng
n	27	38	45	20	9	42,24±21,78	139
%	19,4	27,3	32,4	14,4	6,5	(5-93)	100

3.2. Các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn

Bảng 3.2. Các biến chứng

Các biến chứng	Thời gian nhập viện (giờ)			n	%
	24 - 48	>48 - 72	>72		
Đám quánh ruột thừa	0	2	1	3	2,2
Áp xe ruột thừa	5	7	9	21	15,1
Viêm phúc mạc khu trú	27	26	9	62	44,6
Viêm phúc mạc toàn thể	13	29	11	53	38,1

3.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng		Các loại biến chứng		ĐQRT		AXRT		VPMKT		VPMTT	
				n	%	n	%	n	%	n	%
Điểm đau Mc - Burney				3	100	21	100	62	100	53	100
Dấu hiệu thành bụng	Phản ứng dội			-	-	7	33,3	55	88,7	51	96,2
	Cảm ứng phúc mạc			-	-	-	-	1	1,6	2	3,8
	Phản ứng thành bụng			1	33,3	10	47,6	58	93,5	51	96,2
	Co cứng thành bụng			-	-	-	-	-	-	2	3,8
Khối trong ổ bụng	Mảng cứng, chắc			2	66,7	-	-	-	-	-	-
	Khối lờn nhùng, ấn đau chói			-	-	11	55	-	-	-	-

Bảng 3.4. Chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh		Các dạng biến chứng		ĐQRT		AXRT		VPMKT		VPMTT	
				n	%	n	%	n	%	n	%
Siêu âm bụng	KT ruột thừa > 6mm			2	66,7	17	81	61	98,4	51	96,2
	Dịch ổ bụng			-	-	5	23,8	7	11,3	10	18,9
	Hình ảnh ổ áp xe			-	-	17	81	1	1,6	1	1,9
	Hình ảnh sỏi phân			-	-	1	4,8	21	33,9	19	35,8
Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng	KT ruột thừa > 6mm			2	100	13	81,2	8	80	12	100
	Dịch ổ bụng			-	-	4	25	3	30	4	33,3
	Áp xe ruột thừa			-	-	14	87,5	-	-	-	-
	Hình ảnh sỏi phân			-	-	2	12,5	3	30	6	50
	Tổng			2	16	10	12				

3.4. Phương pháp điều trị và theo dõi điều trị

3.4.1. Phương pháp điều trị

Bảng 3.5. Các phương pháp điều trị

Các dạng biến chứng PP điều trị		ĐQRT		AXRT		VPMKT		VPMTT	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nội khoa	Kháng sinh	3	100	18	85,7	-	-	-	-
	Chọc hút/dẫn lưu	-	-	3	14,3	-	-	-	-
Ngoại khoa	Phẫu thuật nội soi	-	-	-	-	62	100	51	96,2
	Phẫu thuật mở	-	-	-	-	-	-	1	1,9
	Nội soi chuyển mở	-	-	-	-	-	-	1	1,9

- Phẫu thuật mở mở chiếm 1,9%, do bụng chướng nhiều.

- Phẫu thuật nội soi chuyển mở chiếm 1,9%, do vào ổ bụng viêm dính nhiều.

3.4.2. Kết quả và biến chứng sau phẫu thuật

Bảng 3.6. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ	Viêm phúc mạc	VPMKT		VPMTT	
		n	%	n	%
Nhiễm trùng vết mổ		-	-	1	1,9
Nhiễm trùng lỗ trocar		-	-	1	1,9
Rò mủ ruột thừa		-	-	-	-
Viêm mủ ruột thừa		1	1,6	-	-
Áp xe tồn lưu		1	1,6	3	5,7
Tắc ruột sớm sau mổ		-	-	2	3,8

3.4.3. Đánh giá kết quả điều trị các loại biến chứng viêm ruột thừa đến muộn

- ĐQRT: đáp ứng nội khoa 100%, AXRT đáp ứng nội khoa 85,7%, chọc hút dưới siêu âm 14,3%.

- VPMKT mổ bằng PTNS: tốt 96,8%, khá 3,2%. VPMTT mổ bằng PTNS: tốt 90,2%, khá 9,8%.

27,9% [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí (2024) cho kết quả VPMTT 24,3% và VPMKT 75,7% [6]. Theo tác giả Mohammad Naderan (2015) cho thấy trong số 200 bệnh nhân bị VRT cấp tính phức tạp, 103 người bị VPMRT, 32 người bị AXRT và 65 người bị ĐQRT [7].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

4.2.1. Triệu chứng thực thể

Nghiên cứu này, triệu chứng thực thể thường gặp là điểm đau Mc-Burney 100%. Phản ứng dội, phản ứng thành bụng trong VPMRT khu trú là 88,7% và 93,5%. Viêm phúc mạc toàn thể là đồng tỉ lệ 96,2%. Với ĐQRT sờ được mảng cứng, chắc, ấn ít đau 50%. Với AXRT phản ứng thành bụng 47,1%, sờ được khối lờn nhùng, ấn đau chói 66,7%. Tỷ lệ này cao hơn, nghiên cứu của

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các dạng biến chứng do viêm ruột thừa đến muộn

Nghiên cứu này, VRT cấp nhập viện muộn có biến chứng, bao gồm: ĐQRT 2,2%, AXRT 15,1%, VPMKT 44,6%, VPMTT 38,1%. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Phạm Thị Thu (2021) cho kết quả VPMKT 41,2%, VPMTT 30,9% và AXRT

Phạm Thị Thu (2021), sờ thấy khối lồi nhùng chiếm 32,4% [3].

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

a. Siêu âm bụng

Nghiên cứu này, siêu âm chẩn đoán các dấu hiệu bao gồm: kích thước ruột thừa > 6mm, dịch trong khoang phúc mạc, hình ảnh ổ áp xe, sỏi phân... Tuy nhiên việc chẩn đoán xác định phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ chẩn đoán hình ảnh cũng như kết hợp với các dấu hiệu lâm sàng. Nghiên cứu này, siêu âm có kích thước ruột thừa >6mm: ĐQRT 66,7% AXRT 81% hình ảnh ổ áp xe: 81%. Theo Trần Mạnh Hùng (2022) có tỷ lệ 81,8% [6]. VPMKT và VPMTT, siêu âm hình ảnh kích thước ruột thừa >6mm với tỉ lệ lần lượt là 98,4% và 96,2%, dịch ổ bụng chiếm 11,3% và 18,9%, sỏi phân với tỷ lệ 33,9% và 35,8% . Sỏi phân là nguyên nhân chính gây VRT và dẫn đến các biến chứng của nó. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Trí (2024) với 97,3% NB có kích thước ruột thừa > 6mm [4].

b. Chụp CLVT bụng

Chụp CLVT chính xác hơn siêu âm trong việc phát hiện các biến chứng do VRT cấp nhập viện muộn. Nghiên cứu này, có 40 trường hợp chụp CLVT bụng, phần lớn trường hợp ĐQRT và AXRT được chụp để rõ định hướng chẩn đoán và kết quả: kích thước ruột thừa >6mm, ĐQRT 100% NB AXRT 87,5% thấy hình ảnh áp xe. Với VPMRT các trường hợp chụp CLVT bụng trong nghiên cứu này, là những trường hợp ruột thừa khó khảo sát trên siêu âm do bụng chướng hoặc ruột thừa ở vị trí bất thường như sau manh tràng... Nghiên cứu này, VPMKT kích thước ruột thừa >6mm 80%, dịch ổ bụng 30%, sỏi phân 30% và VPMTT có kích thước ruột thừa >6mm 100%. Theo

Trần Việt Hoàng (2021) có 12 trường hợp chụp CLVT thì 100% trường hợp ghi nhận có ruột thừa lớn và 66,7% trường hợp có dịch ổ bụng [1].

4.3. Phương pháp điều trị và theo dõi điều trị

4.3.1. Phương pháp điều trị

Theo cập nhật năm 2020 về hướng dẫn của WSES có khuyến nghị điều trị bảo tồn bằng kháng sinh là điều trị đầu tay hợp lý cho ĐQRT và AXRT. Dẫn lưu qua da như một thủ thuật bổ sung cho kháng sinh. Đối với điều trị bảo tồn ĐQRT hay AXRT nhỏ $\leq$ 4cm thì điều trị kháng sinh trước, AXRT > 4-6 cm điều trị kháng sinh phối hợp chọc hút/ dẫn lưu qua da, AXRT $\geq$ 7cm, áp xe giữa các quai ruột: nhiều khả năng thất bại với điều trị bảo tồn, nên mổ. Nghiên cứu này, có 3 bệnh nhân ĐQRT và 21 bệnh nhân AXRT mà hầu hết trường hợp AXRT đều có kích thước dưới 6cm theo kết quả ghi nhận trên siêu âm và CLVT nên 100% BN được lựa chọn điều trị ban đầu bằng kháng sinh kếp với Ceftriaxone và Metronidazol [6].

VPMRT thì chỉ định phẫu thuật, mổ nội soi và mổ mở. Hiện nay, phẫu thuật nội soi được chấp nhận rộng rãi nhất, hiệu quả nhất, liên quan đến tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ và biến chứng sau mổ thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn và điểm chất lượng cuộc sống tốt hơn khi so sánh với cắt ruột thừa mở. Nghiên cứu này, VPMRT được phẫu thuật nội soi vì hầu hết đều đúng chỉ định của phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ 98,3%. Nghiên cứu này, phẫu thuật nội soi cao hơn Phạm Thị Thu (2021) với 61,7% nội soi, 30,9% phẫu thuật mở, 7,4% nội soi chuyển mổ [3].

4.3.2. Biến chứng sau phẫu thuật

Nghiên cứu ghi nhận 3 trường hợp có áp xe tồn lưu sau mổ chiếm 5,7% thuộc VPMTT. Ba trường hợp phát hiện vào ngày

hậu phẫu thứ 5, bệnh nhân thấy đau tăng vùng kèm nôn, đại tiện khó kết hợp với khám lâm sàng sờ thấy khối lồi vùng HCP, ranh giới rõ, ấn đau chói, công thức máu có số lượng BC trên $16.000/\text{mm}^3$, tỉ lệ BCĐNTT trên 92%, chỉ số CRP trên 107 mg/L, siêu âm bụng: ổ tụ dịch kích thước lần lượt là: 36 x 20mm, 25x30mm, 35x27mm. Được điều trị nội khoa với giảm đau, kháng sinh, đáp ứng điều trị sau 7 ngày, siêu âm bụng không còn thấy ổ tụ dịch. Chưa phát hiện các biến chứng sau mổ còn lại: nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn lỗ trocar, chảy máu lỗ trocar, xì mủm RT, viêm mủm RT, chảy máu ổ bụng, tắc ruột sớm sau mổ. Kết quả này tương ứng với tác giả Phạm Thị Thu (2021) với tỷ lệ 3% [3].

4.4. Đánh giá kết quả điều trị

Nghiên cứu này, ĐQRT đáp ứng với điều trị nội khoa 100%, AXRT đáp ứng với điều trị nội khoa 85,7%, kết hợp chọc hút dưới siêu âm 14,3%. VPMKT mổ bằng phẫu thuật nội: tốt 96,8%, khá 3,2%. VPMTT mổ bằng phẫu thuật nội: tốt 90,2%, khá 9,8%. Nghiên cứu của Asma Ahmed (2020), điều trị bảo tồn thành công đám quánh ruột thừa là 93% [5].

V. KẾT LUẬN

Các biến chứng do viêm ruột thừa cấp nhập viện muộn gồm: đám quánh ruột thừa, áp xe ruột thừa đáp ứng tốt điều trị nội khoa, tỉ lệ thành công cao. Viêm phúc mạc ruột thừa được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, rửa ổ phúc mạc, ít đau sau mổ, biến chứng thấp, an toàn hiệu quả cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt Hoàng, Phạm Văn Năng (2021)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu

thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2020 - 2021", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, (43), tr.118-124.

2. **Nguyễn Thành Luân (2024)**, "Đánh giá đặc điểm vi khuẩn học và kết quả sớm điều trị viêm phúc mạc ruột thừa bằng phẫu thuật nội soi tại khoa Ngoại Bệnh viện 19-8 ", Tạp chí Y học Việt Nam, 535(1B), tr. 13 - 17.
3. **Phạm Thị Thu (2021)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm ruột thừa có biến chứng và điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định", Khoa học Điều dưỡng, (tập 4), tr. 94 – 101.
4. **Nguyễn Hữu Trí, Nguyễn Thành Khang, Nguyễn Văn Quang (2024)**, "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa", Tạp chí Y Dược Huế, (Tập 14), tr. 178 - 182.
5. **Ahmed Asma, Feroz Shah Huzaifa, Dominic Jerry Lorren, et al (2020)**, "Is emergency appendectomy better than elective appendectomy for the treatment of appendiceal phlegmon?: a review", Cureus, 12(12), pg. 1 - 6.
6. **Di Saverio Salomone, Podda Mauro, De Simone Belinda, et al (2020)**, "Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines", World journal of emergency surgery, 15, pg. 1 - 42.
7. **Naderan Mohammad, Babaki Amir Eslami Shahr, Shoar Saeed, Mahmoodzadeh Hossein, et al (2016)**, "Risk factors for the development of complicated appendicitis in adults", Turkish Journal of Surgery/Ulusal cerrahi dergisi, 32(1), pg. 37 - 41.
8. **Sue Perez Kelly, R Allen Steven (2018)**, "Complicated appendicitis and considerations for interval appendectomy" Jaapa 31(9), pg. 35 - 41.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN: CHỈ ĐỊNH VÀ KỸ THUẬT

Lê Quốc Phong¹, Nguyễn Nhật Quang¹,
Đặng Ngọc Hùng¹, Phạm Như Hiệp¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, tỉ lệ mắc 2,3-6,9%. Các nước Đông Nam Á, sỏi mật thường gặp là sỏi ở đường mật trong và ngoài gan, bệnh lý phức tạp với nhiều biến chứng. Đặc biệt là sỏi trong gan, phẫu thuật khó lấy sạch sỏi. Vấn đề chính là sỏi sót và sỏi tái phát. Chúng tôi nghiên cứu đặc điểm bệnh lý, chẩn đoán hình ảnh, chỉ định phương pháp phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật sỏi trong gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc gồm 110 bệnh nhân sỏi đường mật trong gan lành tính, có hoặc không kèm theo sỏi ngoài gan, từ tháng 01/2021 - 04/2024 tại Bệnh viện Trung ương Huế.

Kết quả: Tuổi trung bình $55,9 \pm 11,6$, tỷ lệ nữ/nam 1,75/1. Tam chứng Charcot 20,1%, đau bụng hạ sườn phải 95,6%, đau bụng thượng vị 54,6%, sốt 45,5%, vàng da 40,9%. Nhiễm trùng đường mật cấp 68,2%. Vị trí sỏi trong gan phối hợp ngoài gan 72,7%, sỏi trong gan đơn thuần 27,3%, đa sỏi sỏi ở bên trái với 52,7%. Mở ống mật chủ lấy sỏi 45,4%, cắt gan 40%, cắt thủy gan trái 38,2%; nối mật - ruột 8,2%, mở miệng nối mật - ruột lấy sỏi 6,4%, mở nhu mô gan lấy sỏi

16,4%. Thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80 - 330 phút). Biến chứng chung sau mổ 27,2%, nhiễm khuẩn vết mổ 18,2%, rò mật 2,7%. Thời gian hậu phẫu trung bình $15,4 \pm 4,8$. Kết quả phẫu thuật: Sốt sỏi sau mổ chiếm 19,1%. Tái phát sỏi sau mổ 25,5%.

Kết luận: Chẩn đoán hình ảnh góp phần chẩn đoán chính xác sỏi trong gan. Phẫu thuật điều trị sỏi trong gan đạt hiệu quả cao, cần lựa chọn kỹ thuật phù hợp nhất là các trường hợp sỏi nhỏ, lan tỏa hoặc phẫu thuật lại cần phải phối hợp các phương pháp cũng như các phương tiện hỗ trợ trong mổ hợp lý. Kết quả khả quan, biến chứng thấp, giảm tỉ lệ sót sỏi và tái phát sau mổ.

Từ khóa: Sỏi trong gan, sỏi sỏi, mở ống mật chủ lấy sỏi, cắt gan, nối mật-ruột.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL RESULTS FOR TREATMENT OF INTRAHEPATIC DUCT STONES: INDICATIONS AND TECHNIQUES

Background: Bile duct stones are common disease in Vietnam with an incidence of 2.3-6.9%. In Southeast Asia countries, the bile duct stones are an intrahepatic and extrahepatic. Complex disease with many complications. Especially, inhepatic duct stones, surgery is difficult to remove all stones. The main problems are residual stones and recurrent stones. We research pathological characteristics, diagnosis imaging and surgical results of intrahepatic bile duct stones.

¹Bệnh viện Trung ương Huế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quốc Phong

SĐT: 0914977660

Email: drlequocphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Materials and method: Descriptive, prospective case-control study based on 110 patients who had been diagnosed with benign intrahepatic duct stones, with or without extrahepatic stones, who underwent surgical treatment. Since 01/2021-04/2024 at Hue Central Hospital.

Results: Mean age is 55.9 $\pm$ 11.6, female/male ratio 1.75/1. Charcot's triad was present in only 20.1%. Right lower quadrant abdominal pain accounted for 95.6%, followed by epigastric pain with 54.6%, fever accounted for 45.5%, jaundice with 40.9%. Patients had acute biliary tract infection with 68.2%. The common site is intrahepatic combined with extrahepatic stones in 72.7%, intrahepatic stones alone accounted for only 27.3%. Which left liver is dominant in 52.7%. Regarding surgical methods, common bile duct exploration to remove stones with instruments is popular with 45.4%, liver resection in 40%, mostly left liver resection in 38.2%, hepatico-enterostomy in 8.2%, opening the hepatico-enterostomy anastomosis to remove stones in 6.4%, opening the liver parenchyma to remove stones in 16.4%. The average surgical time was 163.2 $\pm$ 53.5 minutes (80-330 minutes). General complications after surgery in 27.2%, mostly surgical site infection in 18.2%, bile leak in 2.7%. Average post-operative time was 15.4 $\pm$ 4.8. Surgical results: Residual stones immediately after surgery accounted for 19.1%. Recurrent stones 25.5%.

Conclusion: Imaging diagnostic contributed to the accurate diagnosis of intrahepatic duct stones. Surgical treatment of intrahepatic duct stones must be selective. For effective intrahepatic biliary stone surgery, especially in cases of small or diffuse stones, recurrence, it is necessary to rationally combine stone removal methods, as well as supportive means. About the

best result, low complications, reduce to residual stones and recurrent stones.

Keywords: Intrahepatic duct stones, right lower quadrant, common bile duct exploration, hepatico - enterostomy, liver resection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật là bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, tỉ lệ mắc 2,3 - 6,9%. Các nước Đông Nam Á, sỏi mật thường gặp là sỏi ở đường mật trong và ngoài gan, bệnh lý phức tạp với nhiều biến chứng. Sỏi trong gan (STG) bệnh cảnh xuất hiện ở sỏi đường mật khá cao với 44% (18-55%). Bệnh còn được gọi là bệnh viêm gan - mật phương đông, đặc trưng bởi các đợt nhiễm khuẩn đường mật tái phát với tam chứng: đau hạ sườn phải (HSP) hoặc thượng vị kèm sốt, vàng da có thể có hay không, xuất hiện trong 66% trường hợp. Tính chất sinh bệnh học phức tạp, bệnh cảnh STG ở nước ta thường nặng nề với các biến chứng nguy hiểm và xơ gan, có nguy cơ dẫn đến ung thư đường mật trong gan (2,4 - 5,2%) [3], [4], [5], [9].

STG là bệnh phức tạp, khó khăn trong chẩn đoán chính xác và điều trị với nhiều phương pháp khác nhau, cho tới nay phẫu thuật vẫn là phương pháp được sử dụng nhiều nhất nhưng chỉ dừng lại ngang mức làm sạch sỏi. Hai vấn đề chính sau mổ bao gồm sỏi sót và sỏi tái phát [3]. Tỷ lệ sỏi sót theo các tác giả Âu Mỹ là 5-15%, trong khi ở Đông Nam Á tỷ lệ này cao hơn nhiều do sỏi đa số là nguyên phát, nhiều sỏi, tỷ lệ STG cao. Sỏi đường mật trong gan ở các nước Châu Á khá cao như: Đài Loan 30%, Malaysia 10% và Hàn Quốc 17% [4]. Cho đến nay, sỏi sót đã được giải quyết phần lớn, giảm xuống còn dưới 5% với các phương pháp phát hiện sỏi sỏi trong mổ như: chụp XQ đường mật, siêu âm, soi đường mật trong

mỏ. Trong khi đó, sỏi tái phát vẫn là vấn đề quan trọng vẫn chưa có phương pháp chống tái phát tích cực [1], [3], [4].

Nhờ sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như: chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, giúp xác định chính xác vị trí, số lượng, đặc điểm của sỏi cũng như các thương tổn đi kèm như: hẹp đường mật, giải phẫu bất thường của đường mật,... hỗ trợ rất lớn trong chẩn đoán, lựa chọn điều trị trước, trong và sau phẫu thuật [3], [4]. Bệnh có nhiều biến chứng, tổn thương toàn thân nặng, tỷ lệ sỏi tái phát cao, thiếu quy trình hiệu quả để quản lý, vì vậy nên việc chẩn đoán cũng như lựa chọn phương thức điều trị được đặt lên hàng đầu. Nhận ra được tính cấp thiết của đề tài, chúng tôi tiến hành đề tài **“Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị sỏi trong gan: chỉ định và kỹ thuật”** nhằm hai mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh bệnh lý sỏi trong gan.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật phối hợp các kỹ thuật lấy sỏi trong gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 110 bệnh nhân chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan lành tính, có hoặc không kèm theo sỏi ngoài gan được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 01/2021-04/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, theo dõi dọc.

2.3. Phương pháp tiến hành: Dựa vào phương pháp phẫu thuật, bệnh nhân được phân loại thành bốn nhóm kỹ thuật chính: mở ống mật chủ lấy sỏi, nhóm cắt gan, nhóm nối mật ruột, mở miệng nối mật ruột lấy sỏi. Ngoài ra, các phương pháp khác như: nội soi đường mật, mở nhu mô gan lấy sỏi, nội soi

tán sỏi điện thủy lực và laser trong mổ. Chúng tôi phối hợp các nhóm kỹ thuật.

2.3.1. Chẩn đoán: Dựa vào các tiêu chuẩn sau:

Lâm sàng: có triệu chứng sỏi trong gan.

Xét nghiệm huyết học, sinh hoá máu

Hình ảnh học: Siêu âm, kết hợp chụp CT/MRI để xác định sỏi trong gan.

2.3.2. Phương pháp phẫu thuật và các kỹ thuật phối hợp

Đánh giá tình trạng đường mật (giãn/chít hẹp) và chọn đường vào OMC. Mở OMC lấy sỏi, nong cơ vòng Oddi nếu đường mật ngoài gan có sỏi. Cắt túi mật nếu túi mật có sỏi, viêm hoặc hoại tử. Trường hợp OMC không giãn, sỏi có thể nằm ở ống gan, gây giãn đường mật trong gan thì có thể mở ngay ống gan chung.

Mở OMC lấy sỏi, dẫn lưu đường mật bằng sonde Kehr, có thể phối hợp nội soi đường mật để tăng hiệu quả, giảm số lần lấy sỏi sau mổ.

Dùng kim Mirizzi với các độ cong khác nhau để gấp sỏi hoặc bóp nát sỏi. bơm rửa đường mật bằng NaCl 0,9%, có thể tiến hành nội soi lại đường mật để đánh giá sỏi sót, vị trí sỏi sót, tiếp tục lấy sỏi kinh điển, mở nhu mô gan, hay tán sỏi điện thủy lực, cắt gan. Dẫn lưu Kehr giúp đánh giá sỏi sót bằng chụp phim Kehr sau mổ, có thể sử dụng đường hầm ống Kehr để tán sỏi sau này.

Mở nhu mô gan lấy sỏi: Khi sỏi mật lan tỏa, sỏi sót nằm sát mật gan, lấy qua đường dưới hay tán sỏi, cắt gan không thực hiện được mà nhu mô gan còn tốt.

Cắt gan được chỉ định rất chặt chẽ khi: Sỏi trong gan gây hư hại một vùng gan khu trú, viêm xơ teo hoặc nhiều ổ áp xe, Sỏi quá nhiều thành hốc trong một vùng gan khu trú, kèm hẹp các ống gan tương ứng. Khi sỏi trong gan lan tỏa 2 bên, do không thể loại bỏ

hoàn toàn phần gan có sỏi, chúng tôi cắt bỏ bên có tổn thương phức tạp, bên còn lại có thể phối hợp các phương pháp để lấy sỏi tối đa.

Nổi mật - ruột: Đối với các trường hợp chít hẹp đường mật ngoài gan, sỏi trong gan tái phát hoặc có nhiều sỏi khắp cây đường mật (đây là trường hợp có khả năng tái phát cao).

Mở miệng nổi mật - ruột lấy sỏi: sỏi lấp đầy do hẹp miệng nổi.

Tán sỏi điện thủy lực, tán sỏi laser: được chọn khi sỏi lan tỏa, nằm sâu không lấy được bằng phương pháp kinh điển, khi xác định còn sỏi sót sau khi lấy sỏi một cách tối đa. Chỉ định tốt cho các sỏi nằm ở ống gan trái hoặc ống gan phải, các nhánh phân thủy gan. Khi soi thấy sỏi dùng đầu tán dí sát viên sỏi và tán vụn, sau đó bơm rửa sỏi sẽ ra theo.

2.3.4. *Đánh giá sỏi sau mổ*

Chụp đường mật qua Kehr/siêu âm bụng vào ngày 10-14 sau mổ để kiểm tra.

Bệnh nhân được chụp CT/MRI nếu nghi ngờ sỏi sỏi trên phim Kehr/siêu âm.

Chẩn đoán sỏi: biểu hiện hình khuyết trong đường mật. Siêu âm có sỏi khi có hình đậm âm kèm theo bóng cản âm hình nón.

2.3.5. *Đánh giá kết quả sau phẫu thuật*

Biến chứng sau mổ: nhiễm khuẩn vết mổ, ổ tụ dịch, rò mật, viêm phúc mạc mật, tắc ruột, tử vong.

Sỏi tái phát sau mổ: thời gian theo dõi từ 6 tháng đến hai năm. Bệnh nhân được siêu âm bụng, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

2.3.6. *Xử lý số liệu:* Phần mềm SPSS Statistics 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới và đặc điểm lâm sàng bệnh sỏi gan

Tuổi trung bình $55,9 \pm 11,6$ (25 - 83 tuổi); Tỷ lệ nữ/nam = 1,75/1

Tam chứng Charcot: 20,1%; đau bụng hạ sườn phải (HSP) chiếm 95,6%; đau bụng thượng vị với 54,6%; sốt 45,5%; vàng da vàng mắt 40,9%. Nhiễm trùng đường mật cấp 68,2%.

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Tam chứng Charcot	23	20,1%
Đau đơn thuần	39	35,6%
Đau + Sốt	30	27,3%
Đau + Vàng da	24	21,8%
Vàng da đơn thuần	4	3,6%

3.2. Đặc điểm hình ảnh học và vị trí sỏi:

Bảng 3.2. Vị trí sỏi tương ứng trên siêu âm, CT và MRI

Vị trí sỏi	Siêu âm		CT/ MRI	
	n	%	n	%
Sỏi OMC đơn thuần	6	5,4	0	0
Sỏi OGC đơn thuần	2	1,8	0	0
Sỏi túi mật đơn thuần	2	1,8	0	0

STG phối hợp sỏi ngoài gan	Sỏi gan phải	16	14,6	20	18,2
	Sỏi gan trái	28	25,4	44	40
	Sỏi 2 bên	18	16,4	16	14,6
STG đơn thuần	Sỏi gan phải	4	3,6	10	9,1
	Sỏi gan trái	16	16,4	14	12,7
	Sỏi 2 bên	14	12,7	6	5,4
Không thấy sỏi		4	3,6	0	0
		110	100	110	100

n: số bệnh nhân

Vị trí sỏi vẫn là STG phối hợp với sỏi ngoài gan, chiếm 72,7%. Trong đó thì vị trí bên trái chiếm ưu thế với 58 trường hợp (52,7%). Cụ thể sỏi gan trái, sỏi gan phải rồi đến sỏi lan tỏa 2 bên với 22 trường hợp (20%).

3.3. Phương pháp phẫu thuật và các kỹ thuật phối hợp

Bảng 3.3. Các kỹ thuật phối hợp trong phẫu thuật

Bảng 3.3: Các kỹ thuật phối hợp trong phẫu thuật					
Phương pháp Phẫu thuật		Kỹ thuật phối hợp		n	%
Mở OMC lấy sỏi	Mở nhu mô gan			12	10,9
	Đơn thuần	Có nội soi đường mật		14	12,7
		Không nội soi đường mật		24	21,8
Cắt gan	Mở OMC lấy sỏi	Có nội soi đường mật		8	7,3
		Không nội soi đường mật		26	23,6
	Mở OMC lấy sỏi + Mở nhu mô			4	3,6
	Mở miệng nối mật - ruột			2	1,8
	Đơn thuần			4	3,6
	Nối mật - ruột	Mở OMC lấy sỏi			9
Đơn thuần			0	0	
Mở miệng nối mật - ruột	Mở nhu mô			2	1,8
	Đơn thuần			5	4,5
Tổng				110	100

Thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80-330 phút).

Nhóm mở OMC lấy sỏi kinh điển với 38 trường hợp chiếm 34,5%.

Nhóm cắt gan 44 trường hợp: 42 trường hợp cắt thùy gan trái chiếm 38,2%.

Nhóm nối mật ruột + mở OMC lấy sỏi: 9 trường hợp chiếm 8,2%.

Mở miệng nối mật - ruột lấy sỏi 7 trường hợp, 5 trường hợp mở miệng nối mật - ruột đơn thuần chiếm 4,5%.

Phối hợp mở nhu mô gan lấy sỏi 18 trường hợp, chiếm 16,4%.

Nội soi tán sỏi điện thủy lực và laser 14 trường hợp, chiếm 12,7%.

3.4. Tai biến, biến chứng, sót sỏi, đánh giá kết quả phẫu thuật

Tai biến trong mổ với 9 trường hợp chảy máu do bóc tách gỡ dính, 1 trường hợp rách đại tràng ngang do mổ lại nhiều lần, không có tai biến nặng.

Biến chứng chung sau mổ 27,2%, 20 trường hợp nhiễm trùng vết mổ 18,2%, đa số là nhóm Klebsiella, Enterococcus và E.coli (18/20 trường hợp). 6 trường hợp liệt ruột, 1 trường hợp tắc ruột phải phẫu thuật lại, 3 trường hợp rò mật điều trị nội khoa bảo tồn đáp ứng.

Sốt sỏi ngay sau mổ chiếm tỷ lệ 19,1% với sốt STG đơn thuần 17 trường hợp, sốt sỏi trong gan kèm ngoài gan 4 trường hợp.

Thời gian hậu phẫu trung bình $15,4 \pm 4,8$ ngày.

Theo dõi sau mổ từ 6 tháng đến 2 năm, tỉ lệ sỏi tái phát là 25,5%.

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi và giới: STG gặp phổ biến ở nhóm trung niên, lớn tuổi, độ tuổi phân bố rộng từ 20 - 80 tuổi, khá hiếm trường hợp gặp ở trẻ em [3]. Nghiên cứu của chúng tôi, STG tuổi trung bình $55,9 \pm 11,6$ (25 - 83 tuổi), nữ giới nhiều gấp đôi nam giới, tỷ lệ nữ/nam: 1,75/1. Kết quả nghiên cứu này, tương đồng với [1], [2], [5].

- Triệu chứng lâm sàng: Bệnh cảnh thường gặp nhất (66%) là viêm đường mật cấp biểu hiện bởi đau vùng gan ở hạ sườn phải hoặc thượng vị kèm sốt và có thể có hay không có vàng da tùy mức độ tắc nghẽn đường mật. Nhiễm trùng đường mật độ 1: 20%, độ 2: 25%, độ 3 và 4 chiếm 55% [3]. Nghiên cứu này, viêm đường mật cấp chiếm 68,2%, đau bụng hạ sườn phải 95,6%, kể đến là đau bụng thượng vị với 54,6%, sốt 45,5%, vàng da vàng mắt 40,9%. Theo Vũ Việt Đức, đau bụng vùng hạ sườn phải 98,3%, sốt 60%, vàng da, vàng mắt 20% [2]. Nghiên cứu của Mai Đình Tân tỷ lệ BN đau chiếm 94,8%, sốt và vàng da chiếm 67,2% [1].

Nghiên cứu này, tam chứng Charcot chiếm 20,1%, đau bụng đơn thuần 35,6%,

đau kèm sốt 27,3%. Nghiên cứu của Nghiêm Quốc Cường số bệnh nhân đau chiếm 100%, tam chứng Charcot chiếm 50,5%. Kết quả nghiên cứu này, tương đối phù hợp với các tác giả khác, một số chỉ số có thể khác biệt, có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào nhóm sỏi đường mật trong gan [1].

- Vị trí sỏi: Hình thái tạo sỏi mật kiểu nông thôn (sỏi túi mật thấp, sỏi OMC và STG cao). Nghiên cứu hồi cứu ở Đông Á cho thấy khoảng 70% tổng số sỏi gan có kèm theo sỏi ngoài gan, vị trí sỏi và các chỗ chít hẹp OMC chủ yếu là ở ống gan trái (70-90%) [3].

Nhận thấy vị trí sỏi phổ biến là STG phối hợp với sỏi ngoài gan, trong nghiên cứu này chiếm 72,7%. Theo Vũ Việt Đức chiếm 71,67% [2], Lê Văn Thành 60% [5]. Kết quả của chúng tôi cao hơn nhiều so với Lê Quan Anh Tuấn 31%, do tiêu chí chọn bệnh khác nhau [4].

Nghiên cứu này, với phân bố sỏi STG trái, STG phải và cuối cùng STG hai bên 52,7%; 27,3%, 20%. Ở nước ta, sỏi chủ yếu được hình thành do nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Vì vậy sỏi có thể hình thành ở bất kỳ vị trí nào của đường mật, đặc biệt hay gặp ở các nhánh đường mật gấp góc so với trục đường mật hoặc các vị trí đường mật bị xơ hẹp. Cho nên phân bố STG trái ưu thế hơn phải vẫn là đặc trưng của bệnh lý này [2].

- Khác biệt chẩn đoán hình ảnh (CĐHA) với phẫu thuật: Sự chênh lệch giữa các phương pháp chẩn đoán hình ảnh so với kết quả thực tế trong mổ là có thể chấp nhận được, với phân bố sỏi khá tương đồng với kết quả phẫu thuật. Khó khăn ghi nhận ở các phương pháp CĐHA chung bao gồm các trường hợp sỏi nhỏ, nhiều sỏi, đường mật không giãn, ở siêu âm có thể kể đến các

trường hợp bụng chướng hơi, sỏi OMC đoạn sau tá tràng, còn đối với CT/MRI là các trường hợp OMC giãn lớn, đã nổi mật ruột, dễ nhầm lẫn với trường hợp đã cắt túi mật, tình trạng viêm dính ở mặt dưới gan sau mổ nhiều lần, ngoài ra sỏi tỷ trọng thấp cũng khó phát hiện trên CT/MRI. Cũng có thể kể đến quá trình di chuyển của STG xuống OGC, OMC làm sai lệch kết quả.

- Thời gian phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật kéo dài tương ứng các phẫu thuật phức tạp như nổi mật ruột, cắt gan, và các trường hợp viêm dính do phẫu thuật nhiều lần. Nghiên cứu này, thời gian phẫu thuật trung bình $163,18 \pm 53,5$ phút (80-330 phút). Theo nghiên cứu của Kyung Sook Hong thời gian phẫu thuật trung bình $366,6 \pm 123,7$ phút, nhóm cắt gan, nổi mật ruột và mổ OMC lấy sỏi lần lượt là $405,4 \pm 120,5$, $302,5 \pm 66,7$ và $270,0 \pm 65,5$ phút [6].

- Sốt sỏi và tương quan sỏi sỏi: Sốt sỏi ngay sau mổ được ghi nhận ở 26,4%. Theo các tác giả Âu Mỹ tỷ lệ sốt sỏi là 5-15%. Trong khi ở Đông Nam Á tỷ lệ này cao hơn nhiều do sỏi đa số là nguyên phát, nhiều sỏi, tỷ lệ STG cao [6]. Nghiên cứu của Phạm Văn Cường với tỷ lệ 21,9% [1].

- Sốt sỏi theo phương pháp phẫu thuật:

Nhóm có mổ OMC lấy sỏi có tỷ lệ sốt sỏi từ 12,4% (12/97), mổ OMC lấy sỏi, phối hợp các kỹ thuật khác). Ở nhóm mổ miệng nổi mật - ruột lấy sỏi 28,6% (2/7). Theo Phạm Văn Cường sốt sỏi chiếm 13,13% [1], Nguyễn Đình Hối tỷ lệ này từ 18 - 27% [3]. Tỷ lệ sốt sỏi nếu chỉ với dụng cụ kim Mirizzi còn rất cao, nguyên nhân vì không có các phương tiện hỗ trợ trong mổ, vì vậy sau khi lấy sỏi bằng kỹ thuật kinh điển không hết sỏi, chuyển sang sử dụng các phương tiện hỗ trợ nhằm lấy sỏi một cách tối đa [1].

Nhóm cắt gan có 11,4% (5/44) sốt sỏi, trong khi thì tỷ lệ này ở các nghiên cứu cắt gan đơn thuần theo Kyung Sook Hong là 9,1% [6], Phạm Văn Cường 18,03% [2]. Đa số tác giả đều thống nhất cắt gan là phương pháp điều trị có tỷ lệ sạch sỏi sau mổ cao nhất [1], [6].

Nhóm nổi mật ruột của chúng tôi chỉ có 9 trường hợp, không đánh giá tình trạng sốt sỏi sau mổ. Theo nghiên cứu của Kyung Sook Hong, sốt sỏi sau nổi mật ruột chiếm 25% [6]. Nhóm mổ nhu mô lấy sỏi có 1/18 sốt STG, tỷ lệ sốt sỏi 5,6%, Phạm Văn Cường cho kết quả sốt từ 20-30%, Nguyễn Tiến Quyết cho kết quả 18% [1].

Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi, phối hợp nội soi điện thủy lực và laser tán sỏi 14 trường hợp ghi nhận (1/14=7%) có tình trạng sốt sỏi, tỷ lệ khá cao, phần nào do các trường hợp này sỏi lan tỏa 2 gan. Sốt sỏi từ 18,7% - 33,3% theo nghiên cứu [2]. Tỷ lệ sốt sỏi từ 32,6% - 39,7% theo Phạm Văn Đờm, Thái Nguyên Hưng [1]. Theo Lê Quan Anh Tuấn, điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hàm ống Kehr bằng ống soi mềm tỉ lệ sốt sỏi 9,1%, sỏi tái phát 39,5% [4]. Nghiên cứu này, tỉ lệ tái phát 25,5% thấp hơn nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn. Nghiên cứu này, tỉ lệ sốt sỏi 19,1% cao hơn nghiên cứu của Lê Quan Anh Tuấn.

Tỷ lệ sạch sỏi cao hơn ở nhóm mổ lần đầu, sỏi đơn thuần một bên, cắt gan hoặc phối hợp nhiều phương pháp, đặc biệt là nội soi tán sỏi trong mổ [9]. Tỉ lệ sạch sỏi chung theo Lim là 79% - 91,3%, theo Suzuki là 70,2 - 81,4% [7], [8].

- Tai biến, biến chứng, sốt sỏi, đánh giá kết quả phẫu thuật:

Thực tế tai biến trong mổ của chúng tôi đa phần là 9 trường hợp chảy máu do bóc tách gỡ dính, 1 trường hợp rách đại tràng

ngang do tình trạng viêm dính do phẫu thuật nhiều lần. Các tai biến này đều là các tai biến nhẹ nhàng, kiểm soát ngay trong mổ. Theo Đỗ Trọng Hải có 3 BN thủng tá tràng, Thái Nguyên Hưng có 5 BN tổn thương tá tràng khi gỡ dính [1].

Biến chứng chung sau mổ 27,2%, Hầu hết là các biến chứng nhẹ với 20 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm 18,2%, đa số là nhóm *Klebsiella*, *Enterococcus* và *E.coli* (18/20 trường hợp). Liệt ruột 6 trường hợp, rò mật 3 trường hợp được điều trị nội khoa bảo tồn đáp ứng tốt, tắc ruột 1 trường hợp phải phẫu thuật lại.

Theo Phạm Văn Cường, biến chứng sau mổ thấp, áp xe tồn dư 4/137 (BN), nhiễm khuẩn vết mổ 3/137(BN), tràn dịch màng phổi là 5/137(BN). Không thấy có rò mật hoặc viêm phúc mạc [1].

Thời gian hậu phẫu trung bình $15,36 \pm 4,84$ ngày. Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm: tốt 62,7%, trung bình 27,3%, xấu 10%. Kết quả tốt của chúng tôi, thấp hơn so với Phạm Văn Cường [1], phần nào giải thích vì tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ kèm sỏi sỏi. Tử vong sau mổ của chúng tôi là 0%, tương ứng với nghiên cứu của Phạm Văn Cường là 0% [1].

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán hình ảnh góp phần xác định vị trí sỏi trong gan. Phẫu thuật điều trị sỏi trong gan đạt hiệu quả cao, cần lựa chọn kỹ thuật phù hợp nhất là các trường hợp sỏi nhỏ, lan tỏa hoặc phẫu thuật lại cần phải phối hợp các phương pháp cũng như các phương tiện hỗ trợ trong mổ hợp lý. Kết quả khả quan, biến chứng thấp, giảm tỉ lệ sỏi sỏi và tái phát sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Cường** (2008), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại bệnh viện Việt Đức", Y học thực hành 813, tr. 50-54.
2. **Vũ Việt Đức, Lê Văn Thành và Trần Đức Quý** (2021), "Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da tại bệnh viện Trung ương Quân đội 108", Tạp chí Y học Việt Nam 498 (1/2021), tr. 165-169.
3. **Nguyễn Đình Hối và Nguyễn Mậu Anh** (2012), "Sỏi đường mật trong gan", Sỏi đường mật, Nhà xuất bản Y học.
4. **Lê Quan Anh Tuấn** (2021), "Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm", Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
5. **Lê Văn Thành và Lê Văn Lợi** (2019), "Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật trong và ngoài gan có sử dụng nội soi mềm và ống nối mật - da tại Bệnh viện 108", Tạp chí Y Dược lâm sàng 53, tr. 92-98.
6. **Kyung Sook Hong và các cộng sự** (2011), "Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones", Korean Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. 15(3), tr. 139-145.
7. **Chang-Sup Lim và cộng sự** (2010), "Recent treatment modalities for hepatolithiasis and long-term outcomes", 14, tr 37-45.
8. **Y.Suzuki và cộng sự** (2014), "Hepatolithiasis: analysis of Japanese nationwide surveys over a periode of 40 year", J Hepatobiliary Pancreat Sci. 21(9), tr 617-622.
9. **Ye Yong-Qing et al** (2024), "Evolution of surgical treatment for hepatolithiasis", worl J Gastrointest Surg; 16(12), 3666-3674.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BƯỚC ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC CÓ BẢO TỒN NHÁNH ĐỘNG MẠCH ĐẠI TRÀNG TRÁI SO VỚI PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC THẮT TẬN GỐC TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG SIGMA

Nguyễn Thanh Lâm Phú¹, Nguyễn Phúc Minh^{1,2},
Ngô Trường Hoàng An¹, Đỗ Ngọc Nghĩa¹

TÓM TẮT

Trong điều trị ung thư đại tràng sigma, phẫu thuật vẫn giữ vai trò chủ đạo. Việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật trong điều trị ung thư đại tràng Sigma có vai trò quan trọng trong việc tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu biến chứng. Trong đó, phương pháp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng sigma bảo tồn nhánh động mạch đại tràng trái là một phương pháp mới và được kỳ vọng sẽ duy trì được nguồn cung cấp máu đầy đủ, giúp ngăn ngừa rò rỉ thông nối, liệt ruột và tắc ruột. Tuy nhiên, hiệu quả bước đầu của phương pháp này so với phẫu thuật nội soi cắt trước vốn là phương pháp phẫu thuật phổ biến trong điều trị ung thư đại tràng Sigma vẫn cần được đánh giá.

Mục tiêu

So sánh kết quả điều trị bước đầu giữa hai phương pháp phẫu thuật nội soi cắt trước có bảo tồn nhánh động mạch đại tràng trái và phẫu thuật nội soi cắt trước thắt động mạch mạc treo tràng dưới tận gốc trong điều trị ung thư đại tràng sigma.

Phương pháp nghiên cứu

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Trường Hoàng An
SĐT: 0983989597

Email: ngotruonghoangan@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Nghiên cứu thí điểm cắt ngang được thực hiện trên 26 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng sigma và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân từ 01/2024 đến 01/2025. Nhóm cắt trước bảo tồn động mạch đại tràng trái (nhóm A) gồm 12 bệnh nhân và nhóm cắt trước thắt mạch máu tận gốc (nhóm B) gồm 14 bệnh nhân. Các biến số thu thập gồm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tỷ lệ biến chứng hậu phẫu sớm (trong vòng 30 ngày sau mổ), thời gian trung tiện, thời gian nằm viện, rìa cắt (R0) và số lượng hạch nạo vét.

Kết quả

Nhóm bảo tồn cho thấy: Thời gian phẫu thuật tương đương ($153,75 \pm 28,4$ phút so với $164,6 \pm 53,7$ phút). Lượng máu mất khá tương đồng ($31,7 \pm 14,4$ ml so với $39,6 \pm 30,9$ ml). Tỷ lệ xì dò miệng nối thấp hơn ($8,3\%$ so với $14,3\%$), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian trung tiện nhanh hơn (phục hồi lưu thông tiêu hóa) ($2,0 \pm 0,6$ ngày so với $2,7 \pm 1,7$ ngày). Thời gian nằm viện ngắn hơn ($7,0 \pm 1,0$ ngày so với $8,0 \pm 2,8$ ngày). Rìa cắt (R0) tương đồng nhau (100% so với 95%). Số lượng hạch nạo vét tương đồng nhau ($13,7 \pm 5,6$ hạch so với $15,0 \pm 6,0$ hạch)

Kết luận

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng Sigma bảo tồn nhánh động mạch đại tràng trái mang lại hiệu quả hồi phục chức năng tốt hơn và giảm thiểu nguy cơ mất máu so với phẫu thuật nội soi cắt trước, trong khi vẫn đảm bảo tiêu chí ung thư

học. Kết quả bước đầu này gợi ý rằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng Sigma bảo tồn nhánh động mạch đại tràng trái có thể là một phương pháp an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, bảo tồn động mạch đại tràng trái, ung thư đại tràng sigma.

SUMMARY

EVALUATION OF INITIAL TREATMENT OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION WITH LEFT COLIC ARTERY PRESERVATION VERSUS HIGH LIGATION LAPAROSCOPIC ANTERIOR RESECTION IN SIGMOID COLON CANCER TREATMENT

In sigmoid colon cancer treatment, surgery maintains a primary role. The selection of surgical techniques in treating sigmoid colon cancer plays a crucial role in optimizing treatment efficacy and minimizing complications. Among these, laparoscopic sigmoid colectomy with left colic artery preservation is a new method expected to maintain adequate blood supply, helping prevent anastomotic leakage, intestinal paralysis, and obstruction. However, the initial effectiveness of this method compared to traditional laparoscopic anterior resection, which is the common surgical approach for sigmoid colon cancer, still needs evaluation.

Objective

To compare initial treatment outcomes between laparoscopic anterior resection with left colic artery preservation and laparoscopic anterior resection with high ligation of inferior mesenteric artery in sigmoid colon cancer treatment.

Methods

A cross-sectional pilot study was conducted on 26 patients diagnosed with sigmoid colon

cancer and treated with laparoscopic surgery at Binh Dan Hospital from January 2024 to January 2025. The anterior resection with left colic artery preservation group (Group A) included 12 patients, and the high ligation anterior resection group (Group B) included 14 patients. Variables collected included operation time, blood loss, early postoperative complications (within 30 days post-surgery), time to first flatus, hospital stay duration, resection margin (R0), and number of harvested lymph nodes.

Results

The preservation group showed: Comparable operation time (153.75 ± 28.4 minutes vs 164.6 ± 53.7 minutes). Similar blood loss (31.7 ± 14.4 ml vs 39.6 ± 30.9 ml). Lower anastomotic leakage rate (8.3% vs 14.3%), though not statistically significant. Faster time to first flatus (gastrointestinal recovery) (2.0 ± 0.6 days vs 2.7 ± 1.7 days). Shorter hospital stay (7.0 ± 1.0 days vs 8.0 ± 2.8 days). Similar R0 resection margins (100% vs 95%). Comparable lymph node harvest (13.7 ± 5.6 nodes vs 15.0 ± 6.0 nodes).

Conclusion

Laparoscopic sigmoid colectomy with left colic artery preservation provides better functional recovery and minimizes blood loss compared to anterior resection while maintaining oncological criteria. These initial results suggest that laparoscopic sigmoid colectomy with left colic artery preservation may be a safe and effective method.

Keywords: Laparoscopic surgery, left colic artery preservation, sigmoid colon cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng sigma là một trong những loại ung thư đường tiêu hóa phổ biến. Phẫu thuật triệt căn với nạo hạch D3 là phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh lý

này. Trong phẫu thuật cắt đại tràng sigma, việc xử lý động mạch mạc treo tràng dưới và nhánh động mạch đại tràng trái là một bước quan trọng và còn nhiều tranh cãi. Một số phẫu thuật viên thường thắt gốc động mạch mạc treo tràng dưới và cắt bỏ nhánh động mạch đại tràng trái để nạo hạch triệt để. Tuy nhiên, việc này có thể ảnh hưởng đến tưới máu đại tràng đoạn xa, từ đó làm tăng nguy cơ biến chứng sau mổ, đặc biệt là xì rò miệng nối.

Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã đề xuất kỹ thuật bảo tồn động mạch đại tràng trái trong khi vẫn đảm bảo nguyên tắc nạo hạch D3. Yang và cộng sự (2019)¹ trong một phân tích gộp đã cho thấy những lợi ích tiềm năng của việc bảo tồn mạch máu này. Tuy nhiên, vẫn còn những lo ngại về tính triệt căn về mặt ung thư học của phương pháp này. Mặc dù đã có một số nghiên cứu so sánh hai phương pháp, nhưng các kết quả còn chưa đồng nhất và cần thêm bằng chứng để khẳng định tính hiệu quả và an toàn của việc bảo tồn động mạch đại tràng trái.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả sớm sau 30 ngày giữa nhóm phẫu thuật cắt trước có bảo tồn động mạch đại tràng trái và nhóm phẫu thuật cắt trước thắt mạch máu tận gốc trong điều trị ung thư đại tràng sigma, từ đó đánh giá tính khả thi và hiệu quả của phương pháp bảo tồn mạch máu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân ung thư đại tràng sigma được phẫu thuật cắt trước tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2024 đến tháng 01/2025

Tiêu chuẩn chọn bệnh

• Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại tràng sigma hoặc chỗ nối đại tràng sigma - trực tràng, không thực hiện hóa xạ trị trước mổ.

• $ASA \leq 2$

• Giai đoạn bệnh: II-III theo phân loại TNM (AJCC 8th Edition)²

• Được thực hiện nối ruột ngay sau cắt đoạn đại tràng

Tiêu chuẩn loại trừ

• Không thực hiện nối ruột ngay (phẫu thuật Hartmann)

• Có các bệnh lý nội khoa nặng kèm theo

• Tiền sử phẫu thuật đại trực tràng trước đó

• Không theo dõi đủ 30 ngày sau mổ

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử (nghiên cứu thí điểm), cắt ngang có so sánh nhóm

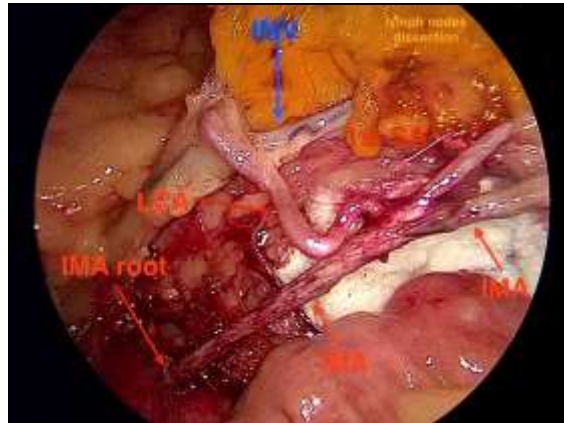
Cỡ mẫu: Tất cả các bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

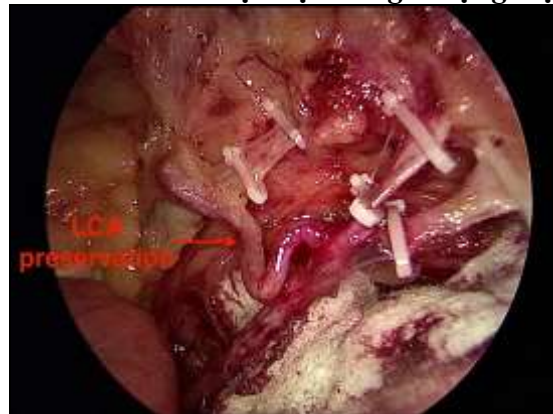
Phân nhóm:

• Nhóm 1: Phẫu thuật cắt trước có bảo tồn động mạch đại tràng trái

• Nhóm 2: Phẫu thuật trước thắt động mạch mạc treo tràng dưới tận gốc



Hình 3. Các nhánh mạch máu của động mạch treo tràng dưới sau khi tiến hành nạo hạch từ gốc động mạch



Hình 4. Bảo tồn nhánh động mạch đại tràng trái

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, phẫu thuật của bệnh nhân

	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Đặc điểm lâm sàng			
Tuổi	64,25 ± 9,3	61,07 ± 14,2	0,503
Đặc điểm phẫu thuật			
Thời gian phẫu thuật (phút)	153,75 ± 28,4	164,6 ± 53,7	0,521
Lượng máu mất (ml)	31,7 ± 14,4	39,6 ± 30,9	0,403
Đặc điểm hậu phẫu			
Thời gian trung tiện lại	2,0 ± 0,6	2,7 ± 1,7	0,048
Thời gian nằm viện	7,0 ± 1,0	8,0 ± 2,8	0,039
Biến chứng sớm sau mổ			
Tỷ lệ biến chứng chung	16,7%	28,6%	0,651
Tỷ lệ xì dò tiêu hóa	8,3%	14,3%	0,629
Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ	8,3%	28,6%	0,033
Tỷ lệ tắc/liệt ruột	0	21,4%	0,044

Đặc điểm giải phẫu bệnh sau mổ			
Số hạch nạo được	13,7 ± 5,6	15,0 ± 6,0	0,572
Tỷ lệ di căn hạch	25%	35,7%	0,548
Diện cắt âm tính	100%	100%	

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tính khả thi và an toàn của kỹ thuật

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật ($153,75 \pm 28,4$ vs $164,6 \pm 53,7$ phút, $p=0,521$) và lượng máu mất ($31,7 \pm 14,4$ vs $39,6 \pm 30,9$ ml, $p=0,403$) giữa hai nhóm. Điều này phù hợp với phân tích gộp mới nhất của Wang và cộng sự (2024)³, cho thấy việc bảo tồn nhánh động mạch mạc trái không làm tăng độ phức tạp của phẫu thuật. Liu và cộng sự (2023)⁴ cũng chỉ ra rằng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi, việc bộc lộ và bảo tồn nhánh mạch máu này là khả thi và an toàn.

4.2. Kết quả sớm sau mổ

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận những ưu điểm rõ rệt của nhóm bảo tồn nhánh mạc trái về phục hồi sau mổ. Thời gian trung tiện lại ($2,0 \pm 0,6$ vs $2,7 \pm 1,7$ ngày, $p=0,048$) và thời gian nằm viện ($7,0 \pm 1,0$ vs $8,0 \pm 2,8$ ngày, $p=0,039$) đều ngắn hơn có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Maruta và cộng sự (2023)⁵, cho thấy việc bảo tồn tuần hoàn máu góp phần cải thiện quá trình hồi phục của bệnh nhân.

Về biến chứng, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ ($8,3\%$ vs $28,6\%$, $p=0,033$) và tỷ lệ tắc/liệt ruột (0% vs $21,4\%$, $p=0,044$) thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm bảo tồn. Điều này có thể được giải thích bởi việc duy trì tưới máu tốt hơn cho đại tràng, như

đã được Hinoi và cộng sự (2013)⁶ đề cập. Tỷ lệ xì dò miệng nối không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm ($8,3\%$ vs $14,3\%$, $p=0,629$), tuy nhiên kết quả này cũng phần nào cho thấy tiềm năng trong việc bảo vệ miệng nối tốt hơn ở nhóm bảo tồn nhánh đại tràng trái.

4.3. Kết quả về mặt ung thư

Về mặt điều trị ung thư, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số hạch nạo được ($13,7 \pm 5,6$ vs $15,0 \pm 6,0$, $p=0,572$) và tỷ lệ di căn hạch (25% vs $35,7\%$, $p=0,548$) không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Zheng và cộng sự (2022)⁷ và phân tích gộp của Yang và cộng sự (2019)¹, khẳng định việc bảo tồn nhánh mạch máu không ảnh hưởng đến tính triệt căn về mặt ung thư. Đặc biệt, tỷ lệ diện cắt âm tính đạt 100% ở cả hai nhóm, đáp ứng tiêu chuẩn điều trị theo AJCC².

4.4. Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi có một số hạn chế cần được ghi nhận. Thứ nhất, đây là một nghiên cứu thí điểm với cỡ mẫu nhỏ ($n=26$). Thứ hai, thời gian theo dõi ngắn (30 ngày) chưa cho phép đánh giá các kết quả dài hạn, đặc biệt là về mặt ung thư học. Điều này cũng được Akagi và cộng sự (2020)⁸ đề cập như một hạn chế chung trong các nghiên cứu về kỹ thuật này. Do đó, cần có các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định những lợi ích của phương pháp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu pilot này cho thấy kỹ thuật bảo tồn nhánh động mạch mạc trái trong phẫu thuật nội soi cắt trước điều trị ung thư đại tràng Sigma là an toàn và khả thi. Phương pháp này không làm tăng thời gian phẫu thuật cũng như lượng máu mất trong mổ.

Về kết quả sớm sau mổ, nhóm bảo tồn nhánh mạc trái có thời gian trung tiện lại và thời gian nằm viện ngắn hơn có ý nghĩa thống kê. Đặc biệt, tỷ lệ các biến chứng như nhiễm trùng vết mổ và tắc/liệt ruột thấp hơn đáng kể so với nhóm cắt trước thông thường.

Về mặt ung thư học, kỹ thuật này không ảnh hưởng đến tính triệt căn của phẫu thuật, thể hiện qua số lượng hạch nạo được và tỷ lệ diện cắt âm tính tương đương giữa hai nhóm.

Tuy nhiên, cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định những lợi ích của phương pháp này, đặc biệt là về kết quả điều trị ung thư lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yang X, Ma P, Zhang X, et al.** Preservation versus non-preservation of left colic artery in colorectal cancer surgery: An updated systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. Feb 2019;98(5): e13720. doi:10.1097/md.00000000000013720
2. **Keung EZ, Gershenwald JE.** The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert review of anticancer therapy*. Aug 2018;18(8): 775-784. doi:10.1080/14737140.2018.1489246
3. **Wang X, Li J, Chen W, Yang Q.** Preserving the left colonic artery in radical sigmoid and rectal cancer surgery is feasible: A meta-analysis. *Medicine*. 2024;103(4): e37026. doi:10.1097/md.00000000000037026
4. **Liu FC, Song JN, Yang YC, Zhang ZT.** Preservation of left colic artery in laparoscopic colorectal operation: The benefit challenge. *World journal of gastrointestinal surgery*. May 27 2023;15(5): 825-833. doi:10.4240/wjgs.v15.i5.825
5. **Maruta H, Tominaga T, Nonaka T, et al.** Efficacy of left colic artery preservation with D3 lymph node dissection in laparoscopic surgery for advanced sigmoid and rectal cancer. *Surgery today*. Dec 2023;53(12): 1335-1342. doi:10.1007/s00595-023-02689-7
6. **Hinoi T, Okajima M, Shimomura M, et al.** Effect of left colonic artery preservation on anastomotic leakage in laparoscopic anterior resection for middle and low rectal cancer. *World journal of surgery*. Dec 2013; 37(12):2935-43. doi:10.1007/s00268-013-2194-3
7. **Zheng H, Li F, Xie X, Zhao S, Huang B, Tong W.** Preservation versus nonpreservation of the left colic artery in anterior resection for rectal cancer: a propensity score-matched analysis. *BMC Surgery*. 2022/05/10 2022;22(1):164. doi:10.1186/s12893-022-01614-y
8. **Akagi T, Inomata M, Hara T, et al.** Clinical impact of D3 lymph node dissection with left colic artery (LCA) preservation compared to D3 without LCA preservation: Exploratory subgroup analysis of data from JCOG0404. *Ann Gastroenterol Surg*. Mar 2020;4(2):163-169. doi:10.1002/ags3.12318

KINH NGHIỆM BAN ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT BƯỚU BẢO TỒN THẬN TƯ THẾ NẪM SẤP ĐỐI VỚI BƯỚU THẬN CT1 CỰC TRÊN MẶT SAU

Hoàng Thiên Phúc¹, Nguyễn Tăng Duy¹,
Nguyễn Xuân Hoàng¹, Nguyễn Ngọc Châu¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Trong những thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bướu bảo tồn thận đã trở nên phổ biến hơn đối với khối thận cT1 (<7cm) với lượng máu mất ít hơn, ít biến chứng hơn so với phẫu thuật mở với cùng kết quả về mặt ung thư học. Đối với khối thận cực trên mặt sau, PTNS cắt bướu bảo tồn thận có thể được thực hiện xuyên phúc mạc hoặc sau phúc mạc. PTNS sau phúc mạc ở tư thế nằm sấp có ưu điểm là tiếp cận trực tiếp rốn thận và bướu thận cực trên mặt sau mà không cần di động các cơ quan trong phúc mạc giúp thời gian phẫu thuật ngắn hơn và lượng máu mất ít hơn.

Trường hợp lâm sàng: Trường hợp (TH) 1 là bệnh nhân (BN) nữ 34 tuổi, khám vì bướu thận trái, chụp MSCT cho thấy tổn thương dạng khối ở cực trên mặt sau thận trái, kích thước khoảng 54x52x44mm. TH 2 là BN nam, 36 tuổi, khám vì có bướu thượng thận phải, MSCT cho thấy bướu thượng thận phải 40x55 mm và bướu cực trên thận phải 42x33mm.

Can thiệp và kết quả: Hai BN được PTNS sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận ở tư thế nằm sấp với 3 trocar. Thời gian phẫu thuật của 2 TH

lần lượt là 100 và 130 phút. Lượng máu mất ước tính là 20 và 100 ml, thời gian thiếu máu nóng lần lượt là 20 và 25 phút. Không có TH nào có biến chứng trong và sau mổ với diện cắt bướu thận âm tính.

Kết luận: PTNS sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận ở tư thế nằm sấp là một chọn lựa khả thi đối với bướu thận cực trên mặt sau. Mục đích bài báo cáo này nhằm chia sẻ kinh nghiệm ban đầu của chúng tôi trong PTNS sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận ở tư thế nằm sấp đối với bướu thận cực trên mặt sau cT1.

Từ khóa: bướu thận, tư thế nằm sấp, phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận

SUMMARY

INITIAL EXPERIENCE OF ADULT PRONE RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR CT1 POSTERIOR UPPER-POLE RENAL MASSES

Introduction: In the last decades, laparoscopic partial nephrectomy has recently become more popular for cT1 (≤ 7 cm) renal masses with less blood loss, fewer complication than open surgery, and comparable oncologic and functional outcomes. For posterior upper-pole renal masses, laparoscopic partial nephrectomy may be performed either transperitoneal or retroperitoneal approach. Retroperitoneal laparoscopy in the prone position has the advantage of direct approach to the renal

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thiên Phúc

SĐT: 0903754174

Email: bschoangthienphuc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

hilum and the posterior upper-pole renal masses without mobilizing adjacent structures justifying the shorter operative time and lower blood loss.

Patient concerns: Case 1 was a 34-year-old woman with left kidney tumor, CT scan showed a mass lesion at the posterior upper-pole of the left kidney, about 54x52x44mm in size. Case 2 was a 36-year-old man with right adrenal tumor, CT scan showed 40x55 mm right adrenal mass and 42x33mm upper-pole mass of the right kidney.

Interventions and outcomes: Two patients underwent retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy in the prone position with 3 trocars. The operative time of two cases was 100 and 130 minutes, respectively. The blood loss was estimated at 20 and 100 ml, warm ischemia time was 20 and 25 minutes for case 1, 2 respectively. There were no cases of intra- and post-operative complications with negative margins.

Conclusion: Prone retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy is a possible option for selected tumours. The aim of this report is to review the outcome of our initial experience in performing retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy in the prone position for cT1 posterior upper-pole renal masses.

Keywords: Renal masses, prone position, laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy.

I. MỞ ĐẦU

Phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong bướu thận cT1 và đang dần mở rộng trong các loại bướu phức tạp hơn^{1,2}. Với kết quả về mặt ung thư học giống nhau, thời gian hồi phục sớm hơn, giảm lượng máu mất, ít biến chứng vết mổ mà phẫu thuật cắt bướu thận dần chuyển dịch từ mổ hở sang phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Trong đó, phẫu thuật nội

soi cắt bướu thận đã được áp dụng rộng rãi trên toàn thế giới.

Đối với bướu cực trên thận, PTNS cắt bướu thận có thể áp dụng hai hướng tiếp cận là xuyên phúc mạc và sau phúc mạc. PTNS xuyên phúc mạc được ứng dụng phổ biến, tuy nhiên việc bộc lộ rốn thận khó và phải di động đại tràng và gan hoặc lách, dễ gây tổn thương các cơ quan trong ổ bụng. Trong khi đó, PTNS sau phúc mạc giúp tiếp cận rốn thận nhanh hơn, giảm thời gian di động các cơ quan trong ổ bụng. Ngoài ra, PTNS sau phúc mạc tư thế nằm sấp giúp thận ngã về phía bụng, việc tiếp cận bướu thận cực trên dễ dàng hơn.

Năm 2006, tác giả Benjamin Davies đã báo cáo kinh nghiệm một ca PTNS cắt bướu bảo tồn thận sau phúc mạc tư thế nằm sấp đầu tiên, mở ra nhiều triển vọng trong tương lai về tiếp cận bướu thận mặt sau³. Trên thế giới, PTNS tư thế nằm sấp đã được ứng dụng trong cắt bướu tuyến thượng thận⁴⁻⁶. Trong quá trình triển khai PTNS cắt bướu tuyến thượng thận tư thế nằm sấp, chúng tôi ghi nhận góc nhìn phẫu thuật tuyến thượng thận tương ứng với bướu thận cực trên, nên từ đó, chúng tôi tiến hành đánh giá ban đầu trong PTNS tư thế nằm sấp cắt bướu thận cực trên.

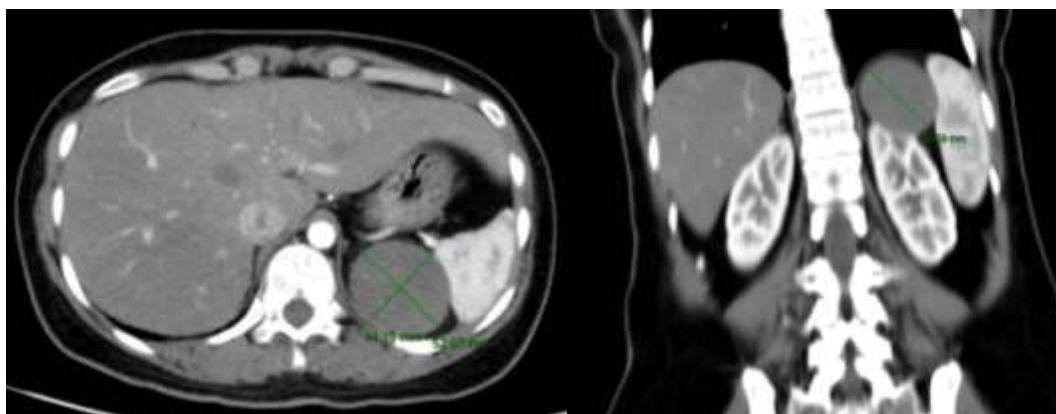
II. TRƯỜNG HỢP

2.1. Trường hợp thứ nhất

Một bệnh nhân nữ, 34 tuổi, đến khám vì đau âm ỉ hông trái trong vòng 1 tháng, bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý nội khoa hay can thiệp ngoại khoa trước đây. Những xét nghiệm thường qui ban đầu cho thấy kết quả bình thường. BN được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cho thấy một tổn thương dạng khối ở vị trí mặt sau cực trên thận trái kích thước khoảng 54x52x44mm, đậm độ 20 HU (Hình 1). Bệnh nhân được chẩn đoán bướu

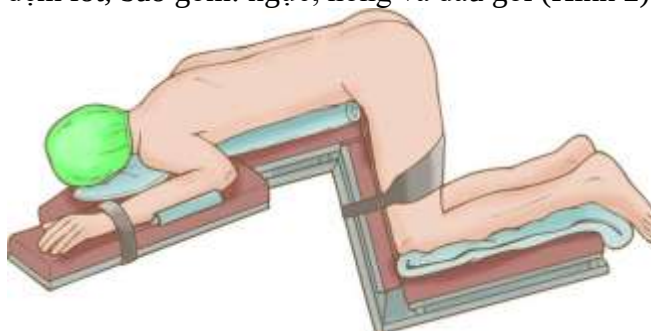
thận trái giai đoạn cT1bN0M0 và được chỉ định PTNS cắt buồng bảo tồn thận trái. Vì vị trí bướu thận nằm ở cực trên, mặt sau thận

nên chúng tôi quyết định tiến hành PTNS cắt buồng thận tư thế nằm sấp.



Hình 1. Hình ảnh MSCT cho thấy hình ảnh bướu thận ở cực trên thận trái với kích thước 54x52x44mm

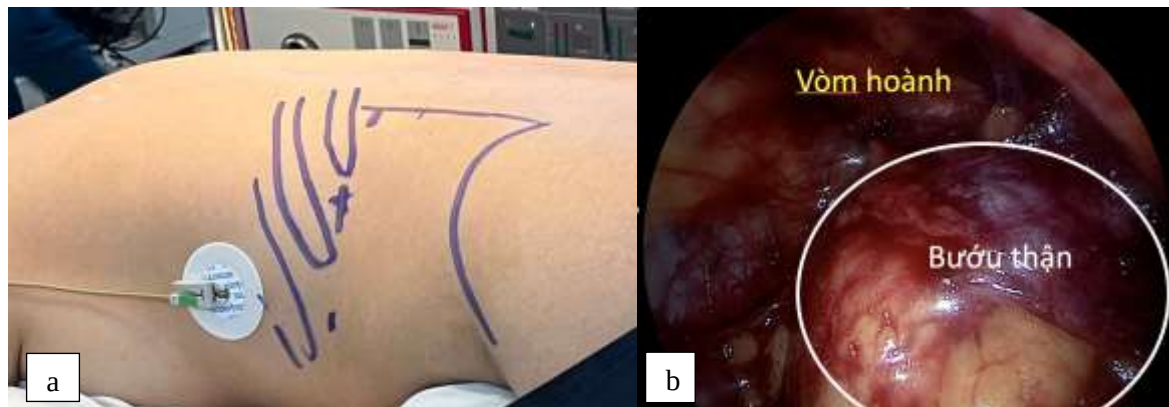
Sau khi được gây mê toàn thân, BN được đặt tư thế nằm sấp. Hai tay gấp ở khuỷu tay và quay sấp. Hông và đầu gối uốn cong một góc 90 độ. Tất cả các điểm chịu áp lực phải được đệm lót, bao gồm: ngực, hông và đầu gối (Hình 2).



Hình 2. Tư thế phẫu thuật Jackknife trong phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, tiếp cận sau phúc mạc⁷

Cách vào trocar: Rạch một đường ngang dài 1,5 cm ngay dưới đầu xương sườn thứ 12. Đặt trocar 10 mm, bơm CO₂ vào khoang sau phúc mạc, duy trì áp suất CO₂ ở mức 15-18 mmHg, tiếp tục bóc tách bằng đầu camera theo hướng lên trên và vào trong, Sau khi thấy rõ cơ thắt lưng, cách trocar đầu từ 4 đến 5 khoát ngón tay vào bên trong và dưới xương sườn. Đặt trocar 10 mm theo quan sát của camera theo hướng lên trên, khi vào

trocar nên chú ý tránh tổn thương dây thần kinh dưới sườn. Tiếp tục mở rộng khoang sau phúc mạc theo hướng ra ngoài. Tiếp tục vào trocar 5mm bên ngoài, cách trocar đầu khoảng 4 khoát ngón tay, vùng này cần chú ý quan sát cẩn thận tránh thủng phúc mạc, tổn thương tạng rỗng. Phẫu thuật nội soi được tiến hành với trocar camera ở cạnh cột sống, 2 trocar thao tác nằm phía ngoài (Hình 3a).

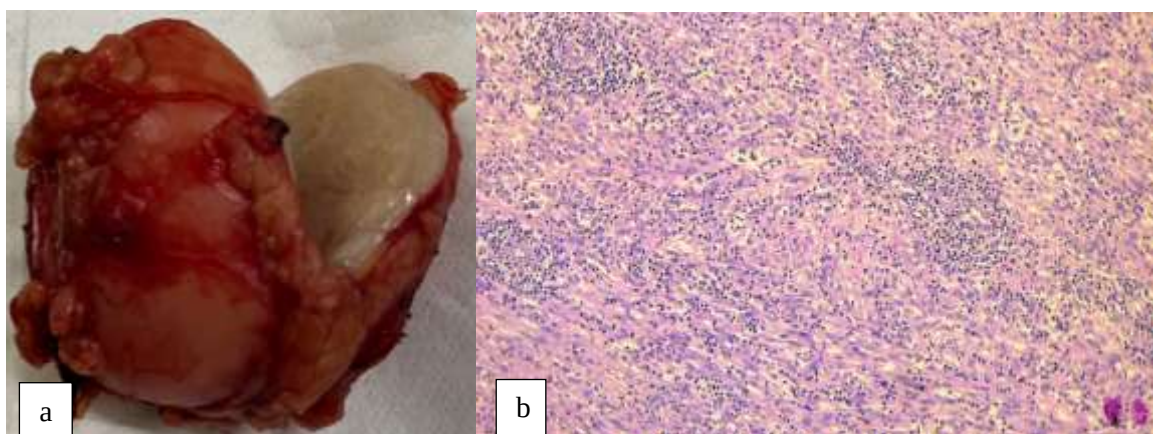


**Hình 3. Vị trí đặt trocar phẫu thuật (a),
hình ảnh phẫu thuật khi tiếp cận bướu thận trái (b)**

Sau khi đặt 3 trocar vào các vị trí đã mô tả, tiến hành mở cân Gerota, bộc lộ rộng rãi khoang sau phúc mạc về hướng cực trên của thận để tiếp cận bướu thận trái (Hình 3b). Bóc tách mỡ xung quanh khối bướu tạo điều kiện thuận lợi cho việc khâu chủ mô thận sau cắt khối bướu. Sau khi bộc lộ rõ bướu, chúng tôi xác định và bộc lộ rốn thận, tìm và kẹp động mạch thận bằng kẹp Bulldog. Dưới góc nhìn trực diện, không cần thao tác nâng thận, chúng tôi tiến hành bóc nhân bướu thận trái và khâu chủ mô thận một lớp liên tục bằng chỉ Vicryl 1-0 và kẹp hemolok. Sau khi khâu kín chủ mô thận, kẹp Bulldog được mở và lấy ra ngoài. Kiểm tra cầm máu và đánh giá

toàn thể, lấy bệnh phẩm ra ngoài bằng túi đựng, đặt dẫn lưu và khâu da. Thời gian phẫu thuật là 105 phút, thời gian thiếu máu nóng là 20 phút, lượng máu mất ước tính là 20 mL. BN sau mổ diễn tiến tốt và được rút thông dẫn lưu vào ngày hậu phẫu 3.

Về mặt đại thể, khối u có vỏ bao mỏng, mặt cắt u đặc chắc, màu trắng xám, kích thước 55x55x45mm (Hình 4a). Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy bướu dạng niêm, được cấu tạo bởi nhiều tế bào hình thoi dạng nguyên bào sợi cơ, kèm theo nhiều tế bào viêm, diện cắt âm tính R0, chẩn đoán u nguyên bào sợi cơ viêm (Hình 4b).



**Hình 4. Khối u có vỏ bao mỏng, mặt cắt u đặc chắc, kích thước 55x55x45mm (a),
kết quả giải phẫu bệnh lý là u nguyên bào sợi cơ viêm tại thận (b)**

2.2. Trường hợp thứ hai

Bệnh nhân nam 36 tuổi nhập viện vì phát hiện tình cờ bướu thận phải khi tái khám điều trị tăng huyết áp định kỳ, BN không đau bụng, không sốt, tiêu tiểu bình thường. Kết quả MSCT ghi nhận có u đặc thận phải chưa loại trừ RCC kích thước 33x42 mm, vị trí mặt sau cực trên thận phải. Với vị trí tương tự như ca trên, chúng tôi tư vấn BN và tiến hành PTNS cắt bướu tư thế nằm sấp.

Quá trình phẫu thuật: chúng tôi đặt BN tư thế nằm sấp như trường hợp trên. Sau khi kẹp động mạch bằng bulldog, với kích thước bướu khoảng 33x42 mm, chúng tôi tiến hành cắt bướu bằng kéo, khâu đáy bướu bằng chỉ V-lok 3-0, khâu chủ mô thận bằng chỉ Vicryl 1-0 và hemolok. Thời gian phẫu thuật là 100 phút, lượng máu mất được ghi nhận là 100ml và thời gian thiếu máu nóng là 25 phút.

Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu ở hậu phẫu ngày 4 và xuất viện vào ngày hậu phẫu 6 với kết quả giải phẫu bệnh là carcinôm tế bào thận loại tế bào sáng GRAD 2 theo WHO / ISUP 2016, chưa xâm lấn vỏ bao, rìa diện cắt không có tế bào ác tính.

III. BÀN LUẬN

Cùng với sự phát triển các kỹ thuật xâm lấn tối thiểu, dân số ngày càng già hoá, tăng tình trạng bệnh thận mạn, phẫu thuật bảo tồn thận trở nên cấp thiết trong điều trị bướu thận.

Với không gian phẫu thuật rộng rãi, PTNS cắt bướu thận xuyên phúc mạc thấy được các mốc giải phẫu thân thuộc với phẫu thuật viên. Trong khi đó, PTNS cắt một phần thận sau phúc mạc cho một không gian phẫu thuật nhỏ hơn nhưng với việc tiếp cận rốn thận trực diện, bóc tách dễ dàng, và khoang sau phúc mạc chèn ép hiệu quả trong chảy máu sau phẫu thuật và tránh viêm phúc mạc trong những trường hợp rò nước tiểu^{8,9}. Đặc biệt, tiếp cận bướu thận mặt sau tỏ ra ưu thế với PTNS cắt một phần thận sau phúc mạc¹⁰⁻¹².

Các tài liệu nghiên cứu PTNS cắt một

phần thận sau phúc mạc đều ở tư thế nghiêng, tiếp cận mặt bên vùng sau phúc mạc. PTNS sau phúc mạc tư thế nằm sấp được ứng dụng trong cắt tuyến thượng thận⁴⁻⁶, trong khi đó chúng tôi chỉ ghi nhận một trường hợp PTNS cắt một phần thận sau phúc mạc tư thế nằm sấp của tác giả Benjamin Davies, năm 2006, tác giả cũng ghi nhận nhiều điểm thuận lợi như đã đề cập trước đó³.

Tư thế phẫu thuật nằm trong trong phẫu thuật cắt bướu thận mặt sau cực trên cho thấy nhiều ưu điểm. PTNS sau phúc mạc giúp tiếp cận rốn thận một cách trực diện mà không cần di động đại tràng, tránh tổn thương ruột, giúp hậu phẫu sớm có nhu động ruột, hồi phục sau phẫu thuật sớm hơn phẫu thuật xuyên phúc mạc. Ngoài ra tư thế nằm sấp giúp thận ngã về phía bụng, việc phẫu thuật về phía mặt sau thận trở nên dễ dàng hơn, không cần thêm dụng cụ nâng đỡ thận trong lúc cắt bướu thận. Chính vì những ưu điểm như trên và với kinh nghiệm phẫu thuật tư thế nằm sấp trong cắt bướu tuyến thượng thận, kết quả phẫu thuật trên trường hợp này có nhiều điểm khác biệt với trường hợp báo cáo của tác giả tác Benjamin Davis³, thời gian phẫu thuật của chúng tôi là thấp hơn lần lượt là 105 phút và 100 phút so với tác giả Benjamin là 326 phút. Lượng máu mất của chúng tôi lần lượt là 20 phút và 100 mL so với tác giả Benjamin là 100 mL.

Đối với bướu mặt sau cực trên thận, PTNS sau phúc mạc tư thế nằm sấp cho góc nhìn trực diện bướu, với áp lực CO2 cao 15-20mmHg giúp phẫu trường rộng hơn và hạn chế việc chảy máu. Tiếp cận rốn thận nhanh cũng là ưu điểm phẫu thuật sau phúc mạc. Từ đó, PTNS sau phúc mạc tư thế nằm sấp đối với bướu cực trên có thời gian phẫu thuật ngắn và mất ít máu, hồi phục sau mổ sớm hơn vẫn đạt được kết quả ung thư học.

Việc chuyển phương pháp trong quá trình phẫu thuật nội soi cắt bướu thận tư thế nằm

sắp có thể xuất phát từ nhiều yếu tố như chảy máu khó kiểm soát, kích thước bướu lớn, bướu xâm lấn, hoặc có nhiều mô mỡ quanh thận,... Quyết định chuyển sang phẫu thuật nội soi xuyên phúc mạc hoặc mổ mở phụ thuộc vào phương án dự phòng của ekip phẫu thuật viên và lý do phải chuyển đổi phương pháp, với mục tiêu đảm bảo an toàn và hiệu quả điều trị trong từng trường hợp cụ thể.

IV. KẾT LUẬN

Tuỳ thuộc vào vị trí và kích thước bướu thận mà chúng ta cần có những cách tiếp cận phù hợp trên từng bệnh nhân. Chúng tôi thấy rằng PTNS sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận tư thế nằm sấp phù hợp trên các bướu mặt sau cực trên thận với ưu điểm thời gian phẫu thuật ngắn, ít mất máu, hồi phục sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Campbell S, Uzzo RG, Allaf ME, et al.** Renal Mass and Localized Renal Cancer: AUA Guideline. *J Urol.* Sep 2017;198(3): 520-529. doi:10.1016/j.juro.2017.04.100
2. **Amparore D, Pecoraro A, Piramide F, et al.** Comparison between minimally-invasive partial and radical nephrectomy for the treatment of clinical T2 renal masses: results of a 10-year study in a tertiary care center. *Minerva Urol Nephrol.* Aug 2021;73(4):509-517. doi:10.23736/s2724-6051.21.04390-1
3. **Davies B, Bassett JC, Jackman SV.** Adult prone retroperitoneal partial nephrectomy: initial experience. *Urology.* Jun 2006;67(6): 1285-6. doi:10.1016/j.urology.2005.12.028
4. **Domínguez A, Muñoz-Rodríguez J, Prera Á, González JL, De Verdonces L, Prats J.** [Posterior Retroperitoneoscopic adrenalectomy in the prone position. Initial experience.]. *Arch Esp Urol.* Nov 2021;74(9): 859-866. Suprarrenalectomía retroperitoneoscópica en decúbito prono. Experiencia inicial.
5. **Han JH, Lee BC, Park YM, Jung HJ, Kim D-i, Choi JB.** Initial experience with laparoscopic posterior retroperitoneal adrenalectomy in single tertiary center. *Korean J Clin Oncol.* 12 2021;17(2):90-95. doi:10.14216/kjco.21014
6. **Taskin HE, Siperstein A, Mercan S, Berber E.** Laparoscopic posterior retroperitoneal adrenalectomy. *J Surg Oncol.* Oct 1 2012;106(5):619-21. doi:10.1002/jso. 23219
7. **Rothrock JC.** Alexander's care of the patient in surgery. 14th ed ed. St. Louis, MO: Mosby; 2011.
8. **Marconi L, Challacombe B.** Robotic Partial Nephrectomy for Posterior Renal Tumours: Retro or Transperitoneal Approach? *Eur Urol Focus.* Sep 2018;4(5):632-635. doi:10.1016/j.euf.2018.08.003
9. **Rassweiler JJ, Klein J, Tschada A, Gözen AS.** Laparoscopic retroperitoneal partial nephrectomy using an ergonomic chair: demonstration of technique and matched-pair analysis. *BJU Int.* Feb 2017;119(2):349-357. doi:10.1111/bju.13627
10. **Wright JL, Porter JR.** Laparoscopic partial nephrectomy: comparison of transperitoneal and retroperitoneal approaches. *J Urol.* Sep 2005;174(3): 841-5. doi:10.1097/01.ju.0000169423.94253.46
11. **Ng CS, Gill IS, Ramani AP, et al.** Transperitoneal versus retroperitoneal laparoscopic partial nephrectomy: patient selection and perioperative outcomes. *J Urol.* Sep 2005;174(3): 846-9. doi:10.1097/01.ju.0000169259.49754.02
12. **Kieran K, Montgomery JS, Daignault S, Roberts WW, Wolf JS, Jr.** Comparison of intraoperative parameters and perioperative complications of retroperitoneal and transperitoneal approaches to laparoscopic partial nephrectomy: support for a retroperitoneal approach in selected patients. *J Endourol.* Jul 2007;21(7):754-9. doi:10.1089/end.2007.0337

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VI PHẪU CỘT TĨNH MẠCH TINH TRÊN NAM GIỚI VÔ TINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Hồ Vĩnh Phước^{1,2},
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Trần Vĩnh Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị của vi phẫu cột tinh mạch tinh trên nam giới vô tinh không bế tắc kèm giãn tĩnh mạch tinh. Các kết cục của nghiên cứu bao gồm tỷ lệ thu được tinh trùng xuất tinh, tỷ lệ thu được tinh trùng tính chung (bao gồm tinh trùng xuất tinh và tinh trùng tinh hoàn) và tỷ lệ có thai.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu can thiệp tại Khoa Nam Học, Bệnh viện Bình Dân, từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023. Người bệnh được sinh thiết hai tinh hoàn và vi phẫu cột tinh mạch tinh hai bên. Sau phẫu thuật, người bệnh được theo dõi ít nhất 12 tháng, thử tinh dịch đồ mỗi 3 tháng để tìm tinh trùng xuất tinh. Người bệnh có thể lựa chọn phương pháp vi phẫu tìm tinh trùng tinh hoàn nếu không có tinh trùng xuất tinh. Người bệnh được ghi nhận về khả năng tìm thấy tinh trùng xuất tinh, tinh trùng tinh hoàn và người nữ có thai.

Kết quả: Có 102 người bệnh được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ thu được tinh trùng xuất tinh là 25,5%. Tổng tỷ lệ thu được tinh trùng tính chung (bao gồm tinh trùng xuất tinh và tinh trùng tinh

hoàn) đạt 36,3%. Tỷ lệ có thai tính chung, bao gồm có thai tự nhiên và hỗ trợ sinh sản là 7,84%.

Kết luận: Vi phẫu cột tinh mạch tinh mang đến cơ hội thu được tinh trùng xuất tinh, tinh trùng tinh hoàn và có thai sinh học cho người bệnh vô tinh không bế tắc kèm giãn tĩnh mạch tinh.

Từ khóa: vô tinh không bế tắc, giãn tĩnh mạch tinh, vi phẫu cột tinh mạch tinh, vô sinh.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF MICROSURGICAL VARICOCELECTOMY IN AZOOSPERMIC MEN AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment effectiveness of microsurgical ligation of spermatic veins in men with non-obstructive azoospermia (NOA) and varicocele. The study outcomes include the ejaculated sperm retrieval rate, the total sperm retrieval rate (including ejaculated sperm and testicular sperm) and the pregnancy rate.

Materials and Methods: A prospective clinical interventional study at the Department of Andrology, Binh Dan Hospital, from February 2022 to June 2023. Patients underwent bilateral testicular biopsies and bilateral microsurgical ligation of spermatic veins. After surgery, patients were followed for at least 12 months, with semen analysis performed every 3 months to find ejaculated sperm. Patients could choose a microsurgical method to find testicular sperm if

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Vĩnh Phước
SĐT: 0989212535

Email: nguyenvinhphuoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

there was no ejaculated sperm. Patients were recorded for the ability to find ejaculated sperm, testicular sperm and the female partner became pregnant.

Results: 102 patients were included in the study. The ejaculated sperm retrieval rate was 25.5%. The total sperm retrieval rate (including ejaculated sperm and testicular sperm) was 36.3%. The overall pregnancy rate, including natural and assisted conception, was 7.8%.

Conclusion: Bilateral microsurgical varicocelectomy provides the opportunity to obtain ejaculated sperm, testicular sperm and achieve biological pregnancy in patients with NOA and varicocele.

Keywords: Varicocele, microsurgical varicocelectomy, non-obstructive azoospermia.

I. GIỚI THIỆU

Vô tinh (azoospermia) là tình trạng không có tinh trùng trong cận lắng ly tâm tinh dịch ít nhất hai lần thử, chiếm 1% nam giới và 15% nam giới vô sinh [1]. Các nhà lâm sàng phân loại vô tinh thành hai nhóm: vô tinh bế tắc (OA) và vô tinh không bế tắc (NOA) [2].

Giãn tĩnh mạch tinh (varicocele) là một yếu tố liên quan đến vô sinh nam, được phát hiện ở 4%-13% nam giới NOA hoặc thiếu tinh nặng [3]. Phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh (varicocelectomy) được ghi nhận giúp thu được tinh trùng xuất tinh và tăng tỷ lệ trích xuất tinh trùng tinh hoàn [4,5,6]. Từ đó, kỹ thuật này mang đến cơ hội có con sinh học cho nam giới NOA [6].

NOA chiếm 60% tổng số ca vô tinh [2]. Nguyên nhân bệnh sinh của NOA có thể do rối loạn sản xuất tinh trùng trong tinh hoàn và là một thách thức điều trị vô sinh hiện nay [2]. Nhiều nghiên cứu về NOA tập trung vào cơ chế bệnh sinh, khả năng thu tinh trùng, tỷ

lệ có thai và các phương pháp tối ưu điều trị khác [5,6].

Tại Việt Nam, điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng nhiều phương pháp như can thiệp mạch, nội soi ổ bụng hoặc mổ mở đã được báo cáo bởi nhiều tác giả, ghi nhận cải thiện tinh dịch đồ sau phẫu thuật [7,8]. Tuy nhiên, phần lớn nghiên cứu tập trung vào nhóm thiếu tinh hoặc nhược tinh, vẫn còn cần thêm dữ liệu về nhóm vô tinh không bế tắc (NOA).

Để góp phần bổ sung các chứng cứ khoa học, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả vi phẫu thuật cột tĩnh mạch tinh trên nam giới vô tinh không bế tắc kèm giãn tĩnh mạch tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nghiên cứu bao gồm 102 người bệnh vô tinh không bế tắc kèm giãn tĩnh mạch tinh, điều trị tại Khoa Nam Học, Bệnh viện Bình Dân, TP.Hồ Chí Minh, Việt Nam. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Nghiên cứu tuyển chọn theo các tiêu chuẩn bao gồm: nam giới được chẩn đoán vô tinh không bế tắc (NOA), kèm giãn tĩnh mạch tinh, đã thực hiện đầy đủ xét nghiệm, trải qua sinh thiết tinh hoàn hai bên và vi phẫu cột tĩnh mạch tinh. Vợ của người bệnh được khám và xác định có khả năng sinh sản bình thường và người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Nghiên cứu loại trừ người bệnh trong mẫu nếu có: vô tinh bế tắc (bất sản ống dẫn tinh, tắc nghẽn mắc phải), bất thường tinh hoàn (tinh hoàn ẩn, tiền sử quai bị, chấn thương, hóa trị, xạ trị), rối loạn nội tiết (tăng prolactin, suy sinh dục do giảm

gonadotropin), bất thường di truyền (hội chứng Klinefelter, vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y), nhiễm trùng sinh dục hoặc mất liên lạc, không tái khám trong thời gian theo dõi.

Phương pháp:

Người bệnh đều được thực hiện cùng một phương pháp phẫu thuật gồm sinh thiết hai tinh hoàn và cột tĩnh mạch tinh giãn hai bên vi phẫu bẹn-bìu theo tác giả Nguyễn Thành Như (2010) [7]. Các bước quan trọng của kỹ thuật này bao gồm:

+ Người bệnh được gây tê tùy sống, nằm ngửa, hai chân duỗi;

+ Rạch da theo đường giữa bìu, lần lượt mở bao tinh mạc mỗi bên. Tiến hành thám sát từng bên tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh trong bìu. Ghi nhận về thể tích tinh hoàn, độ căng của mào tinh, tình trạng ống dẫn tinh.

+ Sinh thiết hai tinh hoàn: quan sát đại thể mô tinh hoàn, sau đó cố định hai mẫu thử trong từng lọ riêng biệt. Nếu có giãn tĩnh mạch tinh kèm theo, cột các tĩnh mạch vùng bìu và thừng tinh hai bên. Đóng bìu ba lớp: bao tinh mạc, các lớp cơ bìu và khâu da bằng chỉ thích hợp.

+ Rạch da vùng bẹn theo nếp da, cách củ mu 1-2 cm, trên đường đi của thừng tinh. Rạch mở cân cơ chéo ngoài theo hướng sợi cân. Bộc lộ thừng tinh, giải phóng thần kinh chậu bẹn và nhánh sinh dục của thần kinh sinh dục-đùi khỏi thừng tinh.

+ Rạch mở lần lượt bao xơ tinh ngoài và tinh trong. Bộc lộ các tĩnh mạch tinh trong và tinh ngoài, thuộc đám rối dây leo trong thừng tinh. Lần lượt cột các tĩnh mạch tinh bằng chỉ silk không tan 3.0. Chú ý bảo toàn ống dẫn tinh, các động mạch tinh và hệ thống bạch mạch thừng tinh. Có thể sử dụng kính hiển vi hoặc kính lúp có độ phóng đại 3x đến 3,5x trong quá trình bộc lộ các thành phần trong thừng tinh.

+ Tiến hành đóng cân cơ chéo lớn, cân và mỡ dưới da và khâu dưới da.

Hậu phẫu, người bệnh được ghi nhận nếu có các biến chứng như: tụ máu bìu, teo tinh hoàn, tràn dịch tinh mạc và các biến chứng khác nếu có. Người bệnh tái khám mỗi ba tháng, được xét nghiệm tinh dịch đồ. Tình trạng có thai tự nhiên hoặc nhờ hỗ trợ sinh sản (HTSS) với tinh trùng xuất tinh của cặp đôi được ghi nhận.

Sau 12 tháng hậu phẫu, những trường hợp không có tinh trùng xuất tinh được tư vấn lựa chọn vi phẫu tìm tinh trùng tinh hoàn (micro-TESE) và phối hợp với hỗ trợ sinh sản nếu thu được tinh trùng. Nếu người bệnh có thai bằng tinh trùng tinh hoàn, dữ liệu này cũng được ghi nhận vào kết quả nghiên cứu.

Phương pháp phân tích số liệu:

Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 22.0 và trình bày trên Microsoft Word 2010.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Hội đồng Y đức Bệnh viện Bình Dân phê duyệt (mã số 887/HĐĐĐ-BVBD).

Người bệnh được tư vấn đầy đủ về lợi ích, nguy cơ, chi phí và ký giấy đồng thuận trước phẫu thuật. Sau mổ, họ được theo dõi và tư vấn hướng điều trị nếu không có tinh trùng.

Thông tin cá nhân được bảo mật, nghiên cứu hoàn toàn phục vụ mục đích khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm người bệnh

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là $31,88 \pm 4,94$ tuổi, dao động từ 25 đến 45 tuổi. Thời gian mong con trung bình là $16,49 \pm 16,21$ tháng, trong đó có những trường hợp chờ đợi trên 5 năm nhưng chưa có con.

Về đặc điểm tinh hoàn, thể tích tinh hoàn trước phẫu thuật dao động từ 5 ml đến 12 ml, với giá trị trung bình là $8,01 \pm 1,84$ ml. Điều này phản ánh sự suy giảm kích thước tinh hoàn ở nhóm người bệnh vô tinh không bế tắc.

Ngoài ra, nồng độ FSH huyết thanh trước phẫu thuật trung bình là $14,31 \pm 10,16$ mIU/ml, một số trường hợp có nồng độ FSH cao hơn ngưỡng bình thường.

Phân bố tình trạng giãn tĩnh mạch tinh trong nhóm dân số nghiên cứu như sau: 23,5% giãn tĩnh mạch tinh độ 1, 40,2% độ 2 và 36,3% độ 3. Đây là một tỷ lệ đáng chú ý, cho thấy phần lớn người bệnh trong nghiên cứu có tình trạng giãn tĩnh mạch tinh mức độ trung bình đến nặng.

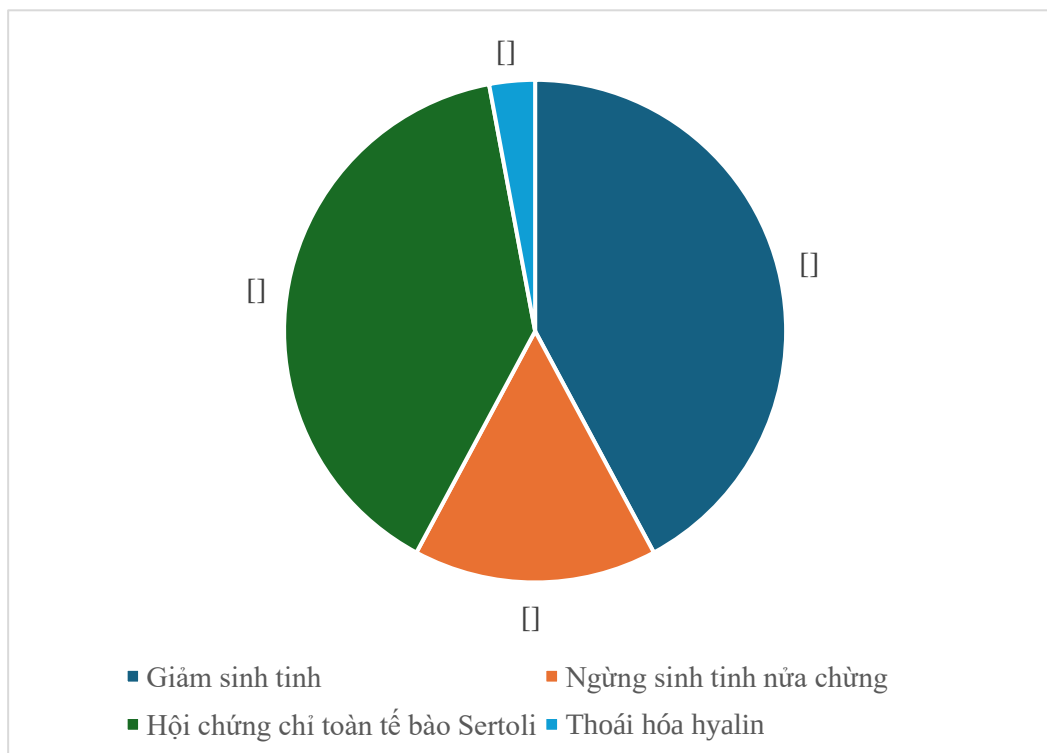
Hậu phẫu ghi nhận 1 trường hợp biến chứng tụ máu bìu, người bệnh được thoát lưu máu tụ, diễn tiến ổn định đến xuất viện.

Mô học tinh hoàn

Mô học tinh hoàn (biểu đồ 1) trong nghiên cứu cho thấy sự phân bố như sau:

- Giảm sinh tinh (HS): 43 trường hợp (42,2%).
- Ngừng sinh tinh nửa chừng (MA): 16 trường hợp (15,7%).
- Hội chứng chỉ có tế bào Sertoli (SCO): 40 trường hợp (39,2%).
- Thoái hóa hyalin (HYA): 3 trường hợp (2,9%).

Tất cả người bệnh đều có mức độ tổn thương tinh hoàn đáng kể, làm giảm khả năng sinh tinh tự nhiên. Điều này nhấn mạnh vai trò quan trọng của vi phẫu thuật trong việc cải thiện môi trường tinh hoàn và hỗ trợ sinh sản.



Biểu đồ 1: Kết quả sinh thiết tinh hoàn

Hiệu quả phẫu thuật

Sau thời gian theo dõi trung bình $27,04 \pm 3,74$ tháng, tỷ lệ thu được tinh trùng được ghi nhận như sau:

- Tỷ lệ thu được tinh trùng xuất tinh: 25,49% (26/102).
- Tinh Tỷ lệ thu được tinh trùng tinh hoàn: 10,78% (11/102).
- Tỷ lệ thu được tinh trùng tổng cộng:

36,3% (37/102).

Về kết quả sinh sản (bảng 1):

- Có thai tự nhiên: 1,96% (2/102).
- Có thai nhờ hỗ trợ sinh sản với tinh trùng xuất tinh: 2,94% (3/102).
- Có thai nhờ hỗ trợ sinh sản với tinh trùng tinh hoàn: 2,94% (3/102).
- Có thai phẫu thuật tính chung: 7,84% (8/102).

Bảng 1: Những trường hợp có thai hậu phẫu

Người bệnh	Mô học tinh hoàn	Thời điểm thu được tinh trùng (tháng)	Có thai
68-VMTU	HS	9	TN
95-TCTH	MA	12	TN
17-NVHA	MA	9	HTSS
55-TNTH	HS	6	HTSS
80-LTTR	SCO	18	HTSS
23-NDTA	MA	14	HTSS
33-TTSO	HS	17	HTSS
54-LVMI	HS	11	HTSS

Ghi chú: TN: Tự nhiên; HTSS: Hỗ trợ sinh sản

bao gồm dễ dàng tiếp cận thừng tinh, thao tác thuận lợi và tạo điều kiện thuận lợi và có thể kết hợp sinh thiết tinh hoàn đồng thời.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật vi phẫu cột tinh mạch tinh trong nghiên cứu

Mục tiêu chính của điều trị giãn tĩnh mạch thừng tinh là ngăn chặn dòng trào ngược tĩnh mạch về tinh hoàn trong khi vẫn đảm bảo duy trì dòng máu động mạch và dẫn lưu bạch huyết tối ưu. Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được đề xuất, mỗi phương pháp mang lại những kết quả khác nhau về tỷ lệ mang thai và biến chứng hậu phẫu [9].

Một số nghiên cứu trước đây cho rằng phẫu thuật qua đường bìu có nguy cơ cao gây tổn thương động mạch tinh hoàn, dẫn đến teo tinh hoàn và do đó không còn được khuyến khích [10]. Tuy nhiên, kinh nghiệm lâm sàng của chúng tôi cho thấy vi phẫu cột tĩnh mạch tinh qua đường bìu-bẹn có nhiều ưu điểm,

Vi phẫu thuật giúp tăng khả năng nhận diện các tĩnh mạch tinh và các cấu trúc trong thừng tinh, bảo tồn động mạch tinh hoàn và hệ thống bạch huyết. Hơn nữa, việc đưa tinh hoàn ra ngoài trong quá trình phẫu thuật giúp bác sĩ quan sát trực tiếp toàn bộ hệ thống dẫn lưu tĩnh mạch và các cấu trúc liên quan [9].

Hiệu quả của vi phẫu cột tĩnh mạch tinh đối với phục hồi sinh tinh

Vi phẫu cột tĩnh mạch tinh đã được chứng minh là một phương pháp điều trị hiệu quả, góp phần cải thiện chức năng sinh tinh ở người bệnh NOA [11]. Tác giả Esteves đã công bố kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có tinh trùng là 20,8% đến 55,0%. Mật độ tinh trùng hậu phẫu có độ lệch chuẩn trung bình là $1,82 \times 106 \pm 1,58 \times 106/\text{ml}$ và tinh trùng di động trung bình là $22,9\% \pm 15,5\%$ [5].

Theo một tổng quan hệ thống năm 2021, Jensen và cộng sự báo cáo rằng 27,3% nam giới có tình trạng di động trong tinh dịch sau phẫu thuật thắt tinh mạch tinh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng tỷ lệ thu được tinh trùng sau phẫu thuật đạt 36,3%, cao hơn so với một số báo cáo trước đó. Điều này cho thấy phẫu thuật cột tinh mạch tinh có thể tạo ra sự thay đổi đáng kể trong chức năng sinh tinh, giúp một số người bệnh chuyển từ tình trạng vô tinh sang có tinh trùng trong tinh dịch.

Mối liên hệ giữa mức độ giãn tĩnh mạch tinh và tỷ lệ thu được tinh trùng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh có giãn tĩnh mạch tinh độ 3 có tỷ lệ phục hồi sinh tinh cao nhất (19,61%), so với độ 1 (4,90%) và độ 2 (11,76%). Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây, cho thấy phẫu thuật mang lại hiệu quả cải thiện đáng kể chức năng sinh tinh ở nhóm người bệnh có giãn tĩnh mạch tinh mức độ nặng.

Mức độ giãn tĩnh mạch tinh có ảnh hưởng trực tiếp đến vi tuần hoàn tinh hoàn, làm giảm lượng oxy và chất dinh dưỡng cung cấp cho quá trình sinh tinh. Các nghiên cứu cho thấy rằng tăng stress oxy hóa do giãn tĩnh mạch tinh có thể làm tổn thương tế bào Leydig và Sertoli, dẫn đến suy giảm chức năng sinh tinh [12]. Việc điều trị giãn tĩnh mạch tinh giúp cải thiện môi trường tinh hoàn, giảm tổn thương do stress oxy hóa và phục hồi quá trình sinh tinh, từ đó tăng tỷ lệ có tinh trùng trong tinh dịch và khả năng thụ thai tự nhiên hoặc bằng hỗ trợ sinh sản [12,13,14].

Vi phẫu cột tinh mạch tinh đối với khả năng trích tinh trùng từ tinh hoàn

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp người bệnh có thai nhờ thực hiện mTESE sau phẫu thuật cột tinh mạch

tinh kết hợp với hỗ trợ sinh sản. Trong nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2016, tác giả Esteves cho thấy tỷ lệ trích tinh trùng thành công ở nhóm người bệnh được phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh cao gấp 2,65 lần so với nhóm không can thiệp [5].

Tác giả Jensen & Ko (2021) đã tổng hợp dữ liệu từ 16 nghiên cứu và chỉ ra rằng phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh giúp tăng tỷ lệ phục hồi sinh tinh từ 27,3% lên 48,9% khi kết hợp với vi phẫu lấy tinh trùng tinh hoàn (mTESE) [6]. Điều này nhấn mạnh rằng vi phẫu thuật không chỉ cải thiện khả năng sinh tinh tự nhiên mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho các phương pháp hỗ trợ sinh sản, đặc biệt ở những người bệnh có mô học tinh hoàn bất lợi.

Tỷ lệ có thai: Nghiên cứu của Jensen & Ko (2021) cũng nhấn mạnh rằng tỷ lệ mang thai tự nhiên sau phẫu thuật giãn tĩnh mạch tinh có thể đạt 5,24% và tỷ lệ có thai nhờ hỗ trợ sinh sản lên đến 65,2%, cao hơn đáng kể so với nhóm người bệnh không phẫu thuật [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ có thai tự nhiên đạt 2% và tổng tỷ lệ có thai (bằng tinh trùng xuất tinh và tinh trùng tinh hoàn) đạt 7,8%. Kết quả này cho thấy vi phẫu thuật cột tinh mạch tinh cho người bệnh NOA mang đến cơ hội có con sinh học cho họ, bằng cách thụ thai tự nhiên hoặc hỗ trợ sinh sản.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn, có thể ảnh hưởng đến độ chính xác trong đánh giá kết quả. Tỷ lệ có thai tự nhiên thấp có thể do một số người bệnh thực hiện hỗ trợ sinh sản trong thời gian theo dõi kết quả sau mổ. Ngoài ra, nghiên cứu không thiết kế nhóm chứng nên độ mạnh của bằng chứng khoa học không cao bằng nghiên cứu có nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu cột tinh mạch tinh là phương pháp điều trị hiệu quả giúp cải thiện chức năng sinh tinh ở người bệnh vô tinh không bế tắc. Trong đó, người bệnh có giãn tĩnh mạch tinh độ 3 có tỷ lệ phục hồi cao nhất. Ngoài ra, vi phẫu cột tinh mạch tinh còn góp phần cải thiện cơ hội có thai tự nhiên hoặc hỗ trợ sinh sản trên người bệnh NOA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kavoussi PK, Gupta C, Shah R.** Varicocele and nonobstructive azoospermia. *Asian J Androl.* Published online August 6, 2024. doi:10.4103/aja202444.
2. **Rambhatla A, Shah R, Ziouziou I, et al.** Global Practice Patterns and Variations in the Medical and Surgical Management of Non-Obstructive Azoospermia: Results of a World-Wide Survey, Guidelines and Expert Recommendations. *World J Mens Health.* 2025;43(1):92-122. doi:10.5534/wjmh.230339
3. **Kaltsas A, Markou E, Zachariou A, et al.** Varicoceles in Men With Non-obstructive Azoospermia: The Dilemma to Operate or Not. *Front Reprod Health.* 2022;4:811487. Published 2022 Apr 4. doi:10.3389/frph.2022.811487
4. **Birowo P, Prasetyo DT, Pujianto DA, Atmoko W, Rasyid N, Sini IR.** Effect of varicocele repair on sperm retrieval rate and testicular histopathological patterns in men with nonobstructive azoospermia. *Asian J Androl.* 2022;24(1):85-89. doi:10.4103/aja.aja_29_21
5. **Esteves SC, Miyaoka R, Roque M, Agarwal A.** Outcome of varicocele repair in men with nonobstructive azoospermia: systematic review and meta-analysis. *Asian J Androl.* 2016;18(2):246-253. doi:10.4103/1008-682X.169562
6. **Jensen, C. F. S., Ko, E. Y.** Varicocele repair in nonobstructive azoospermia: Current perspectives and future directions. *Nature Reviews Urology,* 2021;18(6):383-395.
7. **Nguyễn Thành Như, Trần Chung Thủy, Mai Bá Tiến Dũng.** Vi phẫu thuật cột tinh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn-bìu: hiệu quả điều trị trong hiếm muộn nam. *Tạp Chí Y Học Thực Hành.* 2010;14(2):43-47.
8. **Nguyễn Hoài Bắc, Đinh Văn Toàn, Nguyễn Văn Tuấn.** Đánh giá kết quả vi phẫu thắt tĩnh mạch tinh điều trị bệnh giãn tĩnh mạch tinh. *Tạp Chí Nghiên Cứu Y Học.* 2019.
9. **Campbell, M. F., Walsh, P. C., Wein, A. J., Partin, A. W., Dmochowski, R. R., Kavoussi, L. R., & Peters, C. C. A.** *Campbell-walsh-wein urology.* Elsevier. 2021;1428-1452.
10. **Sharma M, Leslie SW.** **Azoospermia.** [Updated 2023 Nov 18]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578191/>
11. **Franco A, Proietti F, Palombi V, et al.** Varicocele: To Treat or Not to Treat?. *J Clin Med.* 2023;12(12):4062. Published 2023 Jun 15. doi:10.3390/jcm12124062
12. **Marmar JL, Agarwal A, Prabakaran S, et al.** Reassessing the value of varicocelectomy as a treatment for male subfertility with a new meta-analysis. *Fertil Steril.* 2007;88(3):639-648. doi:10.1016/j.fertnstert.2006.12.008
13. **Cho KS, Seo JT.** Effect of varicocelectomy on male infertility. *Korean J Urol.* 2014;55(11):703-709. doi:10.4111/kju.2014.55.11.703
14. **Weedin JW, Khera M, Lipshultz LI.** Varicocele repair in patients with nonobstructive azoospermia: a meta-analysis. *J Urol.* 2010;183(6):2309-2315. doi:10.1016/j.juro.2010.02.012.

ĐẶC ĐIỂM MÔ HỌC TINH HOÀN CỦA NAM GIỚI VÔ TINH KHÔNG BẾ TẮC KÈM GIÃN TĨNH MẠCH TINH TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Hồ Vĩnh Phước^{1,2}, Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}
Nguyễn Tuấn Vinh¹, Trần Vĩnh Hưng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô học tinh hoàn là một yếu tố quan trọng giúp dự đoán khả năng thu được tinh trùng trong tinh dịch sau phẫu thuật cột tinh mạch tinh trên nam giới vô tinh không bế tắc (NOA). Nghiên cứu này nhằm xác định đặc điểm mô học tinh hoàn và các yếu tố liên quan khác trên người bệnh NOA được cột tinh mạch tinh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng tiến cứu can thiệp tại Khoa Nam Học, Bệnh viện Bình Dân, từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023. Người bệnh được sinh thiết tinh hoàn và phẫu thuật cột tinh mạch tinh hoàn. Các thông số qua khám lâm sàng, nội tiết tố (nồng độ LH, FSH, testosterone huyết thanh) và tỷ lệ thu được tinh trùng xuất tinh và mô học tinh hoàn được ghi nhận và phân tích. Mô học tinh hoàn được phân loại thành các nhóm: giảm sinh tinh (HS), ngừng sinh tinh nửa chừng (MA), hội chứng chỉ có tế bào Sertoli (SCO) và thoái hóa hyaline ống sinh tinh (HYA).

Kết quả: Nghiên cứu bao gồm 102 người bệnh. Kiểu mô bệnh học phổ biến nhất là HS (42,16%), tiếp theo là SCO (39,21%), MA (15,69%) và HYA (2,94%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô bệnh học về

thể tích tinh hoàn, nồng độ LH và FSH huyết thanh trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI) và nồng độ testosterone huyết thanh trước phẫu thuật không có sự khác biệt đáng kể. Sau phẫu thuật, tỷ lệ thu được tinh trùng cao nhất ở nhóm HS (41,86%) và MA (31,25%), trong khi nhóm SCO (7,5%) và HYA (0%) có tỷ lệ rất thấp. Không có kiểu mô bệnh học nào có mối liên quan đáng kể với tỷ lệ có thai.

Kết luận: HS là mô bệnh học phổ biến nhất. Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các mô hình mô học với thể tích tinh hoàn, nồng độ LH và FSH trước phẫu thuật. Khả năng thu được tinh trùng xuất tinh hậu phẫu từ cao nhất đến thấp nhất lần lượt là HS, MA, SCO và HYA.

Từ khóa: Mô học tinh hoàn, vô tinh không bế tắc, giảm sinh tinh, ngừng sinh tinh nửa chừng, hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli, thoái hóa ống sinh tinh, giãn tĩnh mạch tinh.

SUMMARY

TESTICULAR HISTOLOGICAL CHARACTERISTICS OF NON-OBSTRUCTIVE AZOOSPERMIA MALES WITH VARICOCELE AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Testicular histology is essential in predicting sperm retrieval in semen after varicocelectomy in men with non-obstructive azoospermia (NOA). This study aims to determine the characteristics of testicular histology and other related factors in NOA patients undergoing varicocelectomy.

Materials and Methods: A prospective clinical interventional study at the Department of

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồ Vĩnh Phước
SĐT: 0989212535

Email: nguyenvinhphuoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Andrology, Binh Dan Hospital, from February 2022 to June 2023. Patients underwent testicular biopsy and varicocelectomy. Testicular histology was classified into the following groups: hypospermia (HS), maturation arrest (MA), Sertoli cell-only syndrome (SCO), and seminiferous tubule hyalinization (HYA). Parameters through clinical examination, hormones (serum LH, FSH, testosterone levels), ejaculated sperm retrieval rate, and testicular histology were recorded and analyzed.

Results: The study included 102 patients. The most common histological type was HS (42.16%), followed by SCO (39.21%), MA (15.69%) and HYA (2.94%). There were statistically significant differences between the histological groups in testicular volume, preoperative LH and FSH levels ($p < 0.05$). Age, body mass index (BMI) and serum testosterone levels did not differ significantly. After varicocelectomy, the highest sperm retrieval rate was in the HS (41.86%) and MA (31.25%) groups, while the SCO (7.5%) and HYA (0%) groups had very low rates. None of the histological types were significantly associated with pregnancy rates.

Conclusion: HS was the most common histology. There was a statistically significant correlation between histological patterns, testicular volume, and preoperative LH and FSH levels. The postoperative ejaculatory sperm retrieval from highest to lowest was in HS, MA, SCO and HYA, respectively.

Keywords: Testicular histology, non-obstructive azoospermia, hypospermatogenesis, maturation arrest, Sertoli cell-only syndrome, seminiferous tubule hyalinization, varicocele.

I. GIỚI THIỆU

Vô sinh do yếu tố từ người nam giới chiếm khoảng 50% các trường hợp [1]. Kết quả tinh dịch đồ của người nam giới vô sinh có thể dao động từ thiếu tinh, nhược tinh,

quái tinh đến vô tinh (azoospermia). Trong đó, vô tinh được xem là một trong những tình trạng nghiêm trọng nhất. Tỷ lệ vô tinh chiếm khoảng 1% nam giới trong cộng đồng và 10 - 20% trong nhóm nam giới vô sinh [1].

Trên thực hành lâm sàng, mô học tinh hoàn là một kết quả quan trọng, giúp đánh giá mức độ hoàn thiện của quá trình sinh tinh và phân biệt giữa vô tinh bế tắc (obstructive azoospermia - OA) và vô tinh không bế tắc (non-obstructive azoospermia - NOA) dựa trên sự hiện diện của tinh trùng trưởng thành trong mô sinh thiết [1].

Các kiểu hình phổ biến của mô học tinh hoàn trên người bệnh NOA bao gồm: giảm sinh tinh (hypospermatogenesis - HS), ngừng sinh tinh nửa chừng (germ cell maturation arrest - MA), hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli (Sertoli-cell only syndrome - SCO), thoái hóa hyaline ống sinh tinh (seminiferous tubule hyalinization - HYA) [1,2].

Ngoài vai trò trong chẩn đoán, mô học tinh hoàn còn có ý nghĩa quan trọng trong điều trị. Các nghiên cứu cho thấy, khoảng 60% bệnh nhân NOA và 100% bệnh nhân OA có thể tìm thấy tinh trùng trong mô sinh thiết. Vì vậy, trong hướng dẫn mới nhất của Hội Nội khoa châu Âu (EAU), sinh thiết tinh hoàn được khuyến cáo thực hiện trong chẩn đoán và điều trị để thu được tinh trùng ở người bệnh NOA [3].

Mô học tinh hoàn cung cấp dữ liệu quan trọng hỗ trợ tiên lượng khả năng điều trị và phương pháp can thiệp phù hợp. Vì vậy, hiểu biết về mô học tinh hoàn ở người bệnh NOA kèm giãn tĩnh mạch tinh rất có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đặc điểm mô học tinh hoàn ở nam giới vô tinh không bế tắc kèm giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Bình Dân"

nhằm xác định mô hình bệnh học của mô tinh hoàn và các mối liên quan khác với các chỉ số lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Nam giới được chẩn đoán vô tinh không bế tắc (NOA) đến khám và điều trị tại Khoa Nam học Bệnh viện Bình Dân từ tháng 02 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Những nam giới được khám và xác định chẩn đoán NOA kèm giãn tĩnh mạch tinh; người bệnh có chỉ định và đồng ý phẫu thuật sinh thiết tinh hoàn để xét nghiệm giải phẫu bệnh mô tinh hoàn.

Tiêu chuẩn loại trừ

Nghiên cứu loại trừ những đối tượng sau: vô tinh bế tắc (bất sản ống dẫn tinh, tắc nghẽn tắc phải), bất thường tinh hoàn (tinh hoàn ẩn, tiền sử quai bị, chấn thương, hóa trị, xạ trị), rối loạn nội tiết (tăng prolactin, suy sinh dục do giảm gonadotropin), bất thường di truyền (hội chứng Klinefelter, vi mất đoạn nhiễm sắc thể Y), nhiễm trùng sinh dục hoặc mất liên lạc, không tái khám trong thời gian theo dõi.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy mẫu tiền cứu.

Quy trình nghiên cứu

Những người bệnh thỏa tiêu chí chọn mẫu và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.

Trong chẩn đoán, vô tinh được xác định khi xét nghiệm tinh dịch đồ 2 lần đều không tìm thấy tinh trùng trong cận lắng ly tâm. Người bệnh được thực hiện các bước thăm khám, xét nghiệm nội tiết, siêu âm tinh hoàn và các xét nghiệm trước mổ.

Người bệnh đều được thực hiện cùng một phương pháp phẫu thuật gồm sinh thiết hai

tinh hoàn và cột tinh mạch tinh giãn hai bên vi phẫu bẹn-bìu theo tác giả Nguyễn Thành Như (2010) [4]. Các bước phẫu thuật chủ yếu bao gồm:

+ Người bệnh được gây tê tùy sống, nằm ngửa, hai chân duỗi;

+ Rạch da theo đường giữa bìu, lần lượt mở bao tinh mạc mỗi bên. Tiến hành thám sát từng bên tinh hoàn, mào tinh, thừng tinh trong bìu. Ghi nhận về thể tích tinh hoàn, độ căng của mào tinh, tình trạng ống dẫn tinh.

+ Sinh thiết hai tinh hoàn: quan sát đại thể mô tinh hoàn, sau đó cố định hai mẫu thử trong từng lọ riêng biệt. Nếu có giãn tĩnh mạch tinh kèm theo, cột các tĩnh mạch vùng bìu và thừng tinh hai bên. Đóng bìu ba lớp: bao tinh mạc, các lớp cơ bìu và khâu da bằng chỉ thích hợp.

+ Thám sát thừng tinh và cột tinh mạch tinh giãn hai bên vi phẫu bẹn-bìu.

Người bệnh tái khám mỗi ba tháng, được xét nghiệm tinh dịch đồ. Người bệnh tự báo cáo nếu có thai (tự nhiên hoặc nhờ hỗ trợ sinh sản) bằng tinh trùng xuất tinh được ghi nhận.



Hình 1. Sinh thiết tinh hoàn
(người bệnh 91-NVBA)

Xử lý số liệu:

Phần mềm R phiên bản 4.0.2 được dùng để xử lý số liệu trong nghiên cứu này. Dữ liệu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn và tỷ lệ phần trăm. Tính

chuẩn của phân bố được kiểm định bằng thuật toán Kolmogorov-Smirnov. Sự khác biệt giữa các nhóm được kiểm định bằng Kruskal – Wallis test với biến định lượng phân bố không chuẩn. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được Hội đồng Y đức Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Hội đồng Y đức Bệnh viện Bình Dân phê duyệt (mã số 887/HĐĐĐ-BVBD).

Người bệnh được tư vấn đầy đủ về lợi ích, nguy cơ, chi phí và ký giấy đồng thuận trước phẫu thuật. Sau mổ, họ được theo dõi và tư vấn hướng điều trị nếu không có tình trạng. Thông tin cá nhân được bảo mật, nghiên cứu hoàn toàn phục vụ mục đích khoa học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

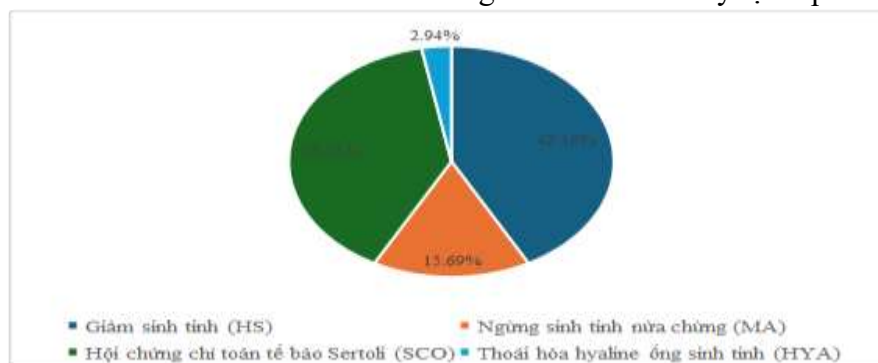
Có 102 người bệnh tham gia vào nghiên cứu, độ tuổi trung bình khoảng 31,88 tuổi. Hầu hết người bệnh có chỉ số khối cơ thể (BMI) bình thường (68,63%) và hơn 90% bệnh nhân không hút thuốc lá. Toàn bộ người bệnh đều được chẩn đoán vô sinh nguyên phát. Thể tích tinh hoàn trung bình khoảng 8,16 ml và nồng độ LH huyết thanh <12 mUI/l chiếm hơn 50% và nồng độ FSH huyết thanh trong khoảng 14-35 mUI/l chiếm tỷ lệ lớn nhất (39,21%).

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Tuổi (năm)	102	$31,88 \pm 4,944$
BMI (kg/m^2)	102	$23,19 \pm 1,536$
< 18,5	0	0
18,5 – 23	70	68,63
> 23	32	31,37
Hút thuốc lá		
Có	10	9,8
Phân loại hiếm muộn		
Nguyên phát	102	100
Thể tích tinh hoàn (ml)	102	$8,16 \pm 1,876$
< 12	100	98,04
LH trước mổ (mUI/l)		
≥ 12	46	45,1
<12	56	54,9
FSH trước mổ (mUI/l)		
0 - 8	39	38,24
8 - 14	18	17,65
14 - 35	40	39,21
>35	5	4,90

Đặc điểm mô học tinh hoàn

Trong các nhóm mô bệnh học của người bệnh, tỷ lệ người bệnh vô tinh có tình trạng giảm sinh tinh là cao nhất, tương ứng với 42,16%. Tỷ lệ thoái hóa hyalin hoàn toàn các ống sinh tinh chiếm tỷ lệ thấp nhất là 2,94%.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các tổn thương mô bệnh học

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm mô học tinh hoàn

Kết quả cho thấy các chỉ số bao gồm: thể tích tinh hoàn, nồng độ LH và FSH huyết thanh trước phẫu thuật có sự khác biệt có ý

nghĩa thống kê giữa các nhóm ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với tuổi, BMI và nồng độ testosterone huyết thanh giữa các nhóm mô học tinh hoàn.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm mô học tinh hoàn

Đặc điểm	HYA	SCO	MA	HS	P
	TB $\pm$ DLC	TB $\pm$ DLC	TB $\pm$ DLC	TB $\pm$ DLC	
Tuổi (năm)	38,67 $\pm$ 6,81	31,28 $\pm$ 4,70	31,56 $\pm$ 3,97	32,09 $\pm$ 5,17	0,092
BMI (kg/m ²)	22,75 $\pm$ 0,21	23,41 $\pm$ 1,70	23,37 $\pm$ 1,22	22,97 $\pm$ 1,53	0,532
Thể tích tinh hoàn (ml)	5,67 $\pm$ 0,58	7,55 $\pm$ 1,71	8,63 $\pm$ 1,59	8,37 $\pm$ 1,92	0,011
Testosterone trước mổ (nmol/l)	8,68 $\pm$ 10,82	13,30 $\pm$ 6,49	17,02 $\pm$ 8,40	18,37 $\pm$ 7,71	0,070
LH trước mổ (mUI/l)	30,50 $\pm$ 8,31	18,79 $\pm$ 7,52	6,46 $\pm$ 3,44	7,86 $\pm$ 5,26	<0,001
FSH trước mổ (mUI/l)	37,33 $\pm$ 9,41	21,67 $\pm$ 8,17	6,63 $\pm$ 3,37	8,71 $\pm$ 5,82	<0,001

Mối liên quan giữa khả năng thu được tinh trùng và có thai giữa các nhóm mô học tinh hoàn

Về mối liên quan giữa khả năng thu được tinh trùng xuất tinh sau mổ và mô học tinh hoàn, có sự khác biệt trong nhóm giảm sinh

tinh (HS) và nhóm hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli (SCO) (p lần lượt là 0,015 và 0,001). Cụ thể, khả năng tìm thấy tinh trùng ở nhóm giảm sinh tinh (HS) cao nhất là 41,86% và đối với nhóm hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli (SCO) là 7,5%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa các nhóm mô học tinh hoàn và khả năng thu được tinh trùng xuất tinh

Phân nhóm	Có tinh trùng	Không có tinh trùng	p
HS	18 (41,86%)	25 (58,14%)	0,015
MA	5 (31,25%)	11 (68,75%)	0,459
SCO	3 (7,5%)	37 (92,5%)	0,001
HYA	0 (0%)	3 (100%)	0,999

Về mối liên quan giữa khả năng có thai sau mổ và mô học tinh hoàn, không có sự khác biệt giữa các nhóm mô học tinh hoàn.

Bảng 4. Mối liên quan giữa các nhóm mô học tinh hoàn và khả năng có thai

Phân nhóm	Có thai	Không có thai	p
HS	2 (4,65%)	41 (95,35%)	0,555
MA	2 (12,5%)	14 (87,5%)	0,305
SCO	1 (2,5%)	39 (97,5%)	0,605
HYA	0 (0%)	3 (100%)	0,999

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Về độ tuổi, nhóm người bệnh trong nghiên cứu khá trẻ tuổi, trung bình 31,88 tuổi. Khoảng 1/3 người bệnh có chỉ số khối cơ thể (BMI) ở mức thừa cân và phần lớn bệnh nhân không có thói quen hút thuốc lá.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoàng Bắc năm 2022 trên nhóm nam vô sinh. Độ tuổi trung bình của nhóm nam giới trong nghiên cứu này là 30,17 tuổi. Bên cạnh đó, tỷ lệ người bệnh thừa cân khoảng 31,17% và 82,28% người bệnh nhân không hút thuốc lá.²

Qua đó, phản ánh độ tuổi nam giới vô sinh ở Việt Nam còn trẻ và tình trạng thừa cân là điều đáng lo ngại. So với độ tuổi nam giới vô sinh trên thế giới là 37,2 tuổi và BMI trung bình khoảng 26,85 kg/cm² [5].

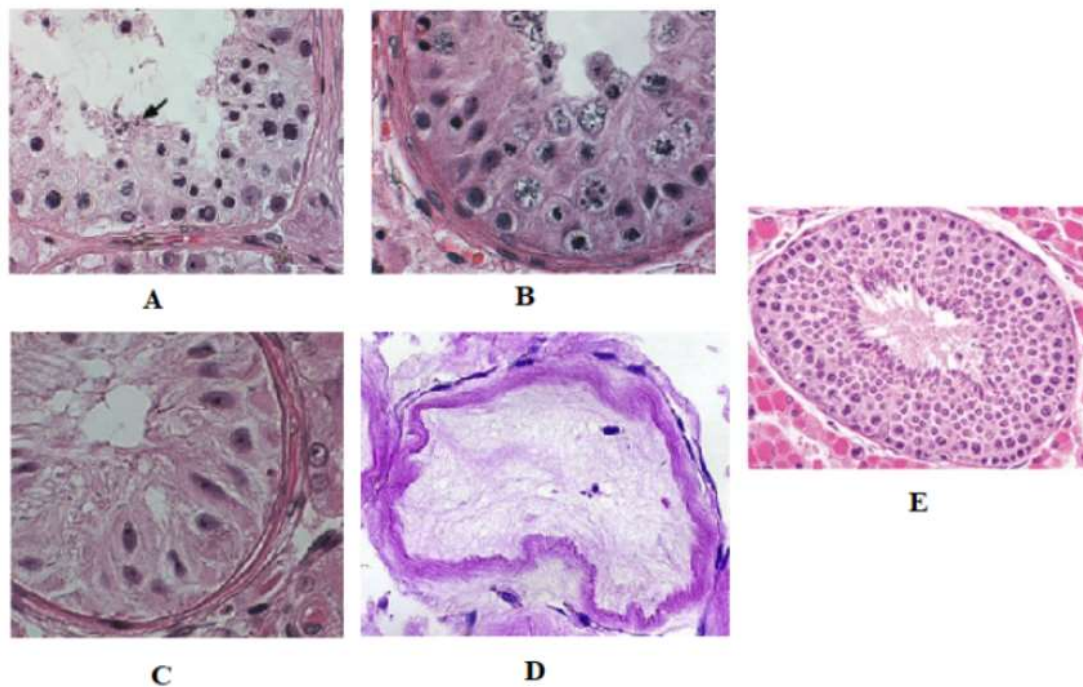
Toàn bộ người bệnh trong mẫu nghiên cứu đều được chẩn đoán vô sinh nguyên phát. Phần lớn thể tích tinh hoàn trung bình <12ml. Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc và

Nguyễn Cao Thắng với tỷ lệ vô sinh nguyên phát lần lượt là 88,41% và 92,05% [2,6] và 72% người bệnh trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc có thể tích tinh hoàn trung bình <12ml [2].

Đặc điểm mô học tinh hoàn

Trong 102 người bệnh NOA kèm giãn tĩnh mạch tinh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ phần trăm mô học tinh hoàn phân bố như sau: HS (42,16%), MA (15,69%), SCO (39,21%) và HYA (2,94%).

Theo tác giả Nguyễn Hoài Bắc phân bố nhóm HS, MA, SCO và HYA các ống sinh tinh lần lượt là 29,11%; 21,51%; 35,44% và 7,62%. Sự khác biệt này có thể giải thích do đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc là nhóm bệnh nhân nam vô tinh, bao gồm cả người giãn và không giãn tĩnh mạch tinh. Trong cỡ mẫu của tác giả Nguyễn Hoài Bắc còn có cả những người có mô học tinh hoàn sinh tinh bình thường, chiếm tỷ lệ 6,32% [2].



Hình 2. Các loại mô học tinh hoàn [6]

(A) Giảm sinh tinh (HS), (B) Ngừng sinh tinh nửa chừng (MA),
(C) Hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli (SCO), (D) Thoái hóa hyalin ống sinh tinh (HYA), (E)
Sinh tinh bình thường

Theo nghiên cứu của Nguyễn Cao Thắng thực hiện năm 2022 [6], nhóm SCO vẫn là mô bệnh học phổ biến nhất, chiếm khoảng 40%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi, nhóm SCO cũng chiếm khoảng 40% tổng số người bệnh. Điều này cho thấy sự phổ biến của loại mô học tinh hoàn là SCO trong NOA.

Điểm khác biệt cần chú ý là tỷ lệ HS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể so với tác giả Nguyễn Cao Thắng; tương ứng 42,16% so với 29,5%. Kết quả này phản ánh mức độ tổn thương mô tinh hoàn của người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nhẹ hơn.

So với nghiên cứu của Nina Čamdžić và cộng sự [7], nhóm người bệnh SCO vẫn phổ biến nhất và tương đương trong cả hai nghiên

cứu. Cụ thể, 39,21% trong nghiên cứu của chúng tôi so với 58,4% trong nghiên cứu của Nina Čamdžić. Điều này nhấn mạnh rằng SCO là một trong những dạng tổn thương thường gặp nhất của NOA. Tuy nhiên, tỷ lệ HS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đáng kể; 42,16% so với 6,8% trong nghiên cứu của Nina Čamdžić, có thể mức độ tổn thương mô học tinh hoàn của nhóm người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi nhẹ hơn.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm mô học tinh hoàn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm mô học tinh hoàn về thể tích tinh hoàn, nồng độ LH và FSH huyết thanh trước phẫu thuật ($p < 0,05$). Trong khi đó, tuổi,

BMI và nồng độ testosterone huyết thanh trước mổ không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm ($p > 0,05$) (Bảng 2).

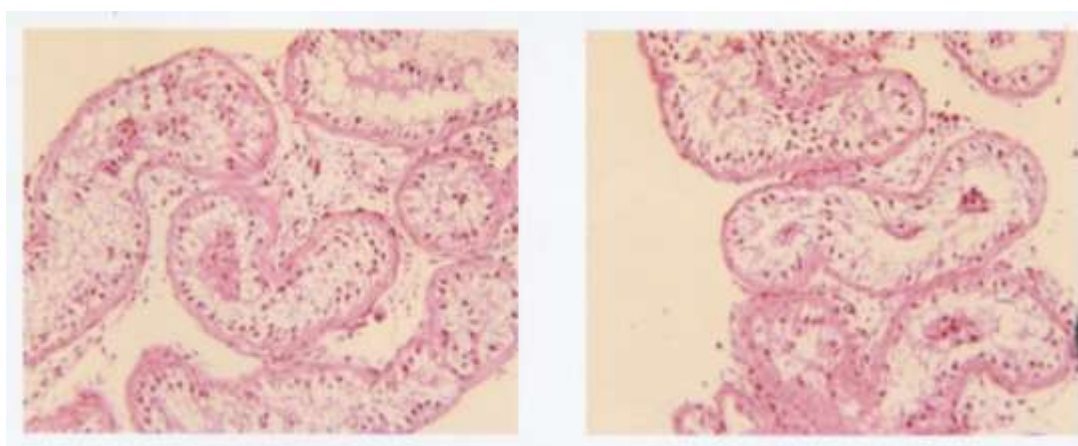
Thể tích tinh hoàn trung bình thấp nhất ở nhóm HYA ($5,67 \pm 0,58$ ml), tiếp theo là nhóm SCO ($7,55 \pm 1,71$ ml). Thể tích tinh hoàn cao hơn đáng kể ở nhóm MA ($8,63 \pm 1,59$ ml) và HS ($8,37 \pm 1,92$ ml) với $p = 0,011$. Điều này cho thấy mức độ tổn thương mô học càng nặng, các ống sinh tinh càng teo nhỏ thì thể tích tinh hoàn càng giảm.

Sự khác biệt rõ rệt về nồng độ LH và FSH huyết thanh trước phẫu thuật giữa các nhóm mô bệnh học ($p < 0,001$) cho thấy tuyến yên phản ứng mạnh hơn ở những bệnh nhân có tổn thương sinh tinh nặng hơn. Nồng độ LH và FSH huyết thanh cao nhất ở nhóm HYA (LH: $30,50 \pm 8,31$ mUI/L, FSH: $37,33 \pm 9,41$ mUI/L), tiếp theo là nhóm SCO (LH: $18,79 \pm 7,52$ mUI/L, FSH: $21,67 \pm 8,17$ mUI/L). Nồng độ LH và FSH thấp hơn đáng kể ở nhóm MA (LH: $6,46 \pm 3,44$ mUI/L, FSH: $6,63 \pm 3,37$ mUI/L) và nhóm HS (LH: $7,86 \pm 5,26$ mUI/L, FSH: $8,71 \pm 5,82$ mUI/L).

Sự gia tăng nồng độ LH và FSH huyết thanh trong các nhóm tổn thương nặng hơn có thể được giải thích theo cơ chế điều hòa ngược của trục hạ đồi - tuyến yên - tinh hoàn. Khi mô tinh hoàn bị tổn thương nặng nề, sự giảm sản xuất inhibin B từ tế bào Sertoli dẫn đến tăng tiết FSH, trong khi sự suy giảm chức năng tế bào Leydig làm giảm sản xuất testosterone, kích thích LH tăng cao [8,9].

Mặc dù testosterone có xu hướng giảm ở nhóm tổn thương nặng hơn, nhóm HYA có nồng độ testosterone thấp nhất ($8,68 \pm 10,82$ nmol/L) và nhóm HS có nồng độ testosterone cao nhất ($18,37 \pm 7,71$ nmol/L). Tuy nhiên, sự khác biệt của nồng độ testosterone huyết thanh giữa các nhóm mô học tinh hoàn không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,07$).

Mặt khác, ngay cả trong nhóm thấp nhất là HYA, nồng độ testosterone có trị số trung bình vẫn cao hơn 8 nmol/L. Điều này có thể cho thấy, chức năng tế bào Leydig vẫn được duy trì tương đối ổn định, ngay cả ở những người bệnh có kết quả mô học tinh hoàn tổn thương nghiêm trọng như HYA hay SCO.



Hình 3. Hình ảnh hội chứng chỉ toàn tế bào Sertoli (SCO)
(người bệnh 89-NVTH)

Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây, trong đó nồng độ FSH và LH là các chỉ số phản ánh mức độ tổn thương mô học tinh hoàn. Trong nghiên cứu của Nguyễn Cao Thắng năm 2022 [6], nồng độ FSH trung bình ở nhóm HYA là $30,9 \pm 11,87$ mUI/L và nhóm SCO là $24,02 \pm 11,97$ mUI/L, tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này cũng có vai trò của FSH như một chỉ số tiên lượng mức độ tổn thương mô học tinh hoàn.

Thể tích tinh hoàn thấp nhất ở nhóm HYA và SCO, cao hơn ở nhóm MA và HS ($p = 0,011$). Nồng độ LH và FSH tăng theo mức độ tổn thương mô học, đặc biệt cao ở nhóm hyalin hóa và SCO, phản ánh sự suy giảm chức năng tinh hoàn và phản ứng bù trừ từ tuyến yên ($p < 0,001$). Testosterone không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các nhóm ($p = 0,07$), gợi ý rằng tổn thương tinh hoàn chủ yếu ảnh hưởng đến ống sinh tinh mà ít tác động đến tế bào Leydig. FSH có thể là một yếu tố dự báo quan trọng về mức độ tổn thương mô bệnh học ở nam giới NOA, hỗ trợ tiên lượng khả năng tìm thấy tinh trùng khi thực hiện kỹ thuật micro-TESE. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của thể tích tinh hoàn và nội tiết tố trong tiên lượng mô học tinh hoàn, giúp định hướng chiến lược điều trị và hỗ trợ sinh sản cho người bệnh NOA.

Mô học tinh hoàn và khả năng thu được tinh trùng, khả năng có thai

Khả năng thu được tinh trùng xuất tinh cao nhất trong nhóm HS (41,86%), tiếp đến là MA (31,25%), SCO (7,5%) và thấp nhất là HYA (0%). Các nghiên cứu trên thế giới cũng chứng minh khả năng thu được tinh trùng ở nhóm HS và MA cao hơn so với nhóm SCO [5]. Điều này phù hợp với giả thuyết rằng khi ống sinh tinh trong tinh hoàn

càng bị tổn thương, khả năng thu được tinh trùng xuất tinh càng suy giảm.

Mặt khác, sự khác biệt về khả năng thu được tinh trùng trong tinh dịch giữa các nhóm mô học tinh hoàn có ý nghĩa thống kê ở nhóm HS và SCO. Đây là một phát hiện mới trong đề tài của chúng tôi so với các nghiên cứu về mô bệnh học ở bệnh nhân vô tinh trước đây. Tuy nhiên, trong nhóm MA và HYA, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu còn nhỏ nên chưa chứng minh được sự khác biệt về khả năng thu được tinh trùng xuất tinh là có ý nghĩa thống kê.

Không có sự khác biệt về khả năng có thai với tinh trùng trong tinh dịch xuất tinh ở các phân nhóm mô bệnh học. Điều này cũng có thể do số lượng bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu còn khá thấp. Do đó, chúng tôi đề xuất tiếp tục thực hiện đề tài với cỡ mẫu lớn hơn để chứng minh mối liên quan giữa khả năng tìm thấy tinh trùng và khả năng có thai với mô học tinh hoàn có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp góc nhìn về đặc điểm mô học tinh hoàn ở nam giới NOA kèm giãn tĩnh mạch tinh. Kết quả cho thấy HS là mô bệnh học phổ biến nhất. Có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các mô hình mô học với thể tích tinh hoàn, nồng độ LH và FSH trước phẫu thuật. Khả năng thu được tinh trùng xuất tinh hậu phẫu từ cao nhất đến thấp nhất lần lượt là HS, MA, SCO và HYA. Cần thực hiện nghiên cứu này với cỡ mẫu lớn hơn để có thể chứng minh mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mô học tinh hoàn và khả năng thu được tinh trùng xuất tinh và có thai hậu phẫu.

Lời cảm ơn

Chúng tôi trân trọng cảm ơn các người bệnh, Ban Giám đốc Bệnh viện Bình Dân và

tập thể nhân viên Bệnh viện Bình Dân đã giúp đỡ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agarwal A, Baskaran S, Parekh N, et al.** Male infertility. *Lancet*. 2021;397(10271):319-333. doi:10.1016/S0140-6736(20)32667-2.
2. **Nguyễn Hoài Bắc, Hạ Hồng Cường, Nguyễn Cao Thắng.** Đặc điểm mô học của tinh hoàn ở những nam giới hiếm muộn không có tinh trùng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2022, 153(5), 103-112.
3. **A. Salonia (Chair), C. Bettocchi, J. Carvalho.** EAU guidelines on Sexual and Reproductive Health: Male infertility. In EAU guidelines, 2021.
4. **Nguyễn Thành Như, Trần Chung Thủy, Mai Bá Tiến Dũng.** Vi phẫu thuật cột tinh mạch tinh giãn hai bên ngả bẹn-bìu: hiệu quả điều trị trong hiếm muộn nam. *Tạp Chí Y Học Thực Hành*. 2010;14(2):43-47.
5. **Gnessi L, Scarselli F, Minasi MG, et al.** Testicular histopathology, semen analysis and FSH, predictive value of sperm retrieval: supportive counseling in case of reoperation after testicular sperm extraction (TESE). *BMC Urol*. 2018;18(1):63. Published 2018 Jul 4. doi:10.1186/s12894-018-0379-7
6. **Nguyễn Cao Thắng, Nguyễn Hoài Bắc, Trần Thị Thương.** Testicular histopathology and associated factors in men with non-obstructive azoospermia. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2022; 161. 238-247. doi:10.52852/tcncyh.v161i12E11.1349.
7. **Čamdžić, Nina & Muzika, Visnja & Custovic, Samra & Babić, Mirsad & Dorić, Mirsad & Lazović Salčin, Edina & Kuskunović, Suada.** (2023). Histological patterns of testicular biopsy in patients with azoospermia: single-institution experience. *Acta Marisiensis - Seria Medica*. 69. doi:10.2478/amma-2023-0038.
8. **Schubert M, Pérez Lanuza L, Gromoll J.** Pharmacogenetics of FSH Action in the Male. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2019;10:47. Published 2019 Feb 28. doi:10.3389/fendo.2019.00047
9. **Meachem SJ, Nieschlag E, Simoni M.** Inhibin B in male reproduction: pathophysiology and clinical relevance. *Eur J Endocrinol*. 2001;145(5):561-571. doi:10.1530/eje.0.1450 561

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA NẠO HẠCH BỆN NỘI SOI TRONG UNG THƯ DƯƠNG VẬT ĐẾN CHẤT LƯỢNG SỐNG CỦA BỆNH NHÂN

Trần Đoàn Thiên Quốc^{1,2}, Đặng Quang Tuấn¹,
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Nguyễn Công Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư dương vật là bệnh hiếm gặp, nhưng nguy hiểm và ảnh hưởng đến cơ quan sinh dục nam giới. Tác động tâm lý của ung thư dương vật vượt ra ngoài phạm vi chẩn đoán, bao gồm hậu quả của việc điều trị và sự đau khổ đặc biệt liên quan đến ung thư.

Mục tiêu: Đánh giá sự cải thiện chất lượng cuộc sống (QoL) và sức khỏe tâm lý xã hội cho bệnh nhân được phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong điều trị ung thư dương vật tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đoàn hệ, với tổng số lượng bệnh nhân là 32 từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 06 năm 2024. Các biến số cần phân tích là chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng tâm lý xã hội, triệu chứng tiết niệu và chức năng tình dục.

Kết quả: Nghiên cứu cho thấy việc điều trị nội soi ít xâm lấn giúp cải thiện QoL, tuy nhiên không giúp cải thiện chức năng tình dục và vấn đề đi tiểu.

Kết luận: Các phương pháp điều trị ít xâm lấn, trong đó có phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong ung thư dương vật giúp bảo tồn QoL cao

hơn. Hỗ trợ cá nhân, bao gồm liệu pháp tình dục, các nhóm hỗ trợ và tư vấn gia đình, là cần thiết cho quá trình phục hồi sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư dương vật, nạo hạch ben nội soi, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATING THE IMPACT OF ENDOSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH PENILE CANCER

Background: Penile cancer is a rare but aggressive cancer affecting the male genitalia. Penile cancer's psychological impact extends beyond diagnosis, encompassing the consequences of treatment and unique cancer-related distress.

Aims: To improve Quality of Life and Psychosocial Health for Penile Cancer after video endoscopic lymphadenectomy at Binh Dan hospital.

Materials and Methods: It is a cohort study with 32 patients from September 2022 to June 2024. Data analyzed included quality of life, psychosocial effects, urinary symptoms, and sexual function.

Results: Minimally invasive endoscopic lymphadenectomy improved QoL but did not improve sexual function and urinary problems.

Conclusions: Minimally invasive treatment methods, including endoscopic inguinal lymphadenectomy for penile cancer, help preserve higher QoL. Personal support, including

¹Bệnh viện Bình Dân Tp.HCM

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đoàn Thiên Quốc
SĐT: 0907802439

Email: quoctran88@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

educational solutions, group support and family counseling, is essential to recovery from treatment.

Keywords: Penile cancer, video endoscopic inguinal lymphadenectomy, Quality of life

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dương vật là một loại ung thư xâm lấn thường bắt nguồn da quy đầu hoặc bên trong quy đầu, biểu hiện sự phát triển xâm lấn và di căn hạch sớm. Ung thư dương vật chiếm chưa đến 1% các bệnh ác tính ở nam giới ở Hoa Kỳ, với ít hơn 500 ca tử vong hàng năm 2021¹. Vị trí lan rộng sớm nhất của ung thư dương vật trong khu vực là các hạch bạch huyết vùng bẹn², nơi di căn ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng sống sót³.

Cơ quan sinh dục là cơ quan quý, quan trọng. Do vậy việc điều trị ung thư dương vật, ngoài việc bảo đảm về mặt ung thư học, một vấn đề cần quan tâm là bảo tồn cơ quan⁴. Căng thẳng tâm lý mà bệnh nhân (BN) ung thư dương vật gặp phải không chỉ xuất phát từ bệnh ung thư chẩn đoán mà còn do hậu quả của việc điều trị, bao gồm cả việc mất đi sức khỏe cơ thể tính toàn vẹn và chức năng tình dục⁵.

Với khối bướu nguyên phát ở dương vật giai đoạn sớm (Tis, T1 và một số trường hợp T2 có chọn lọc), các phương pháp điều trị bảo tồn bao gồm: liệu pháp laser, liệu pháp áp lạnh, xạ trị, vi phẫu thuật Mohs, hoặc cắt bỏ u và tạo hình lại quy đầu. Tương tự, khi bệnh ở giai đoạn tiến triển di căn hạch, chúng ta có thể áp dụng phẫu thuật nạo hạch bẹn nội soi, vừa giúp đảm bảo về mặt ung thư vừa làm giảm các tai biến và biến chứng trong và sau mổ⁶.

Do sự hiếm gặp của ung thư dương vật nên hiện tại không có phương pháp tiêu

chuẩn hóa nào để quản lý các triệu chứng tâm lý xã hội liên quan đến khả năng sống sót của bệnh ung thư dương vật. Tuy nhiên, những cá nhân này phải chịu đựng căng thẳng tâm lý cao độ, do đó đòi hỏi hỗ trợ về mặt tâm lý. Căng thẳng cảm xúc trong những BN này cần được thừa nhận nhưng không có biểu hiện bệnh lý và cần được phát hiện sớm để hỗ trợ kịp thời, giúp cải thiện chất lượng sống (Quality of life – QoL)⁴. Bản chất và mức độ của tổn thương tinh thần này cũng bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, bao gồm sự phát triển cá nhân, gia đình và các mối quan hệ xung quanh. Bài viết này nhằm mục đích cung cấp một đánh giá về các tác động tâm lý xã hội của căn bệnh này đối với những BN và QoL của họ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu báo cáo đoàn hệ ung thư dương vật có chỉ định nạo hạch bẹn nội soi từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 06 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán ung thư dương vật và có chỉ định nạo hạch bẹn nội soi tại bệnh viện Bình Dân:

+ Bướu nguyên phát giai đoạn T1G2 trở lên hoặc có hạch (+) qua khám lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Giải phẫu bệnh là Carcinôm tế bào gai dương vật.

Chúng tôi đánh giá các biện pháp can thiệp nhằm nâng cao QoL và sức khỏe tâm lý của những BN ung thư dương vật. Tiêu chí lựa chọn nghiên cứu bao gồm việc sử dụng các khảo sát và bảng câu hỏi có cấu trúc, bao gồm bộ câu hỏi của EORTC QLQ-C30, Bảng câu hỏi về chỉ số quốc tế về chức năng cương dương (IIEF-15).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số BN trong nghiên cứu là 32. Các BN được gửi bảng câu hỏi sau mổ nhằm khảo sát chất lượng cuộc sống của họ.

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả
Tổng số BN trong nghiên cứu	32
Tuổi (trung bình)	54,1
Nơi sống	
Thành thị	43,7%
Nông thôn	56,3%
Nghề nghiệp	
Buôn bán	12,5%
Công nhân	21,8%
Làm nông	34,3%
Khác	31,4%
Tình trạng hôn nhân	
Độc thân	9,4%
Có gia đình	90,6%

Phản hồi từ 32 BN đã được thu thập và được phân tích sâu hơn. Bảng 1 cho thấy dữ liệu nhân khẩu học xã hội thu được. Độ tuổi trung bình của BN là 54,1 tuổi (37-74). Tất cả các BN đều xác định xu hướng tình dục của họ là dị tính. Trong đó, 25/32 người (78,1%) vẫn giữ nguyên mối quan hệ, 2/32 người (6,2%) ly dị (lý do không được tiết lộ), và 5/32 người (15,7%) độc thân.

Phần lớn BN trả lời câu hỏi liên quan đến đời sống tình dục của họ bằng cách nói rằng họ không hoạt động tình dục; chỉ có 2 BN giai đoạn T1 sau điều trị vẫn thỉnh thoảng có quan hệ tình dục. Các BN trả lời vẫn có cảm giác khi được kích thích vùng mu, bìu, và hậu môn.

Tất cả BN đều được phẫu thuật khối u nguyên phát và nạo hạch bẹn 2 bên. U

nguyên phát: 25/32 BN (78,1%) được đoạn dương vật 1 phần, 5/32 BN (15,6%) đoạn toàn bộ dương vật, 2/32 BN (6,2%) giai đoạn T1 được cắt da quy đầu và phần quy đầu chứa bướu, sau đó tạo hình lại quy đầu. Tất cả BN được phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn 2 bên, trong đó có 6 trường hợp dương tính 2 bên, còn lại âm tính.

Để đánh giá chất lượng sống của nhóm BN, chúng tôi áp dụng bộ câu hỏi của EORTC QLQ-C30, gồm 30 câu hỏi, để tính điểm cho sức khỏe tổng quát và 5 lĩnh vực chức năng. Kết quả thu nhận được ghi nhận Sức khỏe tổng quát, Chức năng thể chất và Chức năng hoạt động thấp (0-75 điểm), trong khi Chức năng cảm xúc, Chức năng nhận thức và chức năng xã hội cao (76-100 điểm).

Bảng 2: Đánh giá chất lượng sống ở bệnh nhân nạo hạch bên nội soi trong ung thư dương vật

	Sức khỏe tổng quát	Chức năng thể chất	Chức năng hoạt động	Chức năng cảm xúc	Chức năng nhận thức	Chức năng xã hội
NC chúng tôi	59,4	65,6	62,5	81,2	78,1	87,5

IV. BÀN LUẬN

Việc điều trị ung thư dương vật có thể liên quan đến rối loạn chức năng tình dục, vấn đề đi tiểu, thẩm mỹ, ảnh hưởng hình dáng cơ quan sinh dục và vùng bẹn 2 bên. Tất cả đều có thể ảnh hưởng xấu đến chất lượng cuộc sống của BN⁷. Một phân tích tổng hợp của Meddineny và cs về chất lượng cuộc sống, các khía cạnh tâm lý tình dục và tâm lý xã hội ở BN ung thư dương vật phải áp dụng các phương pháp điều trị khác nhau, bao gồm cắt cụt toàn bộ dương vật và nạo hạch bên 2 bên⁵. Các tác giả được trích dẫn ở trên cho thấy rằng việc điều trị ung thư dương vật có tác động tiêu cực đến sức khỏe của tới 40% BN. Các tác giả cũng chỉ ra rằng

trong 6 nghiên cứu này, 13 công cụ định lượng khác nhau đã được sử dụng để đánh giá sức khỏe tâm lý, QoL và chức năng tình dục.

Một vấn đề quan trọng là thiếu các công cụ nghiên cứu tiêu chuẩn để đánh giá QoL ở nhóm BN này. Hầu hết các nghiên cứu đã sử dụng dữ liệu được thu thập hồi cứu từ một nhóm nhỏ BN ở các trung tâm riêng lẻ bằng các phương pháp đo lường khác nhau. Một trong những công cụ phổ biến nhất được sử dụng trong đánh giá QoL của BN ung thư là bộ câu hỏi EORTC – QLQ C-30. Nhiều nghiên cứu về ung thư tiết niệu đã sử dụng công cụ này⁸⁻¹⁰.

Bảng 3: Kết quả của nghiên cứu theo bảng câu hỏi QLQ C-30 so với kết quả tham chiếu các ung thư liên quan¹¹

	Sức khỏe tổng quát	Chức năng thể chất	Chức năng hoạt động	Chức năng cảm xúc	Chức năng nhận thức	Chức năng xã hội
NC chúng tôi	59,4	65,6	62,5	81,2	78,1	87,5
Tất cả ung thư, ở nam	66,7	86,7	83,3	75	83,3	83,3
Ung thư cơ quan sinh dục	66,7	N/A	66,7	83,3	100	83,3
Dân số chung	75	100	100	83,3	100	100

Trong số tất cả các bệnh ung thư đường sinh dục, ung thư dương vật là loại ung thư gây nguy hiểm nhất cho chức năng tình dục. Có vẻ như đời sống tình dục của những BN bị cắt cụt toàn bộ sẽ bị ảnh hưởng nặng nề

nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá sức khỏe toàn cầu trung bình/chất lượng cuộc sống trong bảng câu hỏi EORTC QLQ-C30 thấp hơn so với dân số nói chung và ở BN ung thư đường sinh dục¹¹. Ngoài ra, giá

trị trung bình của tất cả năm lĩnh vực chức năng, bao gồm chức năng thể chất, chức năng hoạt động, chức năng cảm xúc, chức năng nhận thức và chức năng xã hội, đều thấp hơn so với các giá trị tham chiếu chung của dân số¹¹.

Mặc dù bảng câu hỏi EORTC QLQ-C30 là một công cụ đo QoL mạnh mẽ dành cho nhóm bệnh ung thư nói chung, nhưng nó không nhằm mục đích phát hiện các khía cạnh QoL cụ thể liên quan đến các loại ung thư khác nhau, chẳng hạn như chức năng tình dục. Cho đến nay, một bảng câu hỏi dành riêng cho bệnh ung thư dương vật liên quan đến những khía cạnh này của chất lượng cuộc sống vẫn chưa được phát triển. Để trình bày vấn đề tốt hơn, BN được yêu cầu xác định “hoạt động tình dục”. Hầu hết đều trả lời rằng họ không tham gia vào bất kỳ hoạt động tình dục nào, trừ trường hợp giai đoạn T1 vẫn còn quan hệ tình dục được. Cần chú ý đến thực tế là độ tuổi trung bình của BN là 60 có thể ảnh hưởng đến kết quả đánh giá lĩnh vực tình dục.

Phẫu thuật nội soi là phương pháp can thiệp ít xâm lấn vùng bẹn 2 bên. Do vậy, chức năng thể chất và chức năng hoạt động của BN ít bị ảnh hưởng do điều trị ung thư dương vật.

Khoảng thời gian thích hợp từ khi thực hiện phẫu thuật dương vật đến khi tiến hành đánh giá QoL vẫn chưa được xác định rõ ràng. Bullen và cộng sự. đánh giá thời gian thích ứng tối thiểu là 18 tháng sau phẫu thuật, trong khoảng từ 18 tháng đến 5 năm¹². Trong nghiên cứu hiện tại, thời gian thực hiện nghiên cứu này cũng gần tương tự, là 14,6 tháng. Tuy nhiên, nghiên cứu hiện tại

không tránh khỏi những hạn chế. Số lượng BN trong nghiên cứu này còn ít và mọi so sánh với các nghiên cứu khác đều phải được thực hiện một cách thận trọng. Tuy nhiên, cần phải đánh giá cao rằng ung thư dương vật là một bệnh ác tính hiếm gặp. Một nhược điểm của nghiên cứu của chúng tôi là tính chất hồi cứu của nó. Việc bổ sung nghiên cứu này bằng đánh giá QoL, trước khi phẫu thuật, có thể mở rộng khả năng phân tích dữ liệu và tăng độ tin cậy của kết quả, đặc biệt là trong lĩnh vực tình dục.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu cho thấy việc cắt cụt toàn bộ dương vật và nạo hạch bẹn nội soi ảnh hưởng đáng kể đến vấn đề tình dục cũng như chất lượng cuộc sống nói chung. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng điều này không có tác động tiêu cực về mặt quan hệ đối tác, sự tự đánh giá hay đánh giá về nam tính. Kết quả thu được cho thấy cần phải tìm hiểu thêm về vấn đề này để xác định chiến lược đối phó cho BN. Trong tương lai, cần các nghiên cứu trên các mẫu lớn với các công cụ đo lường tiêu chuẩn hóa và các nhóm so sánh có thể giúp làm rõ hơn vấn đề chất lượng cuộc sống và lĩnh vực tình dục ở BN sau khi điều trị ung thư dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer Statistics, 2021. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(1):7-33. doi:10.3322/caac.21654
2. Sharma P, Zargar H, Spiess PE. Surgical Advances in Inguinal Lymph Node Dissection: Optimizing Treatment Outcomes. *Urologic Clinics of North America.*

- 2016;43(4): 457-468. doi:10.1016/j.ucl.2016.06.007
3. **Dorff TB, Ballas LK, Schuckman AK.** Current Management Strategy for Penile Cancer and Future Directions. *Curr Oncol Rep.* 2017;19(8):54. doi:10.1007/s11912-017-0615-4
 4. Importance of Addressing the Psychosocial Impact of Penile Cancer on Patients and Their Families - ScienceDirect. Accessed May 12, 2024. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0749208122000390?via%3Dihub>
 5. **Maddineni SB, Lau MM, Sangar VK.** Identifying the needs of penile cancer sufferers: A systematic review of the quality of life, psychosexual and psychosocial literature in penile cancer. *BMC Urology.* 2009;9(1):8. doi:10.1186/1471-2490-9-8
 6. **Kumar V, Sethia KK.** Prospective study comparing video-endoscopic radical inguinal lymph node dissection (VEILND) with open radical ILND (OILND) for penile cancer over an 8-year period. *BJU Int.* 2017;119(4):530-534. doi:10.1111/bju.13660
 7. **Hakenberg OW, Compérat EM, Minhas S, Necchi A, Protzel C, Watkin N.** EAU guidelines on penile cancer: 2014 update. *Eur Urol.* 2015;67(1):142-150. doi:10.1016/j.eururo.2014.10.017
 8. Cross-cultural development of an EORTC questionnaire to assess health-related quality of life in patients with testicular cancer: the EORTC QLQ-TC26 - PMC. Accessed May 12, 2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3576569/>
 9. **Singh V, Yadav R, Sinha RJ, Gupta DK.** Prospective comparison of quality-of-life outcomes between ileal conduit urinary diversion and orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy: a statistical model. *BJU Int.* 2014;113(5):726-732. doi:10.1111/bju.12440
 10. **Efficace F, Bottomley A, van Andel G.** Health related quality of life in prostate carcinoma patients: a systematic review of randomized controlled trials. *Cancer.* 2003;97(2):377-388. doi:10.1002/cncr.11065
 11. **Miret C, Orive M, Sala M, et al.** Reference values of EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23, and EQ-5D-5L for women with non-metastatic breast cancer at diagnosis and 2 years after. *Qual Life Res.* 2023;32(4):989-1003. doi:10.1007/s11136-022-03327-4
 12. **Bullen K, Matthews S, Edwards S, Marke V.** Exploring men's experiences of penile cancer surgery to improve rehabilitation. *Nurs Times.* 2009;105(12):20-24.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂM SÀNG VÀ BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI NẠO HẠCH BỆN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DƯƠNG VẬT

Trần Đoàn Thiên Quốc^{1,2}, Đặng Quang Tuấn¹,
Mai Bá Tiến Dũng^{1,2}, Nguyễn Công Minh^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạch ben trong ung thư dương vật là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư dương vật. Phẫu thuật nạo hạch ben là phương pháp giúp chẩn đoán giai đoạn và điều trị. Tuy nhiên, phương pháp này gây ra nhiều biến chứng như hoại tử da, mất da, nhiễm trùng, dò bạch huyết.

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong điều trị ung thư dương vật tại bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đây là nghiên cứu đoàn hệ, với 32 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi nạo hạch ben từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 06 năm 2024. Các biến số cần phân tích là thời gian phẫu thuật, số lượng hạch, các biến chứng trong và sau mổ, tỷ lệ tái phát và tỷ lệ sống sau 1 năm.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là 54,1 (37-74), thời gian phẫu thuật trung bình là 206,8 phút (160-260), số lượng hạch lấy được 9 (6-12). Không có biến chứng trong mổ. Biến chứng sau mổ ghi nhận: 1 trường hợp tụ dịch ở 1 bên ben (3,1%), 4 trường hợp phù bạch huyết sau mổ (23,5%), 1 trường hợp hoại tử da (3,1%), 2

trường hợp nhiễm trùng vết mổ (6,2%). Sau 1 năm điều trị không ghi nhận tái phát, và tỷ lệ sống là 100%.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi nạo hạch ben trong ung thư dương vật là một phương pháp an toàn, giúp loại bỏ hạch ben, đồng thời giúp làm giảm biến chứng sau phẫu thuật đáng kể.

Từ khóa: Ung thư dương vật, nạo hạch ben nội soi

SUMMARY

EVALUATING EFFICACY AND COMPLICATIONS OF LAPAROSCOPIC INGUINAL LYMPHADENECTOMY FOR PENILE CANCER

Background: Inguinal lymph node involvement is an important prognostic factor in penile cancer. Inguinal lymph node dissection allows staging and treatment of inguinal nodal disease. However, it causes morbidity and is associated with complications such as lymphocele, skin loss, and infection.

Aims: To evaluate the results of video endoscopic inguinal lymphadenectomy (VEIL) in patients with penile squamous cell carcinoma at Binh Dan hospital.

Materials and Methods: It is a cohort study, 32 patients underwent VEIL from September 2022 to June 2024. Data analyzed included mean operative time, mean lymph node yield, complications, recurrent rate and survival rate.

Results: The mean age of patients was 54.1 years (37-74). Mean operative time for VEIL was

¹Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đoàn Thiên Quốc
SĐT: 0907802439

Email: quoctran88@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

206,8 min (160-260). Mean lymph node yield was 9 (6-12). No intraoperative complication was experienced during the series. We noted that 1 case has surgical emphysema on 1 groin (3,1%), 2 cases have localized lymphocele (12,5%), 1 case has skin necrosis (3,1%), 2 cases have wound infection (6,2%). After 1 year, there is no recurrent case and survival rate was 100%.

Conclusions: VEIL is a safe and feasible technique in patients with penile carcinoma who require radical inguinal lymphadenectomy. It allows the removal of inguinal lymph nodes and reduces surgical morbidity substantially.

Keywords: Penile cancer, video endoscopic inguinal lymphadenectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù ung thư dương vật là một căn bệnh hiếm gặp trên toàn thế giới, chỉ chiếm 1% tổng số khối u ác tính ở nam giới, nhưng tỷ lệ tử vong đã tăng lên trong thập kỷ trước¹. Ước tính có khoảng 2210 trường hợp mới và 460 trường hợp tử vong ở Hoa Kỳ vào năm 2021¹. Vị trí lan rộng sớm nhất của ung thư dương vật trong khu vực là các hạch bạch huyết vùng bẹn², nơi di căn ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng sống sót³. Vì vậy, can thiệp phẫu thuật hạch bẹn di căn là một phần quan trọng trong việc điều trị bệnh lý ác tính này. Cho đến nay, phẫu thuật nạo hạch bẹn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn được khuyến nghị cho bệnh ung thư dương vật⁴. Mục tiêu của phẫu thuật nạo hạch là loại bỏ các hạch bạch huyết nhằm đạt được sự kiểm soát khu vực, xác định giai đoạn và cải thiện khả năng sống còn.

Kỹ thuật nạo hạch bẹn (ILND) đã trải qua nhiều thay đổi. ILND triệt căn đã trở thành tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh

nhân (BN) có hạch dương tính⁴. Mặc dù mổ mở là phương pháp hiệu quả nhưng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật cao, chẳng hạn như chậm lành vết thương và hoại tử da đã gây khó khăn cho các bác sĩ phẫu thuật trong nhiều năm^{5,6}. Những vấn đề này đã thúc đẩy sự xuất hiện của các công nghệ xâm lấn tối thiểu cho ILND, mang lại sự đổi mới công nghệ cho ILND.

ILND xâm lấn tối thiểu có thể cung cấp khả năng kiểm soát ung thư đầy đủ và giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật so với phương pháp mổ hở truyền thống^{7,8}. Kể từ khi được giới thiệu lần đầu tiên vào năm 2006 [9], phẫu thuật cắt hạch bẹn qua nội soi (VEIL) đã được phát triển tốt. Một nghiên cứu tiền cứu kéo dài 8 năm cho thấy VEIL có thể được coi là một lựa chọn điều trị tiêu chuẩn cho hầu hết BN có chỉ định ILND⁷.

Theo hiểu biết của chúng tôi, có rất ít nghiên cứu về kinh nghiệm phẫu thuật nạo hạch bẹn nội soi và việc đánh giá giá trị của nó là cực kỳ quan trọng. Tại bệnh viện Bình Dân, mổ mở nạo hạch bẹn đã được thực hiện từ khá lâu. Kể từ năm 2021, nạo hạch bẹn nội soi bắt đầu được thực hiện. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá tính khả thi, độ an toàn và hiệu quả của phương pháp nội soi nạo hạch bẹn trong ung thư dương vật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là một nghiên cứu đoàn hệ. BN bị ung thư dương vật có chỉ định nạo hạch bẹn nội soi. Chúng tôi thu thập được 32 BN từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 06 năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán ung thư dương vật và có chỉ định nạo hạch bẹn nội soi tại bệnh viện Bình Dân:

+ Bướu nguyên phát giai đoạn T1G2 trở lên hoặc hạch (+) qua khám lâm sàng và cận lâm sàng.

+ Giải phẫu bệnh là Carcinôm tế bào gai dương vật.

Quy trình phẫu thuật:

- BN được gây mê mask thanh quản hoặc mê nội khí quản. Tư thế: nằm ngửa, chân hơi dạng (tương tự phẫu thuật mổ mở).

+ Ê kíp phẫu thuật đứng vị trí cùng bên vùng bẹn được phẫu thuật, hệ thống nội soi đặt ở vị trí đối diện, ngang hông BN.

+ Đánh dấu bề mặt vùng bẹn trước phẫu thuật, chú ý các mốc: dây chằng bẹn, gai chậu trước trên, tam giác đùi.

+ Vị trí port: port đầu tiên 10-12mm đặt ở vị trí cách 4 cm đỉnh dưới của tam giác đùi, dùng cho Camera. Port thứ hai và thứ ba 5mm được đặt cạnh đỉnh tam giác đùi 6 cm theo chiều dọc.

+ Dùng ống kính 0 độ. Bơm hơi từ 12-15 mmHg.

+ Bóc tách ngược dòng và chú ý các mốc giải phẫu. Các mốc chính của việc bóc tách là cơ dạng dài bên trong, cơ may bên ngoài, phía trên là đường nối gai chậu trước trên với củ mu, và bên dưới là đỉnh của tam giác đùi.

+ Mô bạch huyết ở xa được bóc tách bằng dao siêu âm từ đỉnh của tam giác đùi, đi lên trên dọc theo tĩnh mạch hiển lớn cho đến các mạch máu đùi phía trên vòng đùi. Các mạch máu được kiểm soát bằng dao siêu âm hoặc clip mạch máu

+ Quá trình bóc tách kết thúc bằng cách giải phóng mẫu vật bao gồm mô xơ cùng với các hạch bạch huyết ở bẹn. Mẫu vật có các

hạch bạch huyết ở bẹn được lấy ra qua port 10-12mm. Nếu mẫu lớn hơn có thể bỏ vào trong túi bệnh phẩm và rạch đường mổ lớn hơn để lấy ra.

+ Vết mổ được đặt dẫn lưu. Băng ép từ bẹn đến đùi. Ống dẫn lưu được rút ra sau bốn đến tám ngày khi lượng dịch thoát ra dưới 50 ml trong 24 giờ.

Các biến số nghiên cứu:

+ Yếu tố BN: tuổi, lý do nhập viện

+ Yếu tố lâm sàng: vị trí bướu, phân giai đoạn TNM, giải phẫu bệnh

+ Phẫu thuật: thời gian, lượng máu mất, số lượng hạch, biến chứng

+ Thời gian nằm viện, thời gian rút dẫn lưu

+ Các điều trị khác kèm theo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số BN trong nghiên cứu là 32. Tuổi trung bình là 54,1 (37-74). 30/32 người (93,8%) đến bệnh viện với khối bướu to xâm lấn: 8 trường hợp (25%) xâm lấn thể xốp (phân độ T2), 22 trường hợp (68,8%) xâm lấn thể hang (phân giai đoạn T3), có 2 người (6,2%) nhập viện ở giai đoạn T1. Tất cả các trường hợp bướu xuất phát từ vị trí quy đầu, sau đó tiến triển xâm lấn mô thể xốp, thể hang. Qua kiểm tra bằng siêu âm và MRI ghi nhận BN đều có hạch bẹn 2 bên, phân giai đoạn lâm sàng N2. 14 BN (43,8%) được làm FNA hạch bẹn, có 2 trường hợp (6,2%) dương tính, giải phẫu bệnh là Carcinôm tế bào gai biệt hóa cao. Không có BN nào di căn xa (M0) trong đợt nghiên cứu.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng trước mổ của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả
Tổng số BN trong nghiên cứu	32
Tuổi	54,1
Phân giai đoạn TNM	
T	6,2% T1, 25% T2, 68,8% T3
N	N2
M	M0
FNA	14 (43,8%), có 2 trường hợp (+) (18,7%)

Tất cả BN đều được phẫu thuật khối u nguyên phát và phẫu thuật nội soi nạo hạch bên 2 bên:

- U nguyên phát: 25/32 BN (78,1%) được đoạn dương vật 1 phần, 5/32 BN (15,6%) đoạn toàn bộ dương vật, 2/32 BN (6,2%) giai đoạn T1 được cắt da quy đầu và phần quy đầu chứa bướu, sau đó tạo hình lại quy đầu. Thời gian phẫu thuật trung bình bướu nguyên phát là 33,6 phút (25-45 phút), lượng máu mất trung bình 45,5ml (20-100ml).

- Hạch bẹn: tất cả BN được phẫu thuật nội soi nạo hạch bên 2 bên. Thời gian phẫu thuật trung bình cho cả 2 bên là 206,8 phút (160 – 260 phút), lượng máu mất trung bình 96,2ml (60-200ml). Trong mổ, không có biến chứng nào được ghi nhận. Số lượng hạch lấy được trung bình: bên trái là 9,2 hạch (7-12), bên phải là 8,8 hạch (6-12). Có 6 trường hợp dương tính với hạch 2 bên, còn lại kết quả âm tính.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật	Kết quả
U nguyên phát	
Phương pháp phẫu thuật	
- Cắt quy đầu và da quy đầu chứa bướu	2 (6,2%)
- Đoạn dương vật 1 phần	25/32 (78,1%)
- Đoạn toàn bộ dương vật	5/32 (15,6%)
Thời gian phẫu thuật	33,6 phút (25-45)
Lượng máu mất	45,5 ml (20-100)
Hạch bẹn	
Thời gian phẫu thuật	206,8 phút (160-260)
Lượng máu mất	96,2 ml (60-200)
Số lượng hạch	9 hạch (6-12)
- Bên trái	9,2 hạch (7-12)
- Bên phải	8,8 hạch (6-12)

Về hậu phẫu: thời gian nằm viện trung bình là 3,46 ngày (3-5 ngày). BN mang dẫn lưu về khi xuất viện. Thời gian rút ống dẫn lưu trung bình là 11,2 ngày (10-15 ngày). 1 BN (3,1%) bị tụ dịch 1 bên bẹn sau mổ do ống dẫn lưu gấp góc. BN được chỉnh ống dẫn

lưu và hút dịch. 4 BN (12,5%) bị phù bạch huyết sau mổ, được điều trị nội khoa và theo dõi thấy giảm dần theo thời gian. Có 1 BN (3,1%) bị hoại tử da, được điều trị nội khoa. 2 BN (6,2%) bị nhiễm trùng vết mổ, được điều trị nội khoa.

Bảng 3: Đặc điểm bệnh nhân sau mổ

Đặc điểm hậu phẫu	Tỷ lệ
Thời gian nằm viện	3,46 ngày (3-5)
Thời gian rút dẫn lưu	11,2 ngày (10-15)
Biến chứng	
Tụ dịch bẹn	1 (3,1%)
Phù bạch huyết	4 (12,5%)
Hoại tử da	1 (3,1%)
Nhiễm trùng vết mổ	2 (6,2%)

Sau 1 năm theo dõi, chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào tái phát u nguyên phát hoặc tái phát hạch bẹn. 6 BN với hạch bẹn dương tính được tiếp tục theo dõi tại khoa Ung Bướu. BN được hóa trị sau mổ. Tỷ lệ sống của nhóm nghiên cứu sau 3 năm là 100%.

IV. BÀN LUẬN

Tại thời điểm chẩn đoán ung thư dương vật, tỷ lệ di căn hạch bẹn sờ thấy trên lâm sàng là 30%⁹. Phẫu thuật mở mở nạo hạch bẹn thường mang lại hiệu quả đáng kể trong điều trị bệnh¹⁰. Tuy nhiên, thậm chí ngày nay, ngay cả trong trường hợp của những bác sĩ phẫu thuật có kinh nghiệm, thì tỷ lệ các biến chứng sau mổ vẫn khá cao. Các biến chứng nhẹ như hở vết mổ, phù nhẹ và tụ dịch có thể xảy ra ở khoảng 2/3 số BN, trong khi các biến chứng nặng như hoại tử vạt da, huyết khối tĩnh mạch sâu và phù bạch huyết xuất hiện ở khoảng 1/3 số BN⁹⁻¹¹. Một số cải tiến về phẫu thuật được thực hiện để giảm biến chứng như:

- Sử dụng vạt da dày dựa vào nguồn máu nuôi bề mặt
- Phẫu tích phần trong của dây thần kinh đùi
- Vết rạch da nhỏ hơn
- Bảo tồn tĩnh mạch hiển
- Chuyển vị cơ Sartorius¹²

Nhờ những điều chỉnh này, tỷ lệ biến chứng giảm xuống 36%, tuy nhiên những biến chứng nặng hơn như huyết khối tĩnh mạch sâu và thậm chí nhồi máu cơ tim đã được báo cáo^{9-11,13}.

Năm 2003, phẫu thuật nội soi nạo hạch bẹn lần đầu được áp dụng bởi Bishop và cộng sự,

sau đó là nghiên cứu của những tác giả khác cho thấy phẫu thuật nội soi giúp làm giảm các

biến chứng sau mổ, nhất là biến chứng nhiễm trùng và hoại tử da¹⁴. Nghiên cứu của

Pahwa H.S và cs (2013), Kandasamy và cs (2022), Kumar và cs (2017) cho thấy phẫu thuật nội soi giúp giảm biến chứng và vẫn bảo đảm kiểm soát về mặt ung thư học^{7,15,16}.

Bảng 4: So sánh kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác

	NC của chúng tôi	Pahwa và cs	Kumar và cs	Kandasamy và cs
Thời gian PT (phút)	206,8	238	240	280
Biến chứng trong mổ (%)	0	0	0	0
Biến chứng da (%)	9,3	6,9	6	11,8
Phù bạch huyết (%)	112,5	30	10	23
Số lượng hạch (trung bình)	8,3	8	10,8	9

Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng phương pháp VEIL giúp giảm thiểu các biến chứng so với mổ mở¹³. Việc xuất viện sớm và giảm thời gian nằm viện có thể giúp tránh được các biến chứng. Một ưu điểm quan trọng của phương pháp VEIL là giúp giảm các biến chứng liên quan đến da. Một số nghiên cứu đã báo cáo tỷ lệ biến chứng da gần như bằng không và tỷ lệ phù bạch huyết từ 0 đến 30%¹⁴. Thời gian mổ của VEIL thường kéo dài hơn so với phẫu thuật mở thông thường, nhưng vì vết mổ rất nhỏ, kết quả thẩm mỹ thường tốt hơn. Các nghiên cứu khác nhau cũng đã báo cáo kết quả tích cực với phương pháp VEIL⁸.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả, chúng tôi nhận thấy VEIL là một phương pháp an toàn, khả thi và đầy hứa hẹn để điều trị hạch bẹn trong ung thư dương vật. Phương pháp này cho phép loại bỏ hạch bẹn, đồng thời làm giảm đáng kể các biến chứng trong và sau mổ. Qua các nghiên cứu trên, chúng tôi hi vọng VEIL có thể thay thế mổ mở nạo hạch bẹn trong điều trị ung thư dương vật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A.** Cancer Statistics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021;71(1):7-33. doi:10.3322/caac.21654
2. **Sharma P, Zargar H, Spiess PE.** Surgical Advances in Inguinal Lymph Node Dissection: Optimizing Treatment Outcomes. Urologic Clinics of North America. 2016;43(4): 457-468. doi:10.1016/j.ucl.2016.06.007
3. **Dorff TB, Ballas LK, Schuckman AK.** Current Management Strategy for Penile Cancer and Future Directions. Curr Oncol Rep. 2017;19(8):54. doi:10.1007/s11912-017-0615-4
4. **Hakenberg OW, Dräger DL, Erbersdobler A, Naumann CM, Jünemann KP, Protzel C.** The Diagnosis and Treatment of Penile Cancer. Dtsch Arztebl Int. 2018; 115(39): 646-652. doi:10.3238/arztebl.2018.0646
5. **Koifman L, Hampl D, Koifman N, Vides AJ, Ornellas AA.** Radical open inguinal lymphadenectomy for penile carcinoma: surgical technique, early complications and late outcomes. J Urol. 2013;190(6):2086-2092. doi:10.1016/j.juro.2013.06.016
6. **Stuiver MM, Djajadiningrat RS, Graafland NM, Vincent AD, Lucas C, Horenblas S.** Early wound complications after inguinal lymphadenectomy in penile cancer: a historical cohort study and risk-

- factor analysis. *Eur Urol.* 2013;64(3):486-492. doi:10.1016/j.eururo.2013.02.037
7. **Kumar V, Sethia KK.** Prospective study comparing video-endoscopic radical inguinal lymph node dissection (VEILND) with open radical ILND (OILND) for penile cancer over an 8-year period. *BJU Int.* 2017;119(4):530-534. doi:10.1111/bju.13660
8. **Yadav SS, Tomar V, Bhattar R, Jha AK, Priyadarshi S.** Video Endoscopic Inguinal Lymphadenectomy vs Open Inguinal Lymphadenectomy for Carcinoma Penis: Expanding Role and Comparison of Outcomes. *Urology.* 2018;113:79-84. doi:10.1016/j.urology.2017.11.007
9. **Bevan-Thomas R, Slaton JW, Pettaway CA.** Contemporary morbidity from lymphadenectomy for penile squamous cell carcinoma: the M.D. Anderson Cancer Center Experience. *J Urol.* 2002;167(4):1638-1642.
10. Lymphadenectomy in the surgical management of penile cancer - PubMed. Accessed April 30, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19264390/>
11. **Bouchot O, Rigaud J, Maillet F, Hetet JF, Karam G.** Morbidity of inguinal lymphadenectomy for invasive penile carcinoma. *Eur Urol.* 2004;45(6):761-765; discussion 765-766. doi:10.1016/j.eururo.2003.12.003
12. **Catalona WJ.** Modified inguinal lymphadenectomy for carcinoma of the penis with preservation of saphenous veins: technique and preliminary results. *J Urol.* 1988;140(2): 306-310. doi:10.1016/s0022-5347(17)41589-8
13. **Video Endoscopic Inguinal Lymphadenectomy (VEIL)--a prospective critical perioperative assessment of feasibility and morbidity with points of technique in penile carcinoma - PubMed.** Accessed April 30, 2024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23432959/>
14. **Hu J, Li H, Cui Y, et al.** Comparison of clinical feasibility and oncological outcomes between video endoscopic and open inguinal lymphadenectomy for penile cancer: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2019;98(22):e15862. doi:10.1097/MD.00000000000015862
15. **Kandasamy SG, Chandran KR, Pooleri GK.** Minimal invasive approaches in lymph node management of carcinoma of penis: A review. *Indian J Urol.* 2022;38(1):15-21. doi:10.4103/iju.iju_387_21
16. **Li J, Zhu Y, Zhang SL, et al.** Organ-sparing surgery for penile cancer: complications and outcomes. *Urology.* 2011;78(5): 1121-1124. doi:10.1016/j.urology.2011.08.006

NHÂN TRƯỜNG HỢP CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH U GIÁP THÔNG TRUNG THẤT CHÈN ÉP TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN, CHÈN ÉP KHÍ QUẢN, PHÙ ÁO KHOÁC

Phạm Thị Thanh Sang¹, Phạm Thị Trường An¹,
Trần Lê Hoài Thương¹, Nguyễn Thị Hương Trà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả trường hợp chăm sóc và điều trị bệnh nhân u giáp thông trung thất chèn ép tĩnh mạch chủ trên, chèn ép khí quản, phù áo khoác tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, Bệnh viện Bình Dân.

Trường hợp: Bệnh nhân nữ 70 tuổi, vào viện vì khó thở khi nằm kèm đau ngực, phù áo khoác, không nuốt sặc, không nghẹn, tiêu tiểu bình thường. Chụp cắt lớp vi tính có cản quang ghi nhận: Bướu giáp thông trung thất trên, chèn ép gây tắc nghẽn hồi lưu tĩnh mạch thân cánh tay đầu hai bên, đã tạo tuần hoàn bàng hệ vùng ngực – nách – cánh tay. Siêu âm tuyến giáp: Phình giáp đa nhân hai thùy TIRADS 3-4, thông vào trung thất trên. Chức năng tuyến giáp bình thường. FNA trước mổ: phình giáp nhân thùy phải. Nội soi thanh quản: Dây thanh hai bên còn di động. Bệnh nhân được phẫu thuật mở ngực, chẻ xương ức cắt toàn bộ u giáp thông trung thất bằng dao Ligasure. Bệnh nhân xuất viện sau 07 ngày không biến chứng. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ: Carcinoma tuyến giáp dạng nhú, đa ổ, thể kinh điển, không xâm lấn vỏ bao tuyến giáp.

¹Khoa Ngoại Lồng ngực - Bướu cổ, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Sang
SĐT: 0907224573

Email: phamthithanhsang123@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Kết luận: Bướu giáp đa nhân hai thùy thông vào trung thất, chèn ép tĩnh mạch chủ trên và khí quản gây triệu chứng phù áo khoác là tình trạng bệnh lý ít gặp. Phẫu thuật mở ngực cắt toàn bộ tuyến giáp là phương pháp điều trị triệt để. Để chăm sóc hậu phẫu đạt kết quả tốt, nhân viên y tế cần lưu ý một số yếu tố quan trọng.

SUMMARY

CASE REPORT: CARE OF A PATIENT WITH A SUBSTERNAL GOITER COMPRESSING THE SUPERIOR VENA CAVA, TRACHEA, AND CAUSING SUPERIOR VENA CAVA SYNDROME

Objective: To describe the case of care and treatment of a patient with a substernal goiter compressing the superior vena cava and trachea, causing superior vena cava syndrome at the Department of Thoracic Surgery – Goiter, Bình Dân Hospital.

Case report: A 70-year-old female patient was admitted to the hospital due to dyspnea when lying down, accompanied by chest pain and superior vena cava syndrome, without dysphagia, choking, or abnormal urination and defecation. Contrast-enhanced computed tomography (CT) revealed a substernal goiter compressing and obstructing the brachiocephalic veins on both sides, leading to collateral circulation formation in the thorax, axilla, and arms. Thyroid ultrasound showed a multinodular goiter in both lobes classified as TIRADS 3-4, extending into

the superior mediastinum. Thyroid function was normal. Preoperative fine-needle aspiration (FNA) suggested a multinodular goiter in the right lobe. Laryngoscopy confirmed normal mobility of both vocal cords. The patient underwent a median sternotomy and total resection of the substernal goiter using a Ligasure device. She was discharged after seven days without complications. Postoperative histopathology confirmed a multifocal, classical variant of papillary thyroid carcinoma without thyroid capsule invasion.

Conclusion: Multinodular goiter extending into the mediastinum, compressing the superior vena cava and trachea, leading to superior vena cava syndrome, is a rare condition. Total thyroidectomy via sternotomy is a definitive

treatment. For optimal postoperative outcomes, healthcare providers should pay attention to several important factors.

I. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

1.1. Hành chánh:

Bệnh nhân: Trần Thị N. 70 tuổi

Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: Xuân Thanh, TP Long Khánh, Đồng Nai

Ngày nhập viện: 27/08/2024

Lý do nhập viện: khó thở

1.2. Bệnh sử:

Bệnh nhân nữ 70 tuổi, vào viện vì khó thở khi nằm kèm đau ngực, phù áo khoác, không nuốt sặc, không nghẹn, tiêu tiểu bình thường



Hình 1: Bệnh nhân

1.3. Khám lâm sàng lúc vào viện:

Bệnh tình tiếp xúc tốt

Da niêm hồng

Sinh hiệu ổn: Mạch 90 l/ph

HA 140/80 mmHg

NT 18 l/ph

Nhiệt độ 37°C

Cân nặng 56 kg

Chiều cao 162 cm

Không thở co kéo

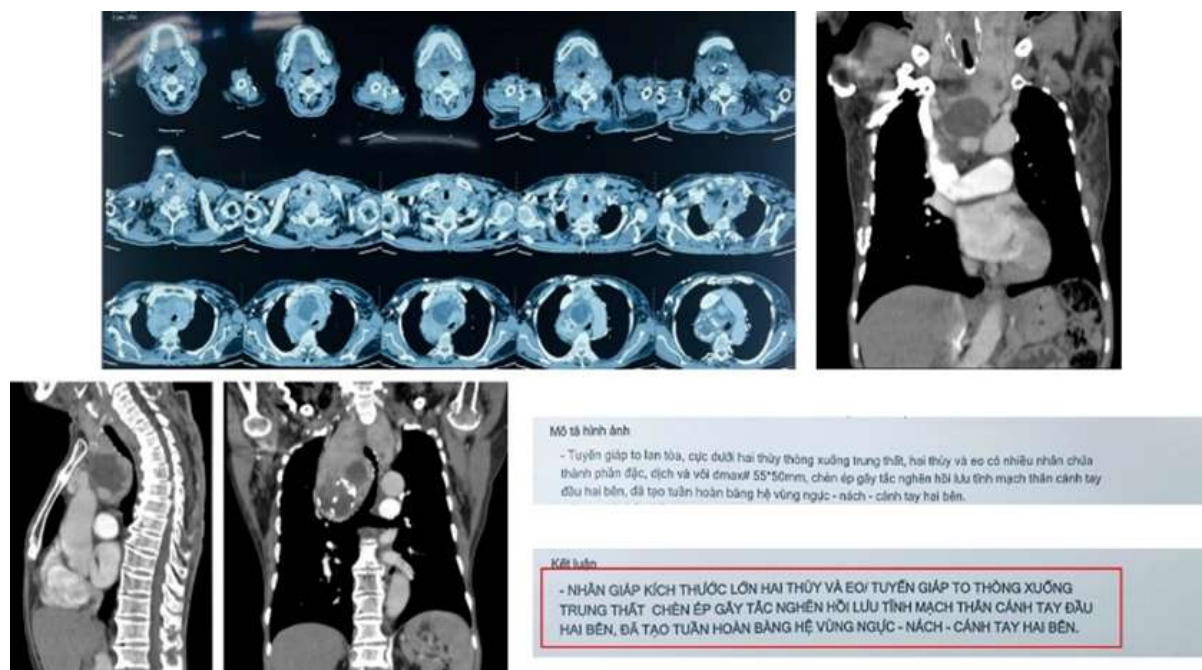
Chi ấm

Mạch rõ

Phù áo khoác

1.4. Cận lâm sàng:

Chức năng tuyến giáp: Bình thường



Hình 2: Kết quả cận lâm sàng

1.5. Chẩn đoán trước mổ

Bướu giáp đa nhân hai thùy thông trung thất, chèn ép tĩnh mạch chủ trên và khí quản, phù áo khóa

1.6. Phương pháp điều trị

Mô tả phẫu thuật:

Đường rạch da, đường vào: theo nếp lằn cổ 7cm, trên hõm ức 2cm và đường mổ giữa ngực từ hõm xương ức đến mõm mũi kiếm khoảng 25cm, hình chữ T, chừa cầu da.

Mô tả sang thương và cơ quan khác: bướu giáp đa nhân hai thùy, đường kính nhân lớn nhất 6x6 cm, thùy trái thông vào trung thất sau xương ức, thùy phải thông sâu vào trung thất đi sau tĩnh mạch chủ trên và động mạch chủ ngực đoạn lên

Phẫu thuật tiến hành hai thì: phẫu thuật ở vùng cổ và ở vùng ngực:

• Thì 1 (vùng cổ): bóc lộ tuyến giáp, kiểm soát động mạch giáp trên và giáp giữa, kẹp cột mạch máu. Cắt gần trọn hai thùy tuyến giáp ở vùng cổ bằng Ligasure. Chỉ để lại 1 lớp mô mỏng ở phía sau. Di động cực

dưới tuyến giáp, bảo tồn thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp hai bên.

• Thì 2 (vùng ngực): Vào đường giữa ngực khoảng 25cm, chẻ xương ức, bóc lộ phần tuyến giáp thông vào trung thất. Di động cực dưới tuyến giáp, gỡ dính, di động toàn bộ phần tuyến giáp thông vào trung thất. Cắt trọn hai thùy tuyến giáp thông vào trung thất. Kiểm tra cầm máu kỹ.

Rửa lại phẫu trường với nước muối sinh lý pha loãng betadine, kiểm tra màng phổi hai bên nguyên vẹn, không xì khí, kiểm tra không chảy máu.

Phối hợp với bác sĩ gây mê thay ống nội khí quản số 7, kiểm tra không ghi nhận mềm sụn khí quản.

Dẫn lưu 2 redon: sau xương ức và trung thất bên phải nơi u thông to

Đóng xương ức bằng 5 mũi chỉ thép.

Lượng máu mất: 300ml

Dự kiến rút các ống dẫn lưu: 3-5 ngày.

1.7. Chăm sóc hậu phẫu

❖ Chăm sóc tổng quát

○ **Đánh giá hô hấp:**

Đặt ưu tiên kiểm tra chức năng hô hấp ngay sau phẫu thuật. Đánh giá thường xuyên các dấu hiệu suy hô hấp như nhịp thở nhanh, khó thở, hoặc tiếng rít thanh quản. Theo dõi bệnh nhân có triệu chứng mềm sụn khí quản, đặc biệt ở bệnh nhân có bướu lớn chèn ép khí quản kéo dài.

Can thiệp: Trong trường hợp có triệu chứng suy hô hấp, cần tiến hành thở oxy qua mask hoặc đặt lại nội khí quản nếu cần thiết.

○ **Vật lý trị liệu hô hấp:**

Hướng dẫn bệnh nhân tập thở sâu, tập ho và vỗ lưng xoay trở nhằm tránh xẹp phổi hoặc viêm phổi.

○ **Đánh giá dây thanh và thần kinh quặt ngược:**

Kiểm tra tình trạng giọng nói và nuốt của bệnh nhân. Liệt dây thanh hoặc tổn thương thần kinh quặt ngược là biến chứng thường gặp (23% theo Parameswaran et al., 2021).

Can thiệp: Nếu phát hiện khàn tiếng hoặc khó nuốt, cần hội chẩn với chuyên gia Tai Mũi Họng để nội soi đánh giá dây thanh và áp dụng các biện pháp phục hồi chức năng.

○ **Quản lý đau sau mổ:** Đánh giá và ghi nhận mức độ đau hàng ngày để có biện pháp giảm đau kịp thời. Chế độ giảm đau đã được đề xuất hợp lý (Paracetamol + Pethidine), nhưng có thể xem xét thay Pethidine bằng các thuốc giảm đau ít tác dụng phụ hơn như Morphine đường truyền chậm, nếu cần.

1.8. Theo dõi cận lâm sàng

Canxi máu: Biến chứng hạ canxi máu xảy ra ở khoảng 30% bệnh nhân phẫu thuật bướu giáp thông trung thất (theo Parameswaran et al., 2021). Cần theo dõi nồng độ canxi máu từ 24 - 48 giờ sau mổ.

Can thiệp: Nếu hạ canxi máu (< 8.5 mg/dL), bổ sung canxi đường uống hoặc truyền TM kèm Vitamin D.

Dẫn lưu sau mổ: Theo dõi lượng dịch dẫn lưu qua ống redon. Nếu dịch kéo dài hoặc có màu bất thường (máu đỏ tươi hoặc mủ), cần kiểm tra cầm máu và nhiễm trùng phẫu trường. Thời điểm rút ống dẫn lưu cần linh hoạt tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân.

Theo dõi sinh hiệu: Đánh giá định kỳ mạch, huyết áp, nhiệt độ, và tình trạng tri giác để phát hiện sớm các biến chứng như nhiễm trùng hoặc tràn khí màng phổi.

1.9. Kết quả giải phẫu bệnh

Carcinôm tuyến giáp dạng nhú, đa ổ, thể kinh điển, không xâm lấn vỏ bao tuyến giáp.

Thuốc sau mổ:

Kháng sinh: Invanz 1g / 24h

Giảm đau:

Paracetamol 1g 1 chai x 3 TTM 100 g/ph
- Mỗi 8h

Pethidine 100mg Nửa ống tiêm bắp - Mỗi 6h

Tình trạng các ống dẫn lưu: Redon ra ít dịch hồng, rút ống dẫn lưu sau 5 ngày

Đánh giá mức độ đau sau mổ:

Ngày 1 – 2: độ 4

Từ ngày 3 – 5 : độ 3

Từ ngày 6: độ 2

Vật lý trị liệu sau mổ:

Ngày 1 – 2: Vỗ lưng xoay trở, tập thở, vận động tại giường

Từ ngày 3: Vỗ lưng xoay trở, vận động

Bệnh nhân xuất viện: Hậu phẫu ngày 7

Chế độ dinh dưỡng hậu phẫu

- Đảm bảo bệnh nhân được cung cấp chế độ dinh dưỡng giàu protein để hỗ trợ lành vết thương và phục hồi sau mổ. Bệnh nhân có thể bắt đầu chế độ ăn lỏng, sau đó chuyển dần sang ăn đặc khi chức năng nuốt ổn định.

- Khuyến khích bệnh nhân uống nhiều nước để hỗ trợ lưu thông tuần hoàn và giảm nguy cơ tạo cục máu đông.

Bảng 1. Thực đơn ngày thứ ba: Năng lượng 1800-1900kcal

Sáng	Trưa	Xế chiều	Chiều
Phở Gà và sữa Ca cao Phở Gà: Bánh phở: 160-180g Thịt Gà: 70g Rau, giá: 100g Sữa ca cao: 150ml nóng Sữa đặc có đường: 30g Ca cao: 5g	Cơm: 1,5 chén Thịt sườn non kho thơm: Thịt sườn non : 100g -120g (do có xương nhiều hay ít) Thơm: 50g Canh bí đỏ, thịt băm: Bí đỏ: 80g Thịt băm: 10g Món xào: Đậu que xào Đậu que: 100g Dầu: 5g Trái cây tráng miệng: Chuối sứ: 1 trái nhỏ (khoảng 100g-120g)	Sữa chua có đường 1 hộp (100g)	Cơm: 1,5 chén Cá bông lau kho tiêu: 140g Dầu: 5g Hành lá: 3g Canh hẹ đậu hũ, thịt băm Hẹ: 60g Đậu hũ: 50g Thịt heo nạc: 10g Món xào. Dưa leo, cà chua xào Dưa leo: 80g Cà chua: 50g Trái cây tráng miệng. Quýt: 1 trái nhỏ (100g-120g)

II. BÀN LUẬN

Bướu giáp nhân là một tình trạng khá phổ biến. Tỷ lệ mắc bướu giáp nhân có thể khác nhau tùy thuộc vào khu vực, giới tính, tuổi tác và các yếu tố môi trường. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bướu giáp nhân trong dân số dao động từ 4 – 7%. Tỷ lệ mắc bướu giáp nhân cũng tăng dần theo độ tuổi và thường gặp ở phụ nữ. Đa phần bướu giáp nhân là lành tính, chỉ có khoảng 5% là ác tính. Tuy nhiên, cần tầm soát và theo dõi thường xuyên để phát hiện sớm các trường hợp nguy cơ cao.

Mặt khác, trường hợp bướu giáp nhân to thông vào trung thất chèn ép khí quản và tĩnh mạch chủ trên gây triệu chứng phù ảo khó thở thường không phổ biến với tỷ lệ hiện mắc trong dân số 3%.^[1] Phương pháp điều trị và chăm sóc bệnh nhân hậu phẫu cũng có nhiều khác biệt đáng lưu ý. Vì vậy, chúng tôi báo cáo trường hợp đặc biệt này và tham khảo ý văn thế giới về các trường hợp bệnh tương tự nhằm đúc kết một số kinh nghiệm trong quá

trình điều trị và chăm sóc bệnh nhân bướu giáp to chèn ép vào trung thất.

Hầu hết bệnh nhân bướu cổ thông trung thất đều không có triệu chứng. Triệu chứng xuất hiện chủ yếu là khó thở do khí quản bị chèn ép hoặc phù ảo khó thở do giảm hồi lưu tĩnh mạch. Vì vậy, phẫu thuật cắt bỏ tuyến giáp có thể cải thiện các triệu chứng. Phẫu thuật cũng được chỉ định khi có nghi ngờ ác tính. Trong báo cáo này, bệnh nhân của chúng tôi vào viện với đủ các triệu chứng điển hình của bướu cổ to thông trung thất và chèn vào khí quản cũng như tĩnh mạch chủ trên. Bệnh nhân sau đó được tiến hành phẫu thuật cắt trọn tuyến giáp qua đường mổ ở cổ và cửa xương ức mở ngực đường giữa.

Để chuẩn bị cho phẫu thuật, điều dưỡng chăm sóc cần chuẩn bị bệnh nhân theo quy trình soạn mổ của phẫu thuật lồng ngực bao gồm:^[2]

- Hướng dẫn bệnh nhân nhịn ăn trong khoảng 6-8 giờ trước phẫu thuật.

- Cạo sạch lông vùng ngực, sát khuẩn vùng da cần phẫu thuật để giảm nguy cơ nhiễm trùng.

- Đặt đường truyền tĩnh mạch, có thể cần catheter tĩnh mạch trung tâm và đường truyền động mạch nếu cần thiết, để dễ dàng cung cấp thuốc và dịch truyền trong phẫu thuật.

Trong trường hợp bướu giáp thông trung thất có chèn ép tĩnh mạch chủ trên gây phù áo khoác tương tự với bệnh nhân trong báo cáo này, chúng tôi khuyến nghị điều dưỡng viên hạn chế đặt đường truyền tĩnh mạch vùng đầu mặt cổ hoặc chi trên. Thay vào đó, nên lựa chọn các đường truyền ngoại vi ở chi dưới. Lý giải cho vấn đề này, chúng tôi cho rằng bướu giáp to chèn ép vào hệ tĩnh mạch chủ trên gây ra các tình trạng ứ máu ngoại vi ở vùng đầu mặt cổ (phù áo khoác) và chi trên hai bên. Sử dụng đường truyền tĩnh mạch ở hai tay trước khi tiến hành phẫu thuật có thể làm nặng thêm tình trạng phù chi và truyền dịch không hiệu quả.

Ngoài ra, bệnh nhân cũng cần được tư vấn và tập vật lý trị liệu hô hấp trước mổ.

Các nghiên cứu trên thế giới đều chỉ ra rằng, tỉ lệ giảm đau sau mổ giảm rõ rệt nếu bệnh nhân được tư vấn trước mổ cũng như hướng dẫn tập thở, tập ho và xoay trở sau mổ. Đối với bệnh nhân tiền phẫu tại khoa Phẫu thuật lồng ngực – bướu cổ, chúng tôi thực hiện quy trình tư vấn và tập vật lý trị liệu hô hấp thường quy cho bệnh nhân có phẫu thuật liên quan đến lồng ngực, nhằm mục đích giảm các biến chứng gây ra do đau và hạn chế hô hấp sau mổ. Đối với trường hợp báo cáo này, bệnh nhân cũng được soạn mổ theo quy trình tương tự, vì vậy không ghi nhận các biến chứng viêm phổi, xẹp phổi sau mổ. Đồng thời mức độ đau sau mổ của bệnh nhân cũng chỉ ở mức trung bình (2 đến 4).^[3]

Những vấn đề hậu phẫu cũng được tác giả Rajeev Parameswaran và cộng sự^[1] (2021) ghi nhận qua một nghiên cứu về những khó khăn trong điều trị bướu giáp thông trung thất các biến chứng có thể xảy ra trong hậu phẫu cắt tuyến giáp thông trung thất, như sau:

Biện pháp phòng ngừa các biến chứng liên quan đến bướu giáp thông trung thất

Các biến chứng tiềm ẩn và biện pháp phòng ngừa dựa trên y văn:

Biến chứng	Tỉ lệ (%) theo Parameswaran et al., 2021	Phòng ngừa và xử trí
Hạ canxi máu	30.8	- Theo dõi nồng độ canxi máu trong 48 giờ sau mổ. - Bổ sung canxi đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch khi cần thiết.
Tổn thương thần kinh quặt ngược	23.1	- Kiểm tra giọng nói và chức năng nuốt hàng ngày. - Nội soi đánh giá dây thanh nếu nghi ngờ liệt dây thanh.
Nhiễm trùng vùng ngực	15.4	- Vệ sinh sát khuẩn kỹ vùng mổ trước và sau phẫu thuật. - Sử dụng kháng sinh dự phòng đúng phác đồ.
Tràn khí màng phổi	15.4	- Đảm bảo kiểm tra màng phổi trong mổ. - Theo dõi triệu chứng đau ngực, khó thở sau mổ.
Mềm sụn khí quản	7.69	- Kiểm tra độ mềm khí quản trong mổ. - Đặt lại nội khí quản nếu có suy hô hấp sau mổ.

Cần nhấn mạnh:

➤ **Vật lý trị liệu:** Phải được triển khai thường quy trước và sau mổ để giảm nguy cơ viêm phổi và xẹp phổi.

➤ **Đường truyền tĩnh mạch:** Hạn chế đặt đường truyền vùng đầu, cổ hoặc chi trên do tình trạng phù áo khoác. Nên sử dụng đường truyền ngoại vi ở chi dưới.

➤ **Giáo dục bệnh nhân:** Tư vấn về các biến chứng có thể xảy ra, đặc biệt là hạ canxi, liệt dây thanh và nhiễm trùng. Hướng dẫn bệnh nhân cách tập thở, tập ho và vận động nhẹ sau mổ để thúc đẩy hồi phục.

Trong báo cáo này của chúng tôi, bệnh nhân được kiểm tra trong mổ và xác nhận không mềm sụn khí quản, đồng thời không cần xử trí khâu treo khí quản dự phòng suy hô hấp sau mổ. Mặc dù vậy, quá trình chăm sóc hậu phẫu, điều dưỡng viên cũng cần chú ý đánh giá tri giác, sinh hiệu và khả năng hô hấp của bệnh nhân. Trong suốt thời gian hậu phẫu, chúng tôi không ghi nhận biến chứng suy hô hấp. Đồng thời, các biến chứng khác như nhiễm trùng, tràn khí màng phổi, hạ canxi máu cũng không được ghi nhận. Bệnh nhân được xuất viện sau 07 ngày, không biến chứng.

Mặt khác, biến chứng tổn thương thần kinh quặt ngược và liệt dây thanh cũng cần được lưu ý. Biểu hiện lâm sàng sau mổ có thể là suy hô hấp, nuốt sặc, mất giọng gây ảnh hưởng sinh hoạt người bệnh. Điều dưỡng viên chăm sóc cần đánh giá được các dấu chứng của tổn thương thần kinh quặt ngược trên lâm sàng qua giao tiếp với bệnh nhân.

Tóm lại, đối với chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật cắt bướu giáp thông trung thất có chèn ép khí quản và tĩnh mạch chủ trên, điều dưỡng viên cần thực hiện đúng các quy trình từ chuẩn bị bệnh trước mổ; cũng như nắm

được các biến chứng có thể xảy ra sau mổ như: suy hô hấp, tổn thương thần kinh quặt ngược, nhiễm trùng vùng ngực,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Parameswaran, R., Tan, L., Lee, J. W., Muthiah, H. M., & Loh, T. K. (2021).** Challenges in the Treatment of Retrosternal Goiter via Mediastinal Access. *World Journal of Endocrine Surgery*, 13(3), 82-88.
2. **Najah, H., Gaudric, J., Kasereka-Kisenge, F., Taieb, A., Goutard, M., Menegaux, F., & Trésallet, C. (2017).** Sternal manubriectomy for mediastinal goiter. *Journal of Visceral Surgery*, 154(5), 361-365.
3. **Phác đồ Bộ Y tế (2021).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh lý tuyến giáp.
4. **Stefan, G. G., & Michael, J. A. (2020).** Postoperative management of thyroidectomy patients. *American Journal of Surgery*, 220(3), 489-498.
5. **Li, L., Qiu, X., & Chen, J. (2019).** Rehabilitation and respiratory therapy in patients undergoing mediastinal surgery. *Thoracic Surgery Clinics*, 29(1), 43-50.
6. **Guidelines of the American Thyroid Association (ATA) (2017).** Management of patients with substernal goiters.
7. **Nishino, K., Iwanaga, J., & Tubbs, R. S. (2018).** Anatomical considerations in retrosternal goiter surgery: Minimizing complications. *Clinical Anatomy*, 31(5), 738-744.
8. **American College of Chest Physicians (2020).** Guidelines for postoperative respiratory therapy.
9. **Thyroid Cancer Management Guidelines (2022).** Thyroidectomy and postoperative care. *European Journal of Endocrinology*, 186(2), R17-R33.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ SỎI TRONG GAN BẰNG ỐNG SOI MỀM TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Tạ Quyết^{1,2}, Võ Văn Hùng^{1,2},
Nguyễn Hải Đăng^{1,3}, Đỗ Khiêm³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật trong gan phổ biến ở các quốc gia Đông Nam Á, thường kết hợp với sỏi đường mật ngoài gan. Nhờ vào việc sử dụng máy soi mềm đường mật, kết hợp phương pháp phẫu thuật nội soi, phẫu thuật viên có thể nâng cao hiệu quả lấy sỏi thông qua tiến cận được các nhánh hạ phần thùy của gan kèm lấy sỏi đường mật ngoài gan kết hợp.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ sạch sỏi, tỷ lệ chuyển mổ hở, tỷ lệ tai biến, biến chứng và tử vong sau phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan kết hợp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm ở bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2022 đến tháng 1/2024.

Đối tượng: 104 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan bằng siêu âm hoặc cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính được tiến hành phẫu thuật nội soi kết hợp ống soi mềm tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 27/12/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp.

Kết quả: 104 bệnh nhân sỏi đường mật trong gan có hoặc không kết hợp với sỏi mật ngoài gan được phẫu thuật nội soi có sỏi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm. Có 10 bệnh nhân có tiền sử can thiệp vào đường mật, tuổi trung bình $55,47 \pm 13,83$, tỷ lệ nữ/nam = 1,74, nông thôn chiếm tỷ lệ 36,54%. 100% bệnh nhân đau bụng vùng hạ sườn phải, 20/104 (19,23%) sốt, 10/104 (9,62%) có biểu hiện vàng da, vàng mắt. Số lượng bạch cầu trên $10k/ul$ chiếm tỷ lệ 9,62%, bilirubin tăng 21,15%, 24 bệnh nhân tăng men gan chiếm tỷ lệ 23,08%. Tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật là 57,69% (nội soi đường mật trong mổ và/hoặc chụp Xquang đường mật). Các yếu tố liên quan đến sạch sỏi sau phẫu thuật gồm: hẹp đường mật. Có 8 trường hợp phải chuyển mổ hở. Không ghi nhận bệnh nhân tai biến trong phẫu thuật, có 6 bệnh nhân biến chứng sau phẫu thuật chiếm 5,77%. Thời gian phẫu thuật trung bình $160 \pm 50,88$ phút, thời gian hậu phẫu trung bình $6,65 \pm 2,81$ ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi lấy sỏi gan có kết hợp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm phương pháp an toàn và có hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật trong gan.

Từ khóa: sỏi trong gan, nội soi đường mật bằng ống soi mềm.

SUMMARY
EARLY RESULTS OF LAPAROSCOPIC
SURGERY FOR INTRAHEPATIC
STONE TREATMENT USING SOFT
ENDOSCOPE AT BINH DAN
HOSPITAL

¹Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

³Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khiêm

SĐT: 0915610022

Email: khiemdo1612@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Introduction: Intrahepatic bile duct stones are common in Southeast Asian countries and are often associated with extrahepatic bile duct stones. By using a soft biliary endoscope combined with laparoscopic surgery, surgeons can enhance the effectiveness of stone removal by accessing the branches of the liver's subsegments, along with removing extrahepatic bile duct stones.

Objective: To evaluate the early outcomes of treating intrahepatic bile duct stones using laparoscopic surgery combined with intraoperative cholangioscopy with a flexible scope.

Subjects: 104 patients diagnosed with intrahepatic bile duct stones through ultrasound or MRI/CT scan, who underwent laparoscopic surgery combined with flexible scope cholangioscopy at Binh Dan Hospital from January 1, 2022, to December 27, 2024.

Study Method: A descriptive, case-series study.

Results: A total of 104 patients with intrahepatic bile duct stones, with or without extrahepatic bile duct stones, underwent laparoscopic surgery combined with intraoperative cholangioscopy using a flexible scope. Among them, 10 patients had a history of biliary intervention. The average age was 55.47 ± 13.83 , with a female-to-male ratio of 1.74, and 36.54% of patients were from rural areas. All patients experienced the right upper quadrant abdominal pain, 20/104 (19.23%) had fever, and 10/104 (9.62%) showed signs of jaundice, including yellowing of the skin and eyes. White blood cell count greater than $10k/ul$ was observed in 9.62%, bilirubin levels increased in 21.15%, and 24 patients (23.08%) had elevated liver enzymes. The rate of complete stone clearance after surgery was 57.69% (based on intraoperative cholangioscopy and/or

postoperative cholangiography). Factors associated with complete stone clearance included bile duct stenosis in the liver. Eight cases required conversion to open surgery. No intraoperative complications were recorded, and there were 6 postoperative complications, accounting for 5.77%. The average duration of surgery was 160 ± 50.88 minutes, with an average postoperative hospital stay of 6.65 ± 2.81 days.

Conclusion: Laparoscopic surgery for liver stone removal combined with intraoperative cholangioscopy using a flexible scope is a safe and effective method for treating intrahepatic bile duct stones.

Keywords: intrahepatic stones, intraoperative cholangioscopy with a flexible scope.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi đường mật trong gan là tình trạng xuất hiện sỏi mật trong các nhánh đường mật thuộc gan, từ nhánh ngoại biên đến nơi hợp nhất của hai ống gan trái và phải, không liên quan đến sỏi ở các vị trí khác trong hệ thống đường mật như túi mật hay đường mật ngoài gan¹. Đây là bệnh lý khá phổ biến tại các quốc gia Đông Nam Á, Trung Quốc và Nhật Bản, với tần suất có thể lên đến hơn một nửa số trường hợp sỏi mật¹. Sỏi đường mật trong gan thường là bệnh lành tính, nhưng có thể gây ra các biến chứng cấp tính nghiêm trọng như viêm đường mật cấp, áp xe gan, và các tình trạng tái phát vi khuẩn, làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe người bệnh và gây khó khăn trong điều trị². Nếu không điều trị kịp thời, bệnh có thể dẫn đến các biến chứng lâu dài như hẹp đường mật, teo gan, xơ gan và ung thư đường mật³⁻⁵. Mục tiêu điều trị chủ yếu là loại bỏ nhiễm trùng và ngăn ngừa các biến chứng do sỏi gây ra^{6,7}. Phẫu thuật vẫn là

phương pháp chính để giải quyết tình trạng này.

Phẫu thuật cắt gan vẫn tiềm ẩn nguy cơ biến chứng cao và có thể dẫn đến suy gan sau phẫu thuật⁸. Lấy sỏi gan xuyên gan qua da là phương pháp ít xâm lấn tuy nhiên không xử lý được sỏi đường mật ngoài gan, vốn là nguyên nhân của tắc mật và nhiễm trùng đường mật⁹. Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật được cho là an toàn và khả thi, kể cả đối với sỏi trong gan. Nhờ vào việc sử dụng máy soi mềm đường mật, các phẫu thuật viên có thể tiếp cận được các nhánh hạ phân thùy của gan, xác định chính xác vị trí và mức độ hẹp của đường mật, qua đó nâng cao khả năng lấy hết sỏi².

Nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan kết hợp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2022 đến 2024, với mục tiêu trả lời câu hỏi về tỷ lệ sót sỏi, tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 104 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi đường mật trong gan đã được điều trị bằng phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm tại bệnh viện Bình Dân từ 01/01/2022 đến 27/12/2024

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca

2.2.1. Phương tiện dụng cụ - Phương tiện, dụng cụ:

Dàn phẫu thuật nội soi, ống nội soi mềm đường mật CHF-V Olympus, máy tán sỏi điện thủy lực. Một số dụng cụ khác như kềm Randall, rọ lấy sỏi, bơm rửa đường mật.

2.2.2. Kỹ thuật

Đặt 04 trocar: trocar 10 tại rốn, 2 trocar 5mm tại hạ sườn phải đường trung đòn và đường nách trước, trocar 10mm thượng vị dưới mũi kiếm xương ức lệch phải, đưa camera quan sát xác định vị trí của ống mật chủ. Vị trí trocar 5mm hạ sườn đường trung đòn nên đặt thẳng góc với ống mật chủ nhằm đưa ống Kehr thẳng sau khi kết thúc lấy sỏi. Mở ống mật chủ theo chiều dọc, chiều dài khoảng 1cm. Tiến hành lấy sỏi bằng Randall nhiều nhất có thể, sau đó nội soi đường mật lấy sỏi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi, giới và đặc điểm bệnh lý

104 bệnh nhân có tuổi từ 33 đến 93, trung bình $55,47 \pm 13,84$, tỷ lệ nữ/nam = 1,7, bệnh nhân ở thành thị chiếm 63,46%. 100% bệnh nhân đau bụng vùng hạ sườn phải chiếm tỷ lệ 100%, 20/104 (19,23%) bệnh nhân sốt, 10/104 (9,62%) bệnh nhân có biểu hiện vàng da, vàng mắt. Số lượng bạch cầu trên 10G/l chiếm tỷ lệ 9,62%, Bilirubin tăng 22/104 bệnh nhân (21,15%), 24 bệnh nhân tăng men gan chiếm tỷ lệ 23,08%.

3.2. Vị trí sỏi

Bảng 3.1. Vị trí sỏi đường mật chính Vị trí sỏi

Vị trí sỏi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Trong gan (đơn thuần)	5	4,81
Ngoài gan (kết hợp)	99	95,19
Tổng cộng	104	100

Số bệnh nhân có sỏi trong gan phối hợp với sỏi ngoài gan chiếm phần lớn với 99 bệnh nhân chiếm 95,19% và chỉ có 5 trường hợp sỏi gan đơn thuần.

Bảng 3.2. Vị trí sỏi đường mật trong gan

Vị trí sỏi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Sỏi gan phải	22	21.15
Sỏi gan trái	36	34.62
Sỏi gan phải + sỏi ống gan chung	2	1.92
Sỏi gan trái + sỏi ống gan chung	2	1.92
Sỏi gan hai bên	28	26.92
Sỏi ống gan chung	14	13.46
Tổng cộng	104	100

Sỏi gan trái chiếm tỷ lệ cao nhất 35%.

3.3. Phương pháp phẫu thuật

Tất cả bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi đường mật mở ống mật chủ lấy sỏi+dẫn lưu Kehr ± cắt túi mật trước mổ. Tuy nhiên có 8 trường hợp (7,69%) phải chuyển mổ hở do sỏi đường mật có 2/8

trường hợp hẹp nặng đường mật, viêm dính nhiều hạ sườn phải do hiện tượng viêm và 6/8 phải cắt gan thùy trái do teo thùy gan trái xơ hóa. Số còn lại (96/104) được thực hiện hoàn toàn bằng nội soi với thời gian phẫu thuật trung bình là $156,14 \pm 47,75$ phút và lượng máu mất ước tính là $39,77 \pm 37,79$ ml.

Bảng 3.3. Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng	Lượng máu mất trung bình (ml)	Ngắn nhất (phút)	Dài nhất (phút)	Thời gian trung bình (phút)
PTNS mở OMC lấy sỏi	40	5	70	255	147,85
PTNS mở OMC + cắt túi mật	56	41,74	80	270	163,70
Chuyển mổ hở	8	168	100	250	382

3.4. Kết quả điều trị sỏi

Có 60/104 bệnh nhân (57,69%) phẫu thuật hoàn toàn bằng nội soi với kết quả sạch sỏi thấy được sỏi nội soi đường mật trong mổ và Xquang đường mật sau phẫu thuật.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị sỏi sau mổ

	Số trường hợp	Sạch sỏi	Tỷ lệ
Tất cả trường hợp	104	60	57,69%
Trường hợp không chuyển mổ hở	96	58	60,42%

Bảng 3.5. Liên quan giữa sạch sỏi với hẹp đường mật

		Không hẹp đường mật	Hẹp đường mật	Tổng	p
Sạch sỏi	Số bệnh nhân	60	0	60	0,0001
	Tỷ lệ %	57,69	0	57,69	
Sốt sỏi	Số bệnh nhân	24	20	44	
	Tỷ lệ %	23,08	19,23	42,31	
Tổng		84	20	104	

Sạch sỏi sau phẫu thuật có liên quan với hẹp đường mật. 100% trường hợp hẹp đường mật đều sỏi sỏi được xác định bằng nội soi đường mật.

3.5. Tai biến và biến chứng, thời gian hậu phẫu

Trong 104 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật nội soi kết hợp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm, chúng tôi không ghi nhận tai biến trong mổ. Hậu phẫu 6 trường hợp gặp phải biến chứng (5,77%). Trong đó có 04 bệnh nhân nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 3,85% nhưng trong đó có 3 trường hợp đã chuyển mổ hở; 01 bệnh tụ dịch dưới gan được điều trị nội khoa, chiếm tỷ lệ 0,96%; 01 bệnh nhân tràn dịch màng phổi phải chiếm tỷ lệ 0,96%, trường hợp này được điều trị bằng chọc hút dịch màng phổi. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 6.65 ± 2.81 ngày

IV. BÀN LUẬN

Phương pháp phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm thực hiện dựa trên các kinh nghiệm đã được báo cáo về phẫu thuật nội soi điều trị sỏi ống mật chủ và phương pháp nội soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm để điều trị sỏi đường mật trong gan^{10,11}. Do đó bệnh nhân có thể thừa hưởng được lợi ích của phẫu thuật nội soi hơn mổ hở như giảm ngày nằm viện, giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ và lợi ích giảm tỷ lệ sỏi sót nhờ vào hình ảnh trực quan thông qua soi đường mật bằng ống soi mềm¹¹.

Sốt sỏi: Có 58/96 trường hợp phẫu thuật nội soi hoàn toàn đã sạch sỏi dựa trên quan sát thấy qua soi đường mật trong mổ và/hoặc chụp Xquang đường mật qua Kehr sau mổ, chiếm khoảng 60%. So sánh với nghiên cứu khác sử dụng phẫu thuật nội soi, tác giả Võ Đại Dũng, Vũ Việt Đức có tỷ lệ sạch sỏi khoảng 30-40%¹², thấp hơn chúng tôi. So với các phương pháp phẫu thuật mở kết hợp nội soi đường mật, kết quả sạch sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn, như đã thấy

trong các nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Tùng và Phạm Văn Cường, với tỷ lệ sạch sỏi dao động từ 42,86% đến 78,1%¹³. Phẫu trường hẹp, thao tác máy khó khăn có thể là nguyên nhân bất lợi cho phẫu thuật nội soi khi tiếp cận máy soi đường mật vào đường mật trong gan.

Hẹp đường mật: theo Lee S.K và cộng sự đã định nghĩa là khi trên đường mật (từ ống mật chủ đến ống hạ phân thùy) có vị trí hẹp mà tại đó ống soi mềm có đường kính 4,9mm không qua được. Đây là tổn thương đặc trưng của bệnh lý sỏi đường mật trong gan, kết quả của quá trình viêm nhiễm tái đi tái lại hoặc có thể là nguyên nhân sinh ra sỏi. Chúng tôi thu nhận được 20 trường hợp có hẹp đường mật trong gan với nhiều mức độ khác nhau, chiếm khoảng 20%. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Anh, hẹp đường mật chiếm 82% bệnh nhân¹⁴, tác giả Võ Đại Dũng, hẹp đường mật chiếm 30,23% bệnh nhân¹². Đặc biệt là 100% bệnh nhân có hẹp đường mật đều có kết cục sỏi sỏi. Phẫu thuật nội soi không áp dụng được các biện pháp nong đường mật như trong phẫu thuật mở.

Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất: Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $160 \pm 50,88$ phút. So với các nghiên cứu khác, thời gian phẫu thuật của nhóm chúng tôi dài hơn so với phẫu thuật mở. Cụ thể, tác giả Đỗ Trọng Hải đã ghi nhận thời gian phẫu thuật trung bình là 100,1 phút¹⁵. Phẫu thuật nội soi thường mất nhiều thời gian hơn phẫu thuật mở do phải thao tác trong không gian hạn chế và thực hiện các động tác gián tiếp qua màn hình, thiếu cảm giác cầm nắm, do đó các thao tác thực hiện có phần chậm hơn so với mổ mở. Phẫu thuật nội soi mở OMC lấy sỏi có thời gian phẫu thuật trung bình là 147,85 phút. Thời gian ngắn nhất và dài nhất

cho thấy có sự khác biệt lớn trong các ca phẫu thuật, có thể do sự khác biệt về độ phức tạp của mỗi ca hoặc khả năng của bác sĩ. Lượng máu mất trung bình rất thấp (5 ml), cho thấy đây là một phương pháp ít gây mất máu, điều này phù hợp với các phẫu thuật ít xâm lấn như phẫu thuật nội soi. Phẫu thuật kết hợp cắt túi mật có thời gian phẫu thuật trung bình cao hơn so với phẫu thuật chỉ lấy sỏi (163,70 phút so với 147,85 phút), điều này dễ hiểu do phải thực hiện thêm một bước phẫu thuật nữa (cắt túi mật). Lượng máu mất trung bình cũng cao hơn (41,74 ml), có thể là do phẫu thuật phức tạp hơn và có thể gây ra nhiều tổn thương mô hơn.

Tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện sau mổ: Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật và tử vong. Tỷ lệ biến chứng thấp (5,77%), không có trường hợp nào rò mật. Nhiễm khuẩn vết mổ rất ít gặp trong PTNS lấy sỏi đường mật 0 - 1,97%^{16,17}, tương tự như trong nghiên cứu này chỉ có 1/104 trường hợp có nhiễm trùng vết mổ. Ưu điểm này của phẫu thuật nội soi càng rõ hơn khi trong 4 bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ nhưng trong đó đã có 3 bệnh nhân chuyển mổ hở. Thời gian phẫu thuật khi có chuyển mổ hở kéo dài, mất máu trong mổ nhiều hơn (bảng 3.4) có thể là yếu tố góp phần. Tụ dịch dưới gan, tràn dịch màng phổi phải có thể gặp, trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm gần 1%, các biến chứng này có thể được điều trị nội khoa hoặc sử dụng các thủ thuật tối thiểu tùy mức độ.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình của nghiên cứu là: 6.65 ± 2.81 ngày, kết quả này tương đương với thống kê của Nguyễn Ngọc Bích¹⁸. Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính là phương pháp xâm lấn tối thiểu giúp giảm thời gian nằm viện và phục hồi nhanh sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi kết hợp soi đường mật trong mổ bằng ống soi mềm là một phương pháp an toàn, hiệu quả, và ít xâm lấn. Theo nghiên cứu, tỷ lệ sạch sỏi là 57,69%, tỷ lệ chuyển mổ hở là 7,69%, tỷ lệ biến chứng 5,77%, không có trường hợp tử vong. Mặc dù tỷ lệ sạch sỏi không cao như các nghiên cứu về phẫu thuật mở, nhưng phẫu thuật nội soi mang lại nhiều lợi ích vượt trội như thời gian nằm viện ngắn, giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ và ít mất máu. Thách thức về hẹp đường mật cần được tiếp tục nghiên cứu và cải thiện kỹ thuật để nâng cao kết quả phẫu thuật trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nakayama F. Intrahepatic calculi: a special problem in East Asia. *World J Surg.* Nov 1982;6(6):802-4. doi:10.1007/BF01655381
2. Lê Quan Anh Tuấn. Điều trị sỏi đường mật trong gan qua đường hầm ống Kehr bằng ống soi mềm. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2021.
3. Tazuma S. Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). *Best practice & research Clinical gastroenterology.* 2006;20(6):1075-83. doi: 10.1016/j.bpg.2006.05.009
4. Tsui WM, Chan YK, Wong CT, Lo YF, Yeung YW, Lee YW. Hepatolithiasis and the syndrome of recurrent pyogenic cholangitis: clinical, radiologic, and pathologic features. *Seminars in liver disease.* Feb 2011;31(1):33-48. doi:10.1055/s-0031-1272833
5. Tsunoda T, Tsuchiya R, Harada N, et al. Long-term results of surgical treatment for intrahepatic stones. *Jpn J Surg.* Nov

- 1985;15(6): 455-62. doi:10.1007/BF02470091
6. **Hong KS, Noh KT, Min SK, Lee HK.** Selection of surgical treatment types for intrahepatic duct stones. Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg. Aug 2011;15(3): 139-45. doi:10.14701/kjhbps.2011.15.3.139
7. **Adhikari L, Achhami E, Bhattarai N, Kandel A, Shrestha AB.** Diagnosis and management of hepatolithiasis in an adult patient: A case report. Ann Med Surg (Lond). Oct 2022;82:104788. doi:10.1016/j.amsu.2022.104788
8. **Cheon YK, Cho YD, Moon JH, Lee JS, Shim CS.** Evaluation of long-term results and recurrent factors after operative and nonoperative treatment for hepatolithiasis. Surgery. Nov 2009;146(5):843-53. doi:10.1016/j.surg.2009.04.009
9. **Zhang Z, Liu Z, Liu L, et al.** Strategies of minimally invasive treatment for intrahepatic and extrahepatic bile duct stones. Front Med. Dec 2017;11(4): 576-589. doi:10.1007/s11684-017-0536-5
10. **Rajan KV, Kate V, Ananthakrishnan N, Elangovan S.** Role of operative flexible choledochoscopy in calculous biliary tract disease. Trop Gastroenterol. Apr-Jun 2000;21(2):80-3.
11. **Yoon YS, Han HS, Shin SH, Cho JY, Min SK, Lee HK.** Laparoscopic treatment for intrahepatic duct stones in the era of laparoscopy: laparoscopic intrahepatic duct exploration and laparoscopic hepatectomy. Ann Surg. Feb 2009;249(2):286-91. doi:10.1097/SLA.0b013e31818eea56
12. **Võ Đại Dũng.** Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật trong gan có nội soi đường mật trong mổ. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh; 2014.
13. **Phạm Văn Cường.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật sỏi trong gan tại bệnh viện Việt Đức. 2012;
14. **Phạm Văn Anh.** Đánh giá kết quả phẫu thuật có tán sỏi điện thủy lực điều trị sỏi đường mật trong gan có chít hẹp đường mật. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học y Hà Nội; 2014.
15. **Đỗ Trọng Hải.** Kết quả điều trị sỏi trong gan với phẫu thuật nội soi so sánh với mổ mở có kết hợp kỹ thuật tán sỏi điện thủy lực. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh. 2005;9(1):62-66.
16. **Nguyễn Hoàng Bắc.** Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh; 2007.
17. **Paganini AM, Guerrieri M, Sarnari J, et al.** Thirteen years' experience with laparoscopic transcystic common bile duct exploration for stones. Effectiveness and long-term results. Surg Endosc. Jan 2007; 21(1):34-40. doi:10.1007/s00464-005-0286-3
18. **Nguyễn Ngọc Bích.** Phẫu thuật nội soi lấy sỏi đường mật chính tại khoa ngoại, Bệnh viện Bạch Mai. 2011;

TỔNG QUAN CARCINÔM NIỆU MẠC XÂM LẤN Ở BẢNG QUANG PHÂN NHÓM PHÂN TỬ VÀ TIỀN LƯỢNG

Nguyễn Ngọc Minh Tâm¹, Lê Trọng Hiếu¹, Ngô Quốc Đạt²

TÓM TẮT⁶⁹

Tổng quan: Ung thư bàng quan là ung thư phổ biến thứ 9 trên thế giới, đặc biệt ở nam giới. Trong đó, mô bệnh học chủ yếu là carcinôm niệu mạc với hơn 90% trường hợp, trong đó khoảng 30% là carcinôm niệu mạc xâm lấn. Carcinôm niệu mạc xâm lấn (MIBC) là bệnh lý không đồng nhất có thể phân loại bằng phương pháp như lập hồ sơ phổ biểu hiện RNA hoặc hóa mô miễn dịch.

Phân nhóm phân tử theo lập hồ sơ biểu hiện RNA: Carcinôm niệu mạc xâm lấn được phân loại thành 6 nhóm gồm lòng ống nhú (LumP), lòng ống không đặc hiệu (LumNS), lòng ống bất ổn định (LumU), giàu mô đệm, gai đáy (Ba/Sq) và giống thần kinh nội tiết (Ne-like). Trong đó, phổ biến nhất là nhóm gai đáy (Ba/Sq), tiên lượng tốt nhất ở nhóm lòng ống nhú (LumP) và kém nhất ở nhóm giống thần kinh nội tiết (Ne-like).

Phân nhóm phân tử bằng hóa mô miễn dịch: Kết quả của các nghiên cứu bao gồm 130 trường hợp ở bệnh viện Bình Dân đều cho thấy thời gian sống còn của nhóm đáy kém hơn nhóm lòng ống, tuy nhiên chỉ một số nghiên cứu chứng

minh được mối liên quan. Trong khi đó, mức độ đáp ứng với điều trị tân bổ trợ (NAC) của nhóm đáy tốt hơn đáng kể so với các nhóm còn lại.

Kết luận: Các phân nhóm phân tử hứa hẹn sẽ đóng vai trò quan trọng trong quyết định điều trị và tiên lượng bệnh. Trong đó, phân nhóm phân tử dựa vào biểu hiện RNA đã bắt đầu được đưa vào khuyến cáo điều trị.

Từ khóa: Carcinôm niệu mạc xâm lấn, phân nhóm phân tử, lập hồ sơ phổ biểu hiện RNA.

SUMMARY

OVERVIEW OF BLADDER INVASIVE UROTHELIAL CARCINOMA MOLECULAR CLASSIFICATION AND PROGNOSTIC

Introduction: Bladder cancer is the ninth most common cancer worldwide, particularly among men. Histopathologically, the majority of bladder cancer is urothelial carcinoma in which invasive subtype account for 15-30%. Invasive urothelial carcinoma is genetic heterogeneity, subtyping based on RNA expression profiling or immunohistochemistry.

Molecular classification of MIBC using RNA expression profiling: The consensus classification system included six subtypes of MIBC: luminal papillary (LumP), luminal non-specified (LumNS), luminal unstable (LumU), stroma-rich, basal/squamous (Ba/Sq), and neuroendocrine-like (Ne-like). Among them, the most common is the basal/squamous subtype (Ba/Sq), the best prognosis is in the luminal papillary (LumP), and the worst in the neuroendocrine-like (Ne-like).

¹Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trọng Hiếu

SĐT: 0984469561

Email: hieutle1996@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Molecular classification of MIBC using immunohistochemistry: The results of studies including 130 cases at Bình Dân Hospital all showed that the overall survival of the basal subtype was worse than that of the luminal subtype; however, only some studies were able to demonstrate this correlation. Meanwhile, the response to neoadjuvant chemotherapy (NAC) in the basal group was significantly better than in the other groups.

Conclusion: Molecular classifications are expected to have a promising impact on treatment decision and prognostic. Currently, molecular subtyping of MIBC using RNA expression profiling has become a recommendation of treatment guidelines.

Keywords: Muscle-invasive bladder cancer, molecular classification, RNA expression profiling.

I. TỔNG QUAN

Ung thư bàng quang là bệnh lý ác tính phổ biến, xếp hàng thứ 9 trên toàn thế giới.¹ Năm 2022, ước tính có khoảng 614 298 ca mắc mới, chiếm khoảng 3% tất cả ung thư. Tử vong liên quan đến ung thư bàng quang đứng thứ 13 với khoảng 220 596 trường hợp. Nhìn chung, đây là bệnh lý thường gặp hơn ở các nước thu nhập trung bình-thấp, cao gấp 6 lần các quốc gia phát triển. Carcinôm niệu mạc là kiểu hình mô bệnh học chiếm hơn 90% trường hợp, ưu thế hoàn toàn so với carcinôm tế bào gai hoặc carcinôm tuyến.

Với mục đích điều trị, ung thư bàng quang được phân thành 2 loại, carcinôm bàng quang không xâm lấn cơ (non muscle invasive bladder cancer - NMIBC) và carcinôm bàng quang xâm lấn cơ (muscle invasive bladder cancer - MIBC). Trong đó, khoảng 70-85% trường hợp là NMIBC, còn lại là MIBC. Bệnh nhân NMIBC có tiên

lượng tốt với tỉ lệ sống còn cao nhưng thường tái phát và có khả năng tiến triển thành MIBC với 20% trường hợp. Nội soi cắt u qua niệu đạo (TURBT) kết hợp liệu pháp hóa chất nội bàng quang là điều trị thường quy của NMIBC. Do tỉ lệ tái phát cao, những bệnh nhân này phải được theo dõi bằng soi bàng quang định kỳ. Trong khi đó, đa số trường hợp tử vong của ung thư bàng quang đến từ nhóm MIBC, điều trị chủ yếu là hóa trị tân bổ trợ (neoadjuvant chemotherapy - NAC) kèm cắt bàng quang toàn phần và nạo hạch.

Cho đến nay, giai đoạn bệnh theo hệ thống TNM vẫn là tiêu chuẩn trong phân loại bệnh nhân để điều trị và tiên lượng. Tuy nhiên, ung thư bàng quang là bệnh lý không đồng nhất. Theo báo cáo của Atlas hệ gen ung thư (TCGA), ung thư bàng quang là ung thư xếp thứ ba về mức độ đột biến tế bào. Điều này dẫn tới mức độ đáp ứng thuốc và tiên lượng sống còn có sự khác biệt giữa các bệnh nhân cùng giai đoạn. Đây là vấn đề thúc đẩy các nghiên cứu về sinh học phân tử của ung thư bàng quang, đặc biệt là trong kỉ nguyên y học chính xác như hiện nay. Phương pháp lập hồ sơ phổ biểu hiện RNA (RNA expression profiling) giúp phân loại ung thư bàng quang thành các subtype có sự khác biệt về mặt sinh học và hành vi khối u. Các bằng chứng hiện nay đều cho thấy phương pháp phân loại này có giá trị với điều trị và sống còn của bệnh nhân. Lập hồ sơ phổ biểu hiện RNA mặc dù có nhiều tiềm năng nhưng chưa thể áp dụng rộng rãi vì khó tiếp cận và giá thành cao. Do đó, hóa mô miễn dịch (HMMD) với tính dễ tiếp cận, giá thành thấp cũng như đáng tin cậy được kì vọng có thể trở thành phương pháp thay thế hiệu quả.

Trong bài tổng quan này, chúng tôi tập trung mô tả phân nhóm carcinôm bàng quang

xâm lấn dựa vào phổ biểu hiện RNA và hóa mô miễn dịch. Đồng thời, trình bày kết quả nghiên cứu của 130 trường hợp ung thư bàng quang xâm lấn được phân nhóm phân tử bằng hóa mô miễn dịch tại bệnh viện Bình Dân.

1.1. Phân nhóm phân tử theo lập hồ sơ biểu hiện RNA

Những nỗ lực đầu tiên nhằm phân nhóm phân tử các bệnh lý ung thư được thực hiện ở những bệnh nhân ung thư vú. Kết quả cho thấy ung thư vú đặc trưng bởi kiểu hình lòng ống hoặc đáy. Các nghiên cứu này trở thành nền tảng để điều trị và tiên lượng ung thư vú có những bước đột phá mạnh mẽ cũng như tạo tiền đề để thực hiện các nghiên cứu tương tự trên các bệnh lý ung thư. Đối với ung thư bàng quang xâm lấn cơ, nghiên cứu đầu tiên được thực hiện tại đại học Lund xác định được 2 subtype phân tử của MIBC gồm lòng ống và đáy. Mỗi subtype có sự khác biệt về các yếu tố phiên mã quyết định sự biệt hóa tế bào và biểu hiện dấu ấn sinh học. Yếu tố phiên mã như $\Delta Np63\alpha$, STAT3 và EGFR đặc trưng cho nhóm đáy trong khi biểu hiện ESR1, TRIM24, GATA3, FOXA, uroplakins, thụ thể hoạt hóa tăng trưởng peroxisome gamma và FGFR3 đặc trưng cho nhóm lòng ống.²

Dựa trên cơ sở đó, các nghiên cứu về sau sử dụng phương pháp lập hồ sơ phổ biểu hiện RNA tiếp tục xác định nhiều subtype hơn. Nhóm nghiên cứu của đại học Lund mở rộng nghiên cứu và xác định được 5 subtype lớn gồm: đáy niệu A (uroA), bất ổn định gen (GU), đáy niệu B (uroB), giống carcinôm tế bào gai (SCCL), và xâm nhập (infiltrated). Bản cập nhật sau đó phân loại MIBC thành subtype giống niệu mạc (có thể chia thành UroA, UroB, UroC), bất ổn định gen (GU), giống carcinôm tế bào gai/đáy (Ba/Sq), giống

trung mô (mes-like), and giống tế bào nhỏ/thần kinh nội tiết (Sc/Ne). Trong khi đó, nhóm nghiên cứu của trung tâm ung thư Anderson xác định 3 nhóm phân tử gồm: lòng ống, đáy, and giống p53. Nhóm nghiên cứu TCGA xác định 5 subtype gồm: lòng ống-nhú, lòng ống-xâm nhập, lòng ống, gai-đáy và thần kinh. Mặc dù khác nhau về tên gọi nhưng các biến đổi phân tử trong mỗi subtype giữa các nghiên cứu không quá khác biệt. Do đó, Kamoun và cộng sự đề xuất 6 subtype để đạt được sự đồng thuận trong thuật ngữ gồm: lòng ống nhú (LumP), lòng ống không đặc hiệu (LumNS), lòng ống bất ổn định (LumU), giàu mô đệm, gai đáy (Ba/Sq) và giống thần kinh nội tiết (Ne-like).³ Đây là kết quả của phân tích gộp 1750 trường hợp MIBC từ 18 bộ dữ liệu.

Nhóm lòng ống gồm 3 subtype là LumP, LumU, LumNS đặc trưng bởi kiểu hình lòng ống và tăng biểu hiện gen PPAR γ , GATA3 và FOXA1 là những dấu ấn biệt hóa niệu mạc. Thêm vào đó, nhóm này cũng tăng biểu hiện các gen biệt hóa niệu mạc khác gồm uroplakin như UPK1A hoặc UPK2 và KRT20 cũng như yếu tố điều hòa liên quan tín hiệu estrogen (ESR2). Ngoài các đặc điểm chung kể trên, các subtype của nhóm lòng ống mang những đặc điểm phân tử riêng biệt.

Khối u thuộc subtype LumP đặc trưng bởi hoạt động phiên mã mạnh mẽ của gen FGFR3. Đột biến FGFR3 có thể là khuếch đại gen, tăng biểu hiện hoặc hòa nhập gen FGFR3-TACC3. Bên cạnh đó, LumP thường có đột biến trên gen KDM6A. Mất gen CDKN2A tương ứng với đột biến mất đoạn trên NST số 9 thường gặp nhất ở subtype LumP. Có thể giả định rằng LumP xuất nguồn từ tân sinh niệu mạc dạng nhú tiến triển thành carcinôm xâm nhập. Những khối

u nhóm này thường ở giai đoạn sớm và ít khi thâm nhiễm bởi các tế bào không u trên mô bệnh học. Đây cũng là nhóm có sống còn toàn bộ tốt nhất.

Mô bệnh học của subtype LumNS thường hiện diện sự xâm nhập của tế bào mô đệm đặc biệt là nguyên bào sợi hoặc sự xâm nhập các tế bào miễn dịch đặc biệt là lympho B và T. Đặc điểm thâm nhập tế bào này duy nhất trong các khối u thuộc nhóm lòng ống. Khối u trong nhóm này giàu đột biến liên quan đến yếu tố điều hòa ELF3 là yếu tố điều hòa biệt hóa niệu mạc. Khếch đại hoặc hòa nhập gen PPAR γ thường gặp trong nhóm này. Biểu hiện của LumNS giống với subtype biểu mô xâm nhập trong phân loại của Sjolahl và cộng sự, là sự kết hợp giữa 2 nhóm niệu mạc và bất ổn định gen.

LumU là subtype biểu hiện hoạt động chu kỳ tế bào mạnh mẽ nhất trong nhóm lòng ống. Khối u trong subtype này thường mang đột biến PPAR γ cùng với tăng biểu hiện gen E2F3 và SOX4. Các đột biến đặc trưng của LumU thường ảnh hưởng đến con đường sửa chữa, cắt bỏ nucleotide như ERCC2 và đột biến TP53. LumU là nhóm có hệ gen bất ổn định nhất và được cho là tiến triển không qua con đường tân sinh dạng nhú của niệu mạc. Vì vậy, ung thư bàng quang thuộc subtype LumP và LumU có sự khác biệt về mặt sinh học và nguồn gốc, điều này giải thích lý do không thể điều trị 2 loại u này với cùng phương thức.

Subtype Ba/Sq đặc trưng bởi tăng biểu hiện KRT5, KRT6A, KRT14 và CD44 là những dấu ấn của tế bào đáy hoặc tế bào gốc. Ngoài ra, nhóm này còn tăng biểu hiện dấu ấn biệt hóa tế bào gai như TGM1, DSC3 và PI3. Khối u nhóm Ba/Sq có liên quan với hoạt động điều hòa gen HIF1A, STAT3 và

EGFR. Các gen liên quan đến biệt hóa niệu mạc bị giảm biểu hiện trong nhóm này gồm GATA3, PPAR γ , and FOXA1. TP53 hoặc RB1 là 2 trong số những gen thường bị đột biến nhất trong nhóm này. Đặc trưng của subtype Ba/Sq là chỉ đột biến 1 trong 2 gen TP53 và RB1. Mất đoạn NST 3p14.2 là đột biến thường gặp trong nhóm Ba/Sq. Mô bệnh học thường có thâm nhập nhiều tế bào miễn dịch gồm tế bào T độc hoặc diệt tự nhiên (NK cell). MIBC trong subtype Ba/Sq thường ở giai đoạn T3, T4.

Subtype giàu mô đệm đặc trưng bởi tính chất xâm nhập mô đệm trên mô bệnh học, biệt hóa niệu mạc mức độ trung bình và biểu hiện nhiều gen biệt hóa cơ trơn, nội mạc, nguyên bào sợi, nguyên bào sợi cơ. Một số trường hợp tăng biểu hiện dấu ấn miễn dịch như PD-1 hoặc PD-L1. Vi thể của subtype giàu mô đệm thường thâm nhập nhiều tế bào miễn dịch gồm tế bào B và tế bào T, tương tự với LumNS. Sự tiến triển của MIBC gồm nhiều thành phần tế bào như tế bào miễn dịch, tế bào mô đệm bên cạnh tế bào u. Điều này gây ra nhiều khó khăn để xác định biểu hiện gen trên subtype này.

Subtype ít phổ biến nhất trong MIBC là Ne-like với đặc trưng là biểu hiện dấu ấn của thần kinh nội tiết như CD56, synaptophysin và chromogranin A. Ngược lại với subtype Ba/Sq, Ne-like thường đột biến cả 2 gen TP53 và RB1. Các đột biến thường gặp trong nhóm này gồm bất hoạt đồng thời TP53 và RB1, khuếch đại E2F3 và đột biến TP53 hoặc mất đoạn đồng thời gen TP53 hoặc RB1. Đột biến đồng thời 2 gen đè nén bước dẫn tới bệnh nhân thuộc subtype này thường tiến triển nhanh và có kết cục xấu. Do đó, đây là subtype có tỉ lệ sống còn toàn bộ kém nhất.

Bảng 1. Tóm tắt đặc điểm điển hình của các subtype phân tử MIBC

	LumP	LumNS	LumU	Giàu mô đệm	Ba/Sq	Ne-like
Tỉ lệ	24%	8%	15%	15%	35%	3%
Biệt hóa	Lòng ống	Lòng ống	Lòng ống	Lòng ống và đáy	Đáy và gai	Thần kinh nội tiết
Biểu hiện gen	PPAR γ GATA3 FOXA1 UPK1A UPK2 KRT20 ESR2	PPAR γ GATA3 FOXA1 UPK1A UPK2 KRT20 ESR2	PPAR γ GATA3 FOXA1 UPK1A UPK2 KRT20 ESR2	Dấu ấn cơ trơn, nội mạc, nguyên bào sợi, nguyên bào sợi cơ	KRT5 KRT6A KRT14 CD44 TGM1 DSC3 PI3	Synaptophysin CGA NSE/CD56
Biến đổi hệ gen	FGFR3 KDM6A CDKN2A	ELF3 PPAR γ	PPAR γ E2F3 SOX4 ERCC2 TP53		TP53 hoặc RB1	TP53 và RB1
Xâm nhập	Không	Tế bào mô đệm – nguyên bào sợi, Tế bào miễn dịch – lymphô B và T	Không	Tế bào mô đệm Tế bào miễn dịch – lymphô B và T	Tế bào miễn dịch – lymphô T độc Tế bào diệt tự nhiên	Không
Tiền lượng	Tốt nhất	Kém	Trung bình	Trung bình	Kém	Kém nhất

1.2. Phân nhóm phân tử bằng hóa mô miễn dịch

Phân nhóm phân tử của carcinôm bàng quang bằng phương pháp lập hồ sơ biểu hiện RNA có những bước tiến lớn và dần được ứng dụng trong lâm sàng. Theo NCCN, bệnh nhân được khuyến cáo thực hiện xét nghiệm phân tử ở những trường hợp ung thư bàng quang giai đoạn IVA và IVB. Đây là phổ chỉ định khá hẹp so với tiềm năng của các xét nghiệm phân tử. Nguyên nhân dẫn tới phương pháp này chưa thể áp dụng thường quy do giá thành cao và mất nhiều thời gian để thực hiện. Hóa mô miễn dịch (HMMD) có thể là giải pháp thay thế cho giải trình tự gen với nhiều ưu điểm như nhanh, chi phí thấp và đáng tin cậy. Phân nhóm phân tử dựa vào hóa mô miễn dịch được kì vọng áp dụng

rộng rãi, đặc biệt ở các quốc gia có nguồn lực hạn chế.

Bằng phương pháp HMMD, các phân tích cụm cho phép chia MIBC thành 2 nhóm chính là lòng ống và đáy, trong nhóm lòng ống có thể chia thành nhiều nhóm nhỏ hơn. Nhóm đáy biểu hiện các dấu ấn biệt hóa gai-đáy như CK5, CK6, CK14, CD44, desmocollin, and desmoglein trong khi nhóm lòng ống biểu hiện CK20, uroplakins, FGFR3, FOXA1, GATA3, and PPAR γ .⁴

1.2.1. Các dấu ấn chính

Cytokeratin là các protein sợi trung gian nội bào hiện diện ở hầu tế bào biểu mô. Niệu mạc bình thường biểu hiện CK14 và CK5/6 ở lớp đáy, CK20 ở lớp tế bào phủ. Sự biểu hiện bất thường của các dấu ấn này trong MIBC có liên quan đến yếu tố tiên lượng và

điều trị. Biểu hiện CK20 làm tăng tỉ lệ tái phát, tăng sinh tế bào và tiến triển bệnh, đặc biệt có ý nghĩa khi kết hợp với Ki-67. CK5/6 liên quan đến mức độ thâm nhập viêm, độ nhạy của u với hóa trị.

GATA3 là yếu tố phiên mã kích thích tạo máu, phát triển tế bào T, tăng trưởng và biệt hóa biểu mô. Biểu hiện GATA3 trong ung thư niệu mạc cho thấy tiên lượng tốt với thời gian sống còn không tái phát dài. Giảm biểu hiện GATA3 liên quan đến tiên lượng kém, sống còn toàn bộ thấp.

CD44 là protein bề mặt tế bào đóng vai trò như kích thích phát triển tế bào máu, hoạt hóa lymphô bào hoặc điều hòa chuyển hóa tế bào. Tăng biểu hiện CD44 thúc đẩy bệnh tiến triển, tăng khả năng kháng hóa trị của tế bào u đồng thời bất hoạt chương trình apoptosis.

1.2.2. Vai trò của phân nhóm phân tử

Trên cơ sở 2 nhóm phân tử chính là nhóm gai-đáy và lòng ống, nhiều nghiên cứu ứng dụng HMMD để phân nhóm và tiên lượng MIBC. Mặc dù có nhiều dấu ấn thuộc mỗi nhóm phân tử, nhưng nghiên cứu của Hardy chỉ ra rằng, chỉ cần dùng GATA3 và CK5 có thể phân nhóm lòng ống và đáy với độ chính xác lên tới 86-95%.⁵ Sử dụng nhiều dấu ấn hơn để phân loại không tốt hơn khi sử dụng 2 dấu ấn.

Nghiên cứu của Helal và cộng sự trên 60 bệnh nhân MIBC sử dụng 3 dấu ấn là GATA3, CK5/6 và p53.⁶ Những trường hợp biểu hiện p53 type hoang dã được xếp vào nhóm p53-WT bất kể biểu hiện của GATA3 và CK5/6. Kết quả cho thấy có 45% trường hợp thuộc nhóm lòng ống, 36,7% nhóm gai-đáy và 18,3% p53-WT. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị tân bổ trợ (NAC) với Cisplatin và Gemcitabine, trong đó nhóm gai-đáy cho thấy sự đáp ứng vượt trội so với 2 nhóm còn lại. Gần 50% trường

hợp nhóm gai-đáy thoái triển hoàn toàn sau NAC so với 18,5% ở nhóm lòng ống và chỉ 9,1% ở nhóm p53-WT. Sống còn toàn bộ trong nhóm lòng ống tốt nhất khoảng 51,97 tháng, trong khi p53-WT có tiên lượng kém nhất với 42,22 tháng. Tương tự, thời gian sống không bệnh của nhóm lòng ống cũng dài nhất khoảng 49,65 tháng, sau đó là nhóm gai-đáy với 43,33 tháng và ngắn nhất là nhóm p53-WT với 34,27 tháng.

Razzaghdoust sử dụng 2 dấu ấn CK5/6 và CK20 để phân loại MIBC thành 4 nhóm, trong đó: 23,8% nhóm gai-đáy (CK5/6+/CK20-), 19% nhóm lòng ống (CK5/6-/CK20+), 17,5% đồng âm (CK5/6-/CK20-) và 39,7% đồng dương (CK5/6+/CK20+).⁷ Các bệnh nhân thuộc nhóm đáy đáp ứng rất tốt với NAC, với hơn 50% trường hợp u thoái triển hoàn toàn. Đây cũng là nhóm duy nhất cho thấy có mối tương quan với tỉ lệ đáp ứng NAC. Tuy nhiên, nghiên cứu này không chỉ ra được mối tương quan giữa các nhóm phân tử với sống còn toàn bộ.

Nghiên cứu của Ravanini sử dụng 3 dấu ấn là CK5, CK20 và GATA3. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết hợp CK5 và CK20 hoặc CK5 và GATA3 để phân nhóm phân tử MIBC không cho thấy sự khác biệt về sống còn toàn bộ giữa các nhóm. Kết quả nghiên cứu của Nelson và cộng sự cũng cho kết quả tương tự.

Tại bệnh viện Bình Dân, tác giả Minh Tâm và cộng sự tiến hành phân nhóm phân tử MIBC bằng HMMD trên 130 bệnh nhân. Nghiên cứu sử dụng 4 dấu ấn gồm CD44, GATA3, CK5/6 và CK20. Kết quả thu được 35,28% trường hợp thuộc nhóm đáy, 29,23% thuộc nhóm lòng ống, 18,47% đồng dương và 16,92% đồng âm. Nhóm đáy và nhóm đồng dương có thời gian sống còn toàn bộ

kém hơn có ý nghĩa so với nhóm lòng ống và nhóm đồng âm.

Nhìn chung, các nghiên cứu chưa cho thấy sự đồng thuận về các dấu ấn miễn dịch để phân nhóm phân tử. Sự thiếu đồng thuận này cản trở việc đưa ra khuyến cáo chung về ứng dụng HMMD trong phân nhóm MIBC. Kết quả của các nghiên cứu đều thấy thời gian sống còn của nhóm đáy kém hơn nhóm lòng ống, tuy nhiên chỉ một số nghiên cứu chứng minh được mối liên quan. Điểm đáng chú ý là các nghiên cứu gợi ý rằng nhóm đáy đáp ứng tốt với NAC hơn các nhóm còn lại. Kết quả có thể hỗ trợ bác sĩ lâm sàng tiên lượng mức độ đáp ứng của bệnh nhân với NAC, từ đó đưa ra quyết định tiếp tục hay ngưng điều trị NAC.

II. KẾT LUẬN

Cho đến nay, phân nhóm phân tử của MIBC bằng lập hồ sơ biểu hiện RNA đã bắt đầu được đưa vào các khuyến cáo điều trị. Tuy nhiên phương pháp này chưa được áp dụng rộng rãi vì thiếu các nghiên cứu thực nghiệm, chi phí cao và khó tiếp cận. Phân nhóm phân tử bằng HMMD có ưu điểm là rẻ, nhanh và đáng tin cậy, có giá trị trong đánh giá tiên lượng mức độ đáp ứng với điều trị tân bổ trợ. Tuy nhiên, vai trò của hóa mô miễn dịch trong tiên lượng sống còn còn nhiều tranh cãi và cần được nghiên cứu thêm trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J EM, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F. Global Cancer Observatory: Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.who.int/today>
2. Schwarzsowa L, Varchulova Novakova Z, Danisovic L, Ziara S. Molecular classification of urothelial bladder carcinoma. *Molecular Biology Reports*. 2023/09/01 2023;50(9):7867-7877. doi:10.1007/s11033-023-08689-7
3. Kamoun A, de Reyniès A, Allory Y, et al. A Consensus Molecular Classification of Muscle-invasive Bladder Cancer. *European Urology*. 2020/04/01/ 2020;77(4):420-433. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2019.09.006>
4. **Urinary and Male Genital Tumours. 5th ed. vol 8.** WHO Classification of Tumours Editorial Board: WHO Classification of Tumours. 2022.
5. Hardy CSC, Ghaedi H, Slotman A, et al. Immunohistochemical Assays for Bladder Cancer Molecular Subtyping: Optimizing Parsimony and Performance of Lund Taxonomy Classifiers. *J Histochem Cytochem*. May 2022;70(5):357-375. doi:10.1369/00221554221095530
6. Helal DS, Darwish SA, Awad RA, Ali DA, El-Guindy DM. Immunohistochemical based molecular subtypes of muscle-invasive bladder cancer: association with HER2 and EGFR alterations, neoadjuvant chemotherapy response and survival. *Diagnostic Pathology*. 2023/02/03 2023;18(1):11. doi:10.1186/s13000-023-01295-y
7. Razzaghdoust A, Ghajari M, Basiri A, et al. Association of immunohistochemical markers of tumor subtype with response to neoadjuvant chemotherapy and survival in patients with muscle-invasive bladder cancer. *Investig Clin Urol*. May 2021;62(3):274-281. doi:10.4111/icu.20200425

ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TRÊN THẬN MÓNG NGỰA: BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VỚI CÁC PHƯƠNG THỨC TIẾP CẬN KHÁC NHAU

Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh¹, Diêm Đăng Khoa¹,
Nguyễn Vương Bảo Anh¹, Bùi Quan Thiên Phú¹, Nguyễn Tế Kha¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc điều trị sỏi thận ở thận móng ngựa đặt ra những thách thức đặc biệt về chẩn đoán và điều trị do bất thường về giải phẫu. Nghiên cứu này đánh giá 4 trường hợp được điều trị bằng các phương pháp phẫu thuật khác nhau nhằm phân tích ưu và nhược điểm của từng phương pháp.

Phương pháp: Bốn bệnh nhân có sỏi thận ở thận móng ngựa được điều trị bằng các can thiệp phẫu thuật khác nhau. Trường hợp 1 và 2 được phẫu thuật mở qua đường sau phúc mạc để lấy sỏi san hô, tập trung vào việc bóc tách vùng cực dưới thận. Trường hợp 3 được phẫu thuật mở qua đường trong phúc mạc để lấy sỏi ở bể thận xoay ra trước, việc tiếp cận tốt hơn nhưng có nguy cơ rò nước tiểu vào ổ bụng. Trường hợp 4 được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tán sỏi 2 cm ở cực dưới và bể thận sau khi tán sỏi ngoài cơ thể và nội soi ống mềm không thành công.

Kết quả: Tất cả các trường hợp đều loại bỏ sỏi thành công mà không có chảy máu sau mổ. Các phương pháp phẫu thuật mở qua đường sau phúc mạc và trong phúc mạc hiệu quả với sỏi san hô, trong khi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ đạt

hiệu quả cao với sỏi kích thước trung bình. Tuy nhiên, mỗi phương pháp đều có những hạn chế liên quan đến giải phẫu thận móng ngựa, như khó tiếp cận cực dưới khi mổ mở sau phúc mạc và nguy cơ biến chứng trong ổ bụng khi tiếp cận trong phúc mạc.

Kết luận: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp là điều cần thiết để điều trị sỏi thận trên thận móng ngựa. Đường tiếp cận xuyên phúc mạc có lợi thế trong điều trị sỏi san hô với bể thận xoay ra trước, trong khi tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là giải pháp ít xâm lấn hiệu quả cho sỏi kích thước trung bình. Những phát hiện này góp phần cải thiện chiến lược điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

Từ khóa: lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ, thận móng ngựa, tán sỏi bằng ống mềm, tán sỏi ngoài cơ thể.

SUMMARY

TREATMENT OF KIDNEY STONES IN HORSESHOE KIDNEY: A REPORT OF FOUR CLINICAL CASES WITH DIFFERENT APPROACHES

Background: Managing kidney stones in horseshoe kidneys presents unique diagnostic and therapeutic challenges due to their atypical anatomy. This study reviews four cases treated with diverse surgical approaches to evaluate their advantages and limitations.

Methods: Four patients with kidney stones in horseshoe kidneys underwent different surgical interventions. Case 1 and 2 underwent

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Mai Viết Nhật Tân

SĐT: 0938796472

Email: nhattan2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

open retroperitoneal surgery for staghorn calculi, addressing complex lower pole dissection. Case 3 underwent open transperitoneal surgery for anteriorly rotated renal pelvis stones, achieving better access but risking intraperitoneal urine leakage. Case 4 underwent percutaneous nephrolithotomy (PCNL) for a 2-cm lower pole stone post-failed extracorporeal shock wave lithotripsy (ESWL), utilizing ultrasound guidance for minimally invasive stone clearance.

Results: All cases achieved successful stone removal without postoperative bleeding. Open retroperitoneal and transperitoneal approaches effectively managed staghorn calculi, while PCNL achieved complete clearance for medium-sized stones. However, each method revealed distinct limitations related to horseshoe kidney anatomy, such as challenging lower pole access and risks of intraperitoneal complications.

Conclusion: surgical approaches are essential for managing kidney stones in horseshoe kidneys. The transperitoneal approach is advantageous for staghorn calculi with anteriorly rotated pelves, while PCNL offers a minimally invasive solution for medium-sized stones. These findings enhance the understanding of optimal management strategies for this rare condition.

Keywords: horseshoe kidney stone, PCNL, ESWL, RIRS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thận móng ngựa là dị tật bẩm sinh phổ biến nhất của hệ tiết niệu, với tỷ lệ mắc khoảng 1/400 và tỷ lệ nam:nữ là 2:1.¹ Sự bất thường này xuất phát từ quá trình di chuyển và xoay không hoàn chỉnh của thận trong giai đoạn phôi thai, dẫn đến sự kẹt của eo thận dưới động mạch mạc treo tràng dưới. Hệ quả là các đài thận ở thận móng ngựa thường có hướng xoay vào trong hoặc ra

ngoài bất thường, kèm theo những biến đổi về cấu trúc giải phẫu và mạch máu.² Một số dị dạng giải phẫu thường gặp ở thận móng ngựa bao gồm chỗ nối bể thận-niệu quản cao bất thường và sự chèn ép niệu quản bởi các mạch máu nuôi cực dưới và eo thận, dẫn đến tắc nghẽn dòng nước tiểu. Những bất thường này làm tăng nguy cơ hình thành sỏi thận, với tỷ lệ ghi nhận từ 20% đến 60%.²

Các phương pháp điều trị sỏi thận ở thận móng ngựa được lựa chọn tùy thuộc vào kích thước, vị trí sỏi và đặc điểm giải phẫu của từng trường hợp. Theo hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ và Châu Âu, tán sỏi thận qua da (Percutaneous Nephrolithotomy - PCNL) là phương pháp được khuyến nghị đầu tiên đối với sỏi có kích thước lớn hơn 2 cm ở bệnh nhân thận móng ngựa nhờ tính an toàn và hiệu quả.^{3,4} Tuy nhiên, PCNL ở tư thế nằm sấp có thể gây ra một số biến chứng, bao gồm tổn thương thần kinh cơ, chèn ép khí quản và tổn thương mắt.⁵

Ngoài PCNL, các phương pháp khác như phẫu thuật mở qua đường sau phúc mạc hoặc xuyên phúc mạc cũng được áp dụng trong điều trị sỏi phức tạp. Tán sỏi ngoài cơ thể (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL) là phương pháp ít xâm lấn, thường được lựa chọn cho sỏi nhỏ, nhưng hiệu quả thấp khi điều trị sỏi lớn, hoặc sỏi ở vị trí khó tiếp cận do bất thường giải phẫu. Tán sỏi bằng ống soi mềm (retrograde intrarenal surgery – RIRS) kết hợp laser là phương pháp hiện đại, phù hợp với sỏi nhỏ đến trung bình. Tuy nhiên, hiệu quả của FURS cũng bị hạn chế trong các trường hợp giải phẫu phức tạp hoặc khi kích thước sỏi lớn.^{4,6,7}

Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày 4 trường hợp sỏi thận ở thận móng ngựa được điều trị bằng các phương pháp khác nhau, bao gồm phẫu thuật mở qua đường sau

phúc mạc, trong phúc mạc, PCNL, ESWL và RIRS. Đặc biệt, trường hợp thứ 4 cho thấy thất bại của cả ESWL và RIRS trước khi áp dụng thành công mini-PCNL. Những kinh nghiệm từ các trường hợp này sẽ được phân tích để đánh giá hiệu quả, thách thức, cũng như những lưu ý quan trọng trong điều trị sỏi thận ở bệnh nhân thận móng ngựa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2024 đến tháng 11/2024, tại Khoa Phẫu thuật Ung bướu Tiết niệu, Bệnh viện Bình Dân, có 4 trường hợp sỏi thận trên thận móng ngựa được điều trị. Triệu chứng chính của các bệnh nhân bao gồm đau vùng hông lưng và tiểu máu đại thể từng đợt. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu bao gồm cấy nước tiểu. Nếu phát hiện nhiễm khuẩn đường tiết niệu, bệnh nhân được điều trị kháng sinh phù hợp trước khi tiến hành phẫu thuật. Kháng sinh dự phòng cũng được tiêm tĩnh mạch 1 giờ trước mỗi ca phẫu thuật.

Kích thước và số lượng sỏi được xác định dựa trên phim KUB và/hoặc MSCT, đồng thời tất cả bệnh nhân đều được chụp MSCT-A dựng hình mạch máu hệ niệu để đánh giá chi tiết giải phẫu trước phẫu thuật. Trong số 4 trường hợp, có 2 bệnh nhân được phẫu thuật mở qua đường sau phúc mạc, 1 bệnh nhân được phẫu thuật qua đường trong phúc mạc, và 1 bệnh nhân được điều trị thành công bằng phương pháp PCNL sau khi thất bại với tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) và tán sỏi bằng ống soi mềm (FURS). Tất cả bệnh nhân được giải thích rõ ràng về nguy cơ biến chứng có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật trước khi tiến hành điều trị.

Tiêu chuẩn thành công của phẫu thuật

- Loại bỏ hoàn toàn sỏi trên phim KUB sau mổ hoặc còn mảnh sỏi nhỏ hơn 4mm.⁸

- Không có triệu chứng đau, tiểu máu, hoặc nhiễm trùng tái phát.

Tiêu chuẩn đánh giá biến chứng

- Biến chứng nhẹ (Clavien-Dindo I-II): Sốt nhẹ, đau vết mổ, hoặc rò nước tiểu tự giới hạn.

- Biến chứng nặng (Clavien-Dindo III-IV): Chảy máu cần truyền máu, rò nước tiểu kéo dài cần can thiệp.

- Tử vong (Clavien-Dindo V): Không ghi nhận trong nghiên cứu này.

Thời điểm đánh giá sau phẫu thuật

- Sau 2 ngày: Đánh giá lâm sàng, rút sonde bàng quang.

- Sau 3-5 ngày: Đánh giá mức độ hồi phục, rút dẫn lưu cạnh thận (nếu có).

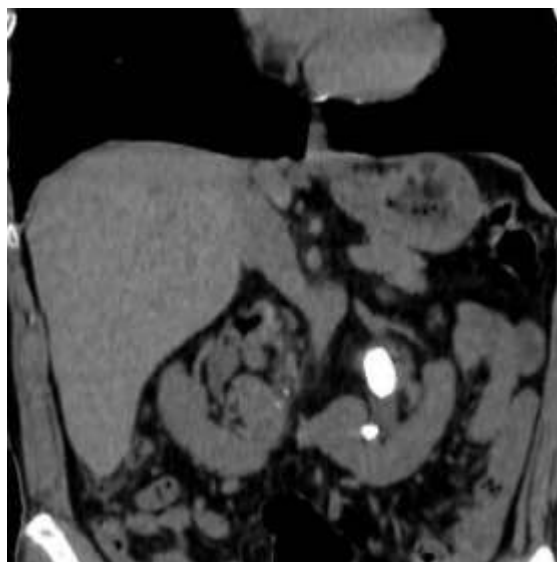
- Sau 2 tuần: Chụp KUB kiểm tra sạch sỏi, rút sonde JJ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trường hợp 1: bệnh nhân nam, 64 tuổi (mã hồ sơ: 2023/0682). Tiền sử tăng huyết áp có điều trị. Tiền sử ngoại khoa và gia đình chưa phát hiện bất thường. Bệnh nhân nhập viện vì đau thắt lưng bên trái. Khám lâm sàng ấn đau hông trái, rung thận âm tính, nước tiểu trong. Xét nghiệm CTM: WBC 7,33 k/uL, xét nghiệm nước tiểu bạch cầu niệu và nitrit âm tính, cấy nước tiểu âm tính, siêu âm có hình ảnh thận móng ngựa, 2 thận ứ nước nhẹ, sỏi thận trái kích thước 2,5 cm. chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh thận móng ngựa sỏi đài bể thận trái kích thước 24 x 14 mm, thận trái ứ nước độ 1, thận P ứ nước nhẹ. Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận trái-thận móng ngựa/ THA. Chúng tôi tiến hành giải thích cho bệnh nhân và thực hiện phẫu thuật mổ mở lấy sỏi thận đường sau phúc mạc. Trong quá trình phẫu thuật khi cắt qua cân gerota để bộc lộ thận, khi tiến hành bộc lộ đài dưới để di động toàn bộ thận,

chúng tôi gặp khó khăn do đặc điểm giải phẫu của thận móng ngựa dính cực dưới nên khi mở bể thận lấy sỏi chúng tôi không hoàn toàn di động được thận như với thận bình thường. Điều này làm cho vị trí bể thận có phần sâu hơn so với thận bình thường. Sau khi mở bể thận lấy sỏi và kiểm tra các đài thận không còn sỏi, chúng tôi tiến hành đặt thông JJ 6 Fr vào bể thận niệu quản trái, khâu bể thận bằng chỉ viryl 4.0. Thời gian phẫu thuật 75 phút, lượng máu mất khoảng 50ml.

Sau mổ bệnh nhân được rút thông niệu đạo ngày 2 và dẫn lưu cạnh thận ngày 3, hậu phẫu bệnh nhân không sốt, không rò nước tiểu sau mổ, vết mổ lành tốt. Bệnh nhân xuất viện ngày hậu phẫu thứ 5. Bệnh nhân được tái khám sau 02 tuần và chụp phim X-quang hệ tiết niệu (KUB) kiểm tra không còn sỏi, thông JJ đúng vị trí. Bệnh nhân được chỉ định rút thông JJ tại ngày tái khám, sau rút thông JJ bệnh nhân sinh hoạt bình thường, không còn triệu chứng gì khác.



Hình 1. Kết quả MSCT trên thận móng ngựa trường hợp 1

Trường hợp 2: bệnh nhân nữ, 35 tuổi (mã hồ sơ: 2024/27198). Tiền sử không có bệnh lý nội khoa và chưa có tiền căn phẫu thuật trước đây. Bệnh nhân nhập viện vì đau thắt lưng bên trái. Khám lâm sàng ấn đau hông trái, rung thận âm tính, nước tiểu trong. Xét nghiệm CTM: WBC 9,78 k/uL, xét nghiệm nước tiểu bạch cầu niệu 500 Leu/uL, nitrit âm tính, cấy nước tiểu âm tính, siêu âm có hình ảnh thận móng ngựa, thận ứ nước độ 2, sỏi thận trái kích thước 3,5 cm. chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh thận móng ngựa sỏi đài bể thận trái kích thước 34 x 17 x 10 mm, thận trái ứ nước độ 2, nang 2 thân

Bosniak I kích thước 7mm. Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi san hô thận trái-thận móng ngựa. Chúng tôi tiến hành giải thích cho bệnh nhân và thực hiện phẫu thuật mổ mở lấy sỏi thận đường sau phúc mạc. Trong quá trình phẫu thuật khi cắt qua cân Gerota để bộc lộ thận, khi tiến hành bộc lộ đài dưới để di động toàn bộ thận, chúng tôi gặp khó khăn do đặc điểm giải phẫu của thận móng ngựa dính cực dưới nên khi mở bể thận lấy sỏi chúng tôi không hoàn toàn di động được thận như với thận bình thường. Điều này làm cho vị trí bể thận có phần sâu hơn so với thận bình thường. Sỏi trường hợp 2 lớn hơn sỏi

trường hợp 1, bể thận nội xoang nên bóc tách khó khăn hơn. Sau khi mở bể thận lấy sỏi và kiểm tra các đài thận không còn sỏi, chúng tôi tiến hành đặt thông JJ 6 fr vào bể thận niệu quản trái, khâu bể thận bằng chỉ viryl 4.0. Thời gian phẫu thuật 95 phút, lượng máu mất là 150ml. Sau mổ bệnh nhân được rút thông niệu đạo ngày 2 và dẫn lưu cạnh thận ngày 3. Hậu phẫu, bệnh nhân không ghi nhận

sốt hay rò nước tiểu sau mổ. Bệnh nhân xuất viện ngày hậu phẫu thứ 5. Bệnh nhân được tái khám sau 02 tuần và chụp phim X-quang hệ tiết niệu (KUB) kiểm tra không còn sỏi, thông JJ đúng vị trí. Bệnh nhân được chỉ định rút thông JJ tại ngày tái khám, sau rút thông JJ bệnh nhân sinh hoạt bình thường, không còn triệu chứng gì khác.



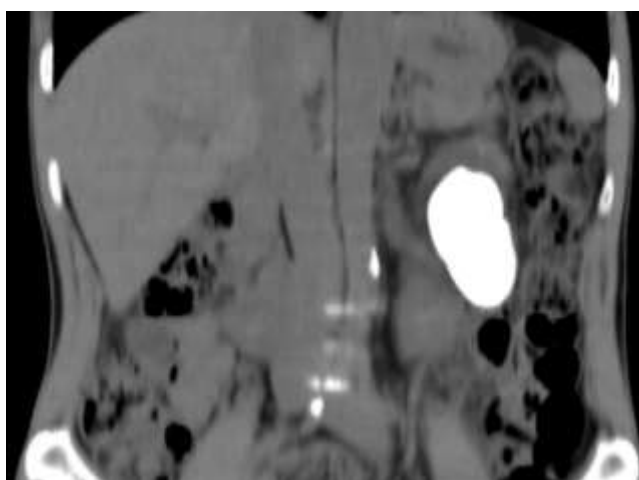
Hình 2. Kết quả MSCT trên thận móng ngựa trường hợp 2

Trường hợp 3: bệnh nhân nam, 52 tuổi (mã hồ sơ: 24045946). Tiền sử không có bệnh lý nội khoa và chưa có tiền căn phẫu thuật trước đây. Bệnh nhân nhập viện vì đau thắt lưng bên trái kèm sốt 3 ngày. Khám lâm sàng ấn đau hông trái, rung thận trái dương tính, nước tiểu trong. Xét nghiệm CTM: WBC 4,79 k/uL, xét nghiệm nước tiểu bạch cầu niệu 500 Leu/uL, nitrit âm tính, cấy nước tiểu âm tính, siêu âm có hình ảnh thận móng ngựa, thận trái ứ nước độ 2, sỏi thận trái kích thước 3 cm. chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh thận móng ngựa sỏi đài bể thận trái kích thước 38 x 74 x 15 mm, thận trái ứ nước độ 2, cực dưới 2 thận dính nhau phía dưới

động mạch chủ. Bệnh nhân được chẩn đoán là nhiễm khuẩn đường tiết niệu-sỏi san hô thận trái-thận móng ngựa. Chúng tôi tiến hành giải thích cho bệnh nhân và thực hiện phẫu thuật mổ mở lấy sỏi thận đường trong phúc mạc. Bệnh nhân nằm nghiêng phải 20 độ, rạch da đường trên rốn 14 cm, tiến hành cắt mạc Toldt trái, hạ đại tràng trái, cắt dây chằng lách đại tràng, hạ đại tràng góc lách, mở cân Gerota tiếp cận rốn thận trái, bóc lộ bể thận, mổ bể thận trái lấy ra sỏi kích thước 7,5 x 4 cm, chưa ghi nhận hẹp niệu quản, thám sát vùng eo thận móng ngựa không ghi nhận chèn ép niệu quản. Sau khi mổ bể thận lấy sỏi và kiểm tra các đài thận không còn

sỏi, chúng tôi tiến hành đặt thông JJ 6 fr vào bể thận niệu quản trái, khâu bể thận bằng chỉ viryl 4.0. Thời gian phẫu thuật 80 phút. Mất máu khoảng 100ml. Trường hợp này khi tiếp cận đường trong phúc mạc và cực dưới thận sau ra trước nên chúng tôi tiếp cận bể thận và lấy sỏi thuận lợi hơn 2 trường hợp đầu. Sau mổ bệnh nhân được rút thông niệu đạo ngày 3 và dẫn lưu cạnh thận ngày 6 (dẫn lưu cạnh thận ra 200ml ngày hậu phẫu thứ 1 sau đó

giảm dần). Không ghi nhận các biến chứng sau mổ như sốt, rò nước tiểu hay truyền máu sau mổ. Bệnh nhân xuất viện ngày hậu phẫu thứ 9. Bệnh nhân được tái khám sau 02 tuần và chụp phim X-quang hệ tiết niệu (KUB) kiểm tra không còn sỏi, thông JJ đúng vị trí. Bệnh nhân được chỉ định rút thông JJ tại ngày tái khám, sau rút thông JJ bệnh nhân sinh hoạt bình thường, không có triệu chứng gì khác.



Hình 3. Kết quả MSCT sỏi thận trái trên thận móng ngựa trường hợp 3

Trường hợp 4: bệnh nhân nữ, 52 tuổi (mã hồ sơ: 2016/20354). Tiền sử không có bệnh lý nội khoa và chưa có tiền căn phẫu thuật trước đây. Bệnh nhân nhập viện vì đau thắt lưng bên trái kèm sốt 3 ngày. Khám lâm sàng ấn đau hông trái, rung thận trái dương tính, nước tiểu trong. Xét nghiệm CTM: WBC 7,18 k/uL, xét nghiệm nước tiểu bạch cầu niệu âm tính, nitrit âm tính, cấy nước tiểu âm tính, siêu âm có hình ảnh thận móng ngựa, thận phải ứ nước độ 2, sỏi thận phải kích thước 2 cm. chụp cắt lớp vi tính cho thấy hình ảnh thận móng ngựa sỏi đài bể thận phải kích thước 23 x 18 mm, thận trái ứ nước độ 2, cực dưới 2 thận dính nhau phía dưới động mạch chủ, có sỏi trong nhu mô đoạn bắt ngang cột sống kích thước 1 cm. Chẩn

đoán là nhiễm khuẩn đường tiết niệu-sỏi thận phải- thận móng ngựa. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh ổn, sau đó chúng tôi tiến hành giải thích cho bệnh nhân và thực hiện tán sỏi ngoài cơ thể, sau đó bệnh nhân được thực hiện tán sỏi bằng ống mềm nhưng không thành công do đặc điểm giải phẫu phức tạp của thận móng ngựa và bệnh nhân có sỏi đài dưới khó tiếp cận hơn. Do eo thận móng ngựa, niệu quản có thể bị đẩy ra phía trước làm giảm hiệu quả tiếp cận các đài thận của ống soi mềm. Bệnh nhân sau đó được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tư thể nằm sấp và đường vào đài giữa thận dưới hướng dẫn của siêu âm. Nong vào thận đặt Amplatz cỡ 18 Fr, dùng laser tán vụn sỏi bể thận và đài dưới, lấy sỏi vụn ra bằng áp lực nước, đặt

thông JJ 6 Fr bể thận niệu quản xuôi dòng, chụp kiểm tra thông JJ bằng C arm. Thời gian phẫu thuật 60 phút. Bệnh nhân được rút dẫn lưu thận vào ngày hậu phẫu 2, xuất viện ngày hậu phẫu 3, bệnh nhân không có biến chứng sốt sau mổ, không có truyền máu. Đây là trường hợp thực hiện nhiều cách tiếp

cận điều trị sỏi thận, bệnh nhân được chụp phim X-quang hệ niệu KUB kiểm tra khi tái khám sau 02 tuần không còn sỏi bể thận và đài dưới thận P. Bệnh nhân được rút JJ niệu quản bể thận phải, sau rút JJ bệnh nhân sinh hoạt bình thường, không còn triệu chứng gì khác.



Hình 4. Kết quả MSCT sỏi thận trái trên thận móng ngựa trường hợp 4

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các phương pháp điều trị sỏi thận trên thận móng ngựa bao gồm mổ mở qua đường sau phúc mạc, mổ mở qua đường trong phúc mạc, tán sỏi ngoài cơ thể, tán sỏi bằng ống soi mềm, và tán sỏi qua da. Qua phân tích 4 trường hợp, mỗi phương pháp đều cho thấy những ưu điểm và hạn chế riêng, phụ thuộc vào đặc điểm giải phẫu bất thường của thận móng ngựa.

Ở các trường hợp mổ mở, đường sau phúc mạc gặp hạn chế do thận móng ngựa dính tại eo, gây khó khăn trong việc di động cực dưới và tiếp cận sỏi. Trong khi đó, đường trong phúc mạc thuận lợi hơn khi cực dưới thận xoay ra trước, giúp bộc lộ bể thận

dễ dàng hơn. Tuy nhiên, nguy cơ rò nước tiểu vào phúc mạc vẫn tồn tại, như trường hợp chúng tôi ghi nhận có dịch dẫn lưu 200 ml vào ngày hậu phẫu thứ hai nhưng đã giảm dần và không để lại biến chứng sau khi rút dẫn lưu vào ngày thứ năm. Theo y văn, tỷ lệ rò nước tiểu sau mổ lấy sỏi thận dao động từ 2-5% trong các báo cáo khác nhau.⁹

Đối với trường hợp thứ 4, Trường hợp thất bại với TSNCT và nội soi ống mềm chủ yếu do các yếu tố giải phẫu đặc thù của thận móng ngựa. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có sỏi đài dưới kích thước 23 x 18 mm, vị trí này thường có lưu lượng nước tiểu kém, làm giảm hiệu quả của TSNCT. Hơn nữa, do niệu quản của thận móng ngựa có thể bị đẩy ra phía trước hoặc có hướng đi bất

thường, NSOM gặp khó khăn trong việc tiếp cận đài dưới, làm giảm khả năng tiếp cận trực tiếp và tán sỏi hiệu quả. Hơn nữa tán sỏi bằng ống mềm thuận lợi hơn khi sỏi đài giữa và đài trên. Cuối cùng, chúng tôi đã thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ thành công với đường vào qua đài giữa dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Sử dụng siêu âm trong trường hợp này (thận ứ nước độ 2) là một lợi thế quan trọng, vì siêu âm cho phép thấy rõ đường đi của kim và định vị chính xác sỏi, đồng thời giúp tránh tổn thương các cơ quan lân cận như đại tràng, một nguy cơ phổ biến trong phẫu thuật trên thận móng ngựa. Nguy cơ tổn thương đại tràng khi thực hiện PCNL ở thận móng ngựa đã được báo cáo với tỷ lệ khoảng 1% trong các nghiên cứu trước đây.¹⁰ Trong thận móng ngựa, thận thường nằm thấp hơn nên việc tiếp cận đài trên và giữa sẽ dễ dàng hơn.¹¹ Đường vào qua đài giữa được chọn vì vị trí này thuận lợi để tiếp cận sỏi ở bể thận và các đài thận còn lại. Sử dụng siêu âm khi thận ứ nước độ 2 như trường hợp 4 cũng giúp tăng độ chính xác trong quá trình tạo đường hầm. sau mổ không ghi nhận các biến chứng diễn ram hậu phẫu ổn và sau mổ khoảng 2 tuần, kiểm tra lại thấy sạch sỏi trên phim KUB. Từ đó có thể thấy PCNL cũng là một lựa chọn khả thi, tuy nhiên cần có nhiều nghiên cứu để chứng minh sự hiệu quả và an toàn khi ứng dụng phương pháp PCNL trong điều trị sỏi thận trên bệnh nhân thận móng ngựa.

Mặc dù PCNL là phương pháp hiệu quả với tỷ lệ sạch sỏi cao như báo cáo của Ghoneimy (85,7%)¹² và Vikram Satav (87,5%)¹³, nhưng cần cân nhắc kỹ lưỡng các yếu tố giải phẫu đặc thù khi lựa chọn đường tiếp cận. Việc kết hợp các công cụ hỗ trợ như MSCT-A và siêu âm trong lập kế hoạch và

thực hiện phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả và đảm bảo an toàn. Giáo dục bệnh nhân về nguy cơ tái phát sỏi và tầm quan trọng của kiểm tra định kỳ là điều cần thiết để quản lý lâu dài tình trạng sỏi thận trên thận móng ngựa.

Phẫu thuật nội soi lấy sỏi bể thận trong ổ bụng có hỗ trợ robot là một phương pháp đầy hứa hẹn trong điều trị sỏi thận phức tạp, đặc biệt ở những bệnh nhân có giải phẫu bất thường như thận móng ngựa. So với các phương pháp truyền thống như nội soi tán sỏi qua da (PCNL) hay tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL), phương pháp này mang lại lợi thế về khả năng tiếp cận chính xác, tăng cường độ linh hoạt và cải thiện khả năng loại bỏ hoàn toàn sỏi nhờ sự hỗ trợ của hệ thống nội soi trong phẫu thuật. Ngoài ra, việc sử dụng robot giúp giảm thiểu tổn thương mô xung quanh, hạn chế nguy cơ biến chứng và cải thiện quá trình hồi phục hậu phẫu. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm về phẫu thuật nội soi và giải phẫu thận móng ngựa, đồng thời cần cân nhắc nguy cơ tổn thương mạch máu và niệu quản trong quá trình bóc tách¹⁴

V. KẾT LUẬN

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp là điều cần thiết để điều trị sỏi thận trên thận móng ngựa. Đường tiếp cận xuyên phúc mạc có lợi thế trong điều trị sỏi san hô với bể thận xoay ra trước, sỏi kích thước lớn, phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ là giải pháp ít xâm lấn có thể lựa chọn cho những trường hợp sỏi thận có kích thước trung bình ở bệnh nhân thận móng ngựa. Những phát hiện này góp phần cải thiện chiến lược điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nishi M, Iwamura M, Kurosaka S, Fujita T, Matsumoto K, Yoshida K.** Laparoscopic Anderson-Hynes pyeloplasty without symphysiotomy for hydronephrosis with horseshoe kidney. *Asian J Endosc Surg.* Aug 2013;6(3):192-6. doi:10.1111/ases.12038
2. **Yohannes P, Smith AD.** The endourological management of complications associated with horseshoe kidney. *J Urol.* Jul 2002;168(1):5-8.
3. **Türk C, Petřík A, Sarica K, et al.** EAU Guidelines on Diagnosis and Conservative Management of Urolithiasis. *Eur Urol.* Mar 2016;69(3): 468-74. doi:10.1016/j.eururo.2015.07.040
4. **Assimos D, Krambeck A, Miller NL, et al.** Surgical Management of Stones: American Urological Association/Endourological Society Guideline, PART I. *J Urol.* Oct 2016;196(4): 1153-60. doi:10.1016/j.juro.2016.05.090
5. **Valdivia JG, Scarpa RM, Duvdevani M, et al.** Supine versus prone position during percutaneous nephrolithotomy: a report from the clinical research office of the endourological society percutaneous nephrolithotomy global study. *J Endourol.* Oct 2011;25(10):1619-25. doi:10.1089/end.2011.0110
6. **Ding J, Huang Y, Gu S, et al.** Flexible Ureteroscopic Management of Horseshoe Kidney Renal Calculi. *Int Braz J Urol.* Jul-Aug 2015;41(4):683-9. doi:10.1590/s1677-5538.Ibju.2014.0086
7. **Al Otay A, Sarhan O, El-Tholoth HS, et al.** Different managements of horseshoe kidney stones, any difference in the outcome? *Urol Ann.* Jul-Sep 2018;10(3):287-290. doi:10.4103/ua.Ua_116_17
8. **Opondo D, Gravas S, Joyce A, et al.** Standardization of patient outcomes reporting in percutaneous nephrolithotomy. *J Endourol.* Jul 2014;28(7):767-74. doi:10.1089/end.2014.0057
9. **Michael L. Paik, Mark A. Wainstein, J. Patrick Spirnak, Nehemia Hampel.** CURRENT INDICATIONS FOR OPEN STONE SURGERY IN THE TREATMENT OF RENAL AND URETERAL CALCULI. *Journal of Urology.* 1998;159(2):374-379.
10. **Raj GV, Auge BK, Weizer AZ, et al.** Percutaneous management of calculi within horseshoe kidneys. *J Urol.* Jul 2003; 170(1): 48-51. doi:10.1097/01.ju.0000067620.60404.2d
11. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Nguyễn Tuấn Vinh, Lê Trọng Khôi, Nguyễn Xuân Chiến, Trương Phạm Ngọc Đăng.** Kinh nghiệm bước đầu trong phẫu thuật lấy sỏi qua da trên thận móng ngựa. *Y Học TP Hồ Chí Minh.* 2018;Tập 22:400-405.
12. **El Ghoneimy MN, Koderá AS, Emran AM, Orban TZ, Shaban AM, El Gammal MM.** Percutaneous nephrolithotomy in horseshoe kidneys: is rigid nephroscopy sufficient tool for complete clearance? A case series study. *BMC Urol.* Nov 16 2009;9:17. doi:10.1186/1471-2490-9-17
13. **Satav V, Sabale V, Pramanik P, Kanklia SP, Mhaske S.** Percutaneous nephrolithotomy of horseshoe kidney: Our institutional experience. *Urol Ann.* Jul-Sep 2018; 10(3): 258-262. doi:10.4103/ua.Ua_152_17
14. **Sellers J, George A, Camacho J, Cammack JT, Medway A.** Robotic-assisted laparoscopic pyelolithotomy with intracorporeal pyeloscopy in a horseshoe kidney. *Urology Case Reports.* 2023/01/01/2023;46:102305. doi:https://doi.org/10.1016/j.eucr.2022.102305

SỎI THẬN PHỨC TẠP GÂY BIẾN CHỨNG NHÂM LẤN VỚI BƯỚI THẬN XÂM LẤN: BÁO CÁO MỘT CA LÂM SÀNG VỚI KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG

Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Tế Kha^{1,2},
Huỳnh Kim Khánh Đăng¹, Nguyễn Tú Tài¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi thận phức tạp có thể gây nhiễm khuẩn và viêm quanh thận kéo dài, dẫn đến một số trường hợp dễ nhầm lẫn với ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) trên lâm sàng. Việc phân biệt giữa RCC xâm lấn và các bệnh lý viêm quanh thận là rất quan trọng, vì phương pháp điều trị giữa hai tình trạng này hoàn toàn khác biệt. Ở đây chúng tôi báo cáo một trường hợp sỏi thận phức tạp biến chứng thận ứ nước nhiễm khuẩn kèm viêm, áp xe quanh thận gây nhầm lẫn với ung thư biểu mô tế bào thận xâm lấn.

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng.

Kết quả: Bệnh nhân nam, 62 tuổi, nhập viện với triệu chứng đau hông lưng kéo dài, tiểu máu, và sụt cân. Hình ảnh học gợi ý RCC giai đoạn IV, với khối mô xâm lấn ra ngoài da. Sinh thiết ban đầu nhằm hỗ trợ quyết định hóa trị nhưng kết quả cho thấy viêm. Sau đó, bệnh nhân được điều trị bằng dẫn lưu thận qua da và hai lần phẫu thuật lấy sỏi thận qua da kèm nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng, giúp phục hồi hoàn toàn mà không cần phẫu thuật cắt bỏ thận.

Kết luận: Trường hợp này nhấn mạnh những thách thức trong việc chẩn đoán RCC xâm lấn và các biến chứng do sỏi thận phức tạp, đồng thời cho thấy vai trò của sinh thiết trong việc hỗ trợ chẩn đoán chính xác ở những tình huống lâm sàng tương tự.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào thận, sỏi thận phức tạp, viêm giả u quanh thận, lấy sỏi qua da.

SUMMARY

COMPLEX KIDNEY STONE COMPLICATIONS MIMICKING INVASIVE RENAL TUMOR: A CASE REPORT WITH SUCCESSFUL TREATMENT OUTCOME

Introduction: Complex kidney stones can lead to prolonged infection and inflammation in the perirenal region, which in certain cases can mimic renal cell carcinoma (RCC) in clinical presentations. Differentiating RCC from perirenal inflammatory conditions is crucial, as treatment strategies for these two conditions differ significantly. Here, we report a case of complex kidney stones complicated by infected hydronephrosis with associated inflammation and perirenal abscess, initially misdiagnosed as invasive RCC.

Methods: Case report.

Results: A 62-year-old male patient presented with persistent flank pain, hematuria, and weight loss. Imaging studies suggested stage IV RCC with an invasive mass extending to the

¹Bệnh viện Bình Dân

²Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Mai Viết Nhật Tân

SĐT: 0938796472

Email: nhattan2412@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

skin. Biopsy, initially performed to guide chemotherapy decisions, revealed inflammation. Subsequently, the patient was treated with percutaneous nephrostomy and two sessions of mini-percutaneous nephrolithotomy, leading to full recovery without requiring nephrectomy.

Conclusion: This case highlights the challenges in diagnosing invasive RCC and the complications associated with complex kidney stones. It underscores the crucial role of biopsy in supporting accurate diagnosis in similar clinical scenarios.

Keywords: Renal cell carcinoma, complex kidney stones, inflammatory pseudotumor, percutaneous nephrolithotomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) giai đoạn tiến xa thường mang lại tiên lượng sống kém, với các phương pháp điều trị chủ yếu bao gồm hóa trị và liệu pháp miễn dịch. Tuy nhiên, việc chẩn đoán xác định RCC gặp nhiều thách thức, đặc biệt khi sinh thiết không thể luôn đưa ra kết quả chính xác, do chỉ 40% trường hợp ung thư xâm lấn được xác nhận qua giải phẫu bệnh¹. Điều này làm cho việc chẩn đoán phân biệt giữa RCC và các bệnh lý viêm nhiễm, chẳng hạn như áp xe thận, trở nên vô cùng quan trọng, bởi chiến lược điều trị giữa hai tình trạng này hoàn toàn khác nhau.

Mặc dù lâm sàng và hình ảnh học có thể giúp phân biệt hai bệnh lý, sai sót trong chẩn đoán vẫn xảy ra, dẫn đến những hệ quả nghiêm trọng như phẫu thuật cắt thận không cần thiết. Trong báo cáo này, chúng tôi trình

bày một trường hợp bệnh nhân ban đầu được chẩn đoán nghi ngờ RCC giai đoạn IV trên nền bệnh lý sỏi thận và sỏi niệu quản gây thận ứ nước nhiễm khuẩn. Sau khi giải quyết tình trạng nhiễm khuẩn và sỏi, hình ảnh khối mô nghi ung thư trên CT-scan không còn, và sức khỏe bệnh nhân được cải thiện đáng kể.

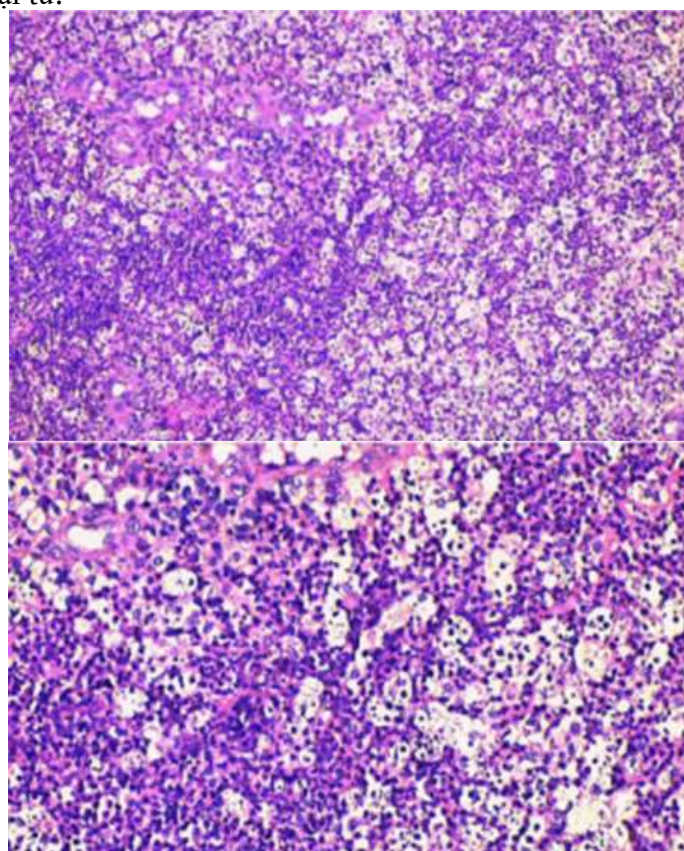
II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 62 tuổi, nhập viện vì đau hông lưng phải kéo dài, đau ngày càng tăng kèm tiểu máu và sụt cân 5 kg trong vòng 1 tháng. Tiền sử bệnh nhân đã được mổ mở lấy sỏi thận hai bên tổng cộng 4 lần (mỗi bên 2 lần). Khám lâm sàng ghi nhận vùng hông lưng phải có khối mô nghi ngờ ung thư xâm lấn ra ngoài da, ấn đau rõ rệt tại khu vực này (Hình 1A). Xét nghiệm máu cho thấy bạch cầu tăng cao (13,02 K/ μ l) và suy giảm chức năng thận với eGFR ở mức 47,67 ml/phút/1,73 m² da. Tình huống này chúng tôi ưu tiên chụp cắt lớp vi tính (CT scan) hệ niệu không sử dụng thuốc cản quang vì không muốn làm trầm trọng hơn cho tình trạng chức năng thận của bệnh nhân, sau chụp ghi nhận tổn thương tại cực dưới thận phải, lan ra khoang quanh thận và cơ thắt lưng phải. Hình ảnh nghi ngờ viêm hoặc áp xe, chưa loại trừ mô u (Hình 1B). Đồng thời, quan sát thấy hạch rốn thận hai bên, sỏi thận phải, thận phải ứ nước độ III và sỏi niệu quản phải. Nội soi đại tràng phát hiện polyp tại đại tràng ngang và trực tràng.



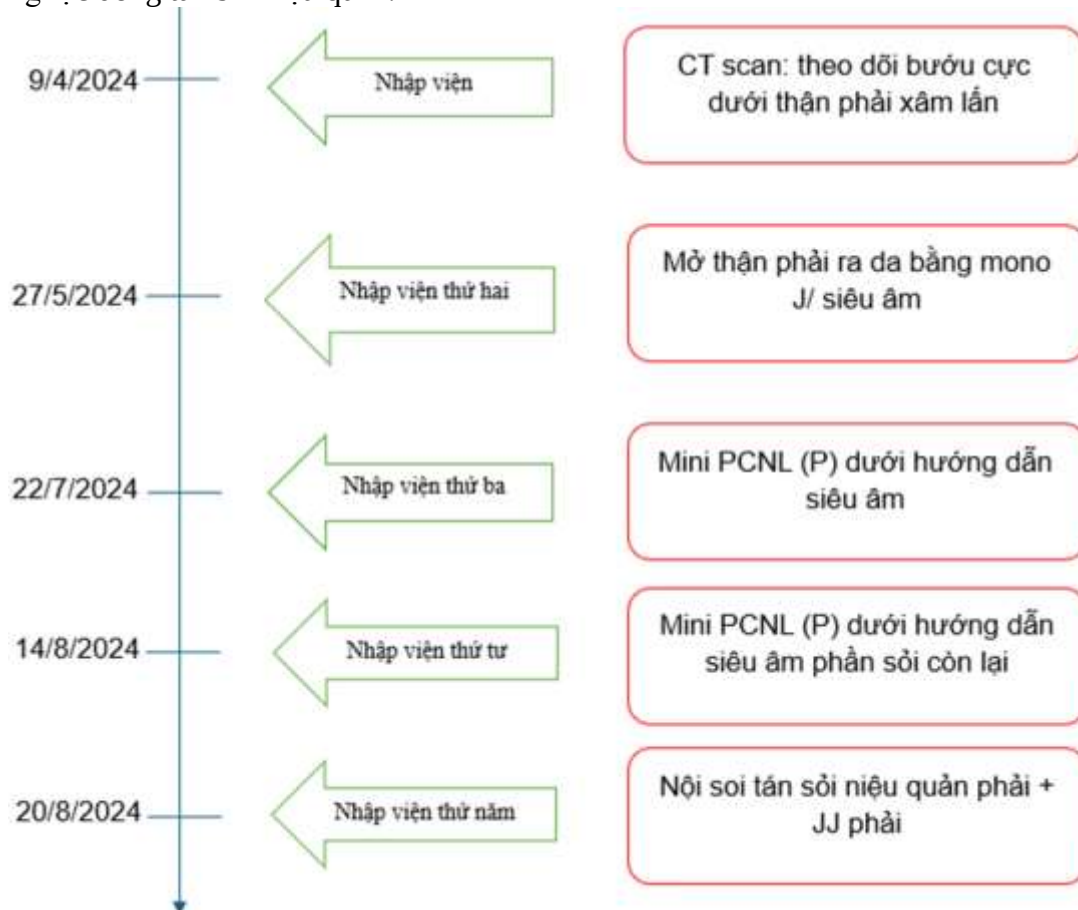
Hình 1. A: vùng mô nghi bướu ăn lan ra da vùng hông lưng phải. B: Hình ảnh CT-scan không cản quang cho thấy tổn thương cực dưới thận phải nghi bướu ăn lan ra ngoài da

Bệnh nhân được sinh thiết phần mô nghi ung thư ăn lan ra ngoài da, phần mô này dựa trên phim CT – Scan cho thấy có liên kết với phần mô bướu ở cực dưới thận phải. Kết quả sinh thiết ra mô viêm hoại tử.



Hình 2. Kết quả giải phẫu bệnh: mô viêm hoại tử

Bệnh nhân được chỉ định mổ thận phải ra da bằng mono J 14 Fr dưới hướng dẫn siêu âm sau đó được mini PCNL điều trị sỏi thận phải hai lần và cuối cùng được nội soi niệu quản phải ngược dòng tán sỏi niệu quản.



Sơ đồ 1. Diễn tiến thời gian điều trị



Hình 3. A: CT scan của BN được chụp 29/7/2024 sau khi được mini PCNL (P) lần thứ nhất. B: CT scan của BN được chụp 17/12/2024 sau khi được PCNL (P) 2 lần



Hình 4. Phần mô ăn ra ngoài da được chữa khỏi

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng viêm hoặc áp xe quanh thận gây nhầm lẫn với ung thư thận xâm lấn là một tình trạng hiếm gặp. Việc chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào thận xâm lấn có thể nhầm lẫn với các bệnh lý như viêm giả u (inflammatory pseudotumor - IPT), u sợi cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor – IMT) hoặc trong bệnh cảnh thận ứ nước nhiễm khuẩn kéo dài gây viêm, áp xe thận và quanh thận,... Trong trường hợp này, sau khi có kết quả sinh thiết mô học ra viêm, chúng tôi nghĩ nhiều trong bệnh cảnh thận ứ nước nhiễm khuẩn do sỏi thận và sỏi niệu quản kéo dài, diễn tiến viêm, áp xe thận và quanh thận.

Áp xe thận là một bệnh lý viêm bán cấp hoặc mạn tính, chiếm khoảng 2% trong tổng số các bệnh lý thận². Áp xe thận có thể xảy ra một bên hoặc hai bên thận, với tổn thương đơn lẻ hoặc nhiều tổn thương.³ Nguyên nhân có thể bao gồm nhiễm trùng theo đường máu, viêm bể thận và nhiễm trùng ngược dòng. Triệu chứng lâm sàng có thể bao gồm tiểu máu đại thể, đau hông lưng, sốt.^{4,5} Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) chiếm 2-3% trong các bệnh lý ác tính ở người trưởng thành, với 210,000 trường hợp mới mắc mỗi năm ở các nước phát triển.^{6,7} Việc điều trị áp xe thận chủ yếu bằng kháng sinh điều trị, dẫn

lưu và phẫu thuật, trong khi đó cắt thận lại là phương thức điều trị tiêu chuẩn đối với các khối u thận.^{8,9} Do đó, việc phân biệt chính xác giữa áp xe thận và khối u thận là rất cần thiết để tránh phẫu thuật không cần thiết. Sự phát triển công nghệ và kinh nghiệm ngày càng tăng đã cải thiện khả năng chẩn đoán phân biệt giữa áp xe thận và khối u thận, tuy nhiên, chẩn đoán sai vẫn xảy ra. Eltahawy¹⁰ đã báo cáo 11 bệnh nhân ban đầu được chẩn đoán là viêm mũ quanh thận hoặc áp xe thận, nhưng chẩn đoán cuối cùng lại là ung thư thận.

Trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân với bệnh cảnh suy thận là một thách thức ban đầu khi không thể chụp CT – scan có cản quang, khiến khó khăn trong việc phân định rõ ràng giữa hình ảnh ác tính hay lành tính. Tuy nhiên, bệnh nhân là nam giới, hình ảnh học ghi nhận bướu kích thước lớn trong bối cảnh lâm sàng kéo dài, chúng tôi nghĩ nhiều ban đầu là RCC xâm lấn.¹¹ Và quyết định sinh thiết để có kết quả giải phẫu bệnh nhằm mục tiêu hóa trị cũng như phẫu thuật cắt thận sớm nếu như có biến chứng. Sau khi có kết quả sinh thiết mô ra viêm. Mặc dù y văn đề cập chỉ có 40% kết quả ghi nhận ác tính. Thách thức đặt ra liệu rằng có nên phẫu thuật cắt thận sớm cho bệnh nhân hay không ? Chúng tôi vẫn nghĩ nhiều về

hướng thận ứ nước nhiễm khuẩn gây biến chứng viêm, áp xe thận và quanh thận nên đưa ra quyết định mở thận ra da bằng mono J 14 Fr sau đó giải quyết tình trạng tắc nghẽn qua phương pháp mini PCNL phải và nội soi tán sỏi niệu quản ngược dòng. Tình trạng sức khỏe bệnh nhân hồi phục ngoạn mục. Hình ảnh học trên CT – scan không còn hình ảnh mô nghi Ung thư thận xâm lấn. Phần mô nghi ung thư ăn lan ngoài da cũng không còn nữa.

Nghiên cứu của tác giả Shun Wang¹² và cộng sự, năm 2022 cũng báo cáo một trường hợp áp xe thận chẩn đoán nhầm với ung thư thận. Bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả được chẩn đoán ban đầu là ung thư tế bào thận (RCC) sau khi không đáp ứng với kháng sinh điều trị 1 tháng và được lên lịch mổ cắt thận tận gốc dưới sự hỗ trợ robot. Tuy nhiên khi thám sát trực tiếp trên phẫu trường, tác giả chỉ lấy một phần mô nghi ung thư mang đi làm sinh thiết và ghi nhận kết quả lành tính. Tiếp tục điều trị kháng sinh thêm 1 tháng, tình trạng mô nghi ung thư của BN không còn nữa.

Nghiên cứu của tác giả Sibel Bektas¹³ và cộng sự, năm 2007 báo cáo một trường hợp U sợi cơ viêm (inflammatory myofibroblastic tumor – IMT), một sang thương lành tính nhầm lẫn với Ung thư biểu mô tế bào thận xâm lấn. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt thận tận gốc, sau phẫu thuật lấy mô thận sinh thiết kèm nhuộm hóa mô miễn dịch, ghi nhận kết quả ra u sợi cơ viêm. Tác giả Jordan Yuanzhi Li¹⁴ cũng báo cáo trường hợp Viêm giả u (inflammatory pseudotumor – IPT) chẩn đoán nhầm với Ung thư biểu mô tế bào thận xâm lấn, Bn trong nghiên cứu của tác giả đã tránh được phẫu thuật cắt thận tận gốc, thông qua đáp ứng điều trị với Corticosteroid.

V. KẾT LUẬN

Trường hợp hiếm gặp này làm nổi bật những thách thức trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào thận xâm lấn, cũng như nêu bật lên chiến lược điều trị sỏi thận gây tắc nghẽn kèm theo nhiễm trùng huyết và nghi ngờ ác tính, tránh phải phẫu thuật cắt thận. Phương pháp điều trị theo từng giai đoạn, bao gồm sinh thiết mô bệnh học, dẫn lưu thận ra da và can thiệp nội soi, đã mang lại kết quả thành công. Báo cáo này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán và đánh giá kỹ lưỡng những trường hợp nghi ngờ ung thư thận xâm lấn, cũng như chiến lược điều trị cá thể hóa trong quản lý các trường hợp sỏi thận phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Margulis V, Sanchez-Ortiz RF, Tamboli P, et al.** Renal cellcarcinoma clinically involving adjacent organs: experience with aggressive surgical management. *Cancer*. 2007;109(10):2025–2030.
2. **Sieger N, Kyriazis I, Schaudinn A, Kallidonis P, Neuhaus J, Liatsikos EN, et al.** Acute focal bacterial nephritis is associated with invasive diagnostic procedures – a cohort of 138 cases extracted through a systematic review. *BMC Infect Dis* (2017) 17(1):240. doi: 10.1186/s12879–017–2336–6.
3. **Kim MH, Jun KW, Hwang JK, Moon IS, Kim JI.** Characteristics of femoral motor neuropathies induced after kidney transplantation: A case series. *Transplant Proc* (2016) 48(3):933–7. doi: 10.1016/j.transproceed.2015.12.072.
4. **Coelho RF, Schneider-Monteiro ED, Mesquita JL, Mazzucchi E, Marmo Lucon A, Srougi M.** Renal and perinephric abscesses: analysis of 65 consecutive cases.

- World J Surg (2007) 31(2):431–6. doi: 10.1007/s00268-006-0162-x 4.
5. **Nakamura T, Morimoto T, Katsube K, Yamamori Y, Mashino J, Kikuchi K.** Clinical characteristics of pyogenic spondylitis and psoas abscess at a tertiary care hospital: a retrospective cohort study. *J Orthop Surg Res* (2018) 13(1):302. doi: 10.1186/s13018-018-1005-9.
 6. **Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ.** Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin* (2007) 7(1):43–66. doi: 10.3322/canjclin.57.1.43 6.
 7. **Kuthi L, Jenei A, Hajdu A, Németh I, Varga Z, Bajory Z, et al.** Prognostic factors for renal cell carcinoma subtypes diagnosed according to the 2016 WHO renal tumor classification: a study involving 928 patients. *Pathol Oncol Res* (2017) 23(3):689–98. doi: 10.1007/s12253-016-0179-x.
 8. **Winter BM, Gajda M, Grimm MO.** Diagnosis and treatment of retroperitoneal abscesses. *Urologe A* (2016) 55(6):741–7. doi: 10.1007/s00120-016-0118-1 8.
 9. **Campbell SC, Clark PE, Chang SS, Karam JA, Souter L, Uzzo RG.** Renal mass and localized renal cancer: Evaluation, management, and follow-up: AUA guideline: Part I. *J Urol* (2021) 206(2):199–208. doi:10.1097/JU.0000000000001911.
 10. **Eltahawy E, Kamel M, Ezzet M.** Management of renal cell carcinoma presenting as inflammatory renal mass. *Urol Ann* (2015) 7(3):330–3. doi: 10.4103/0974-7796.152051.
 11. **Pierorazio PM, Patel HD, Johnson MH, et al.** Distinguishing malignant and benign renal masses with composite models and nomograms: a systematic review and meta-analysis of clinically localized renal masses suspicious for malignancy. *Cancer*. 2016;122(21):3267–3276.
 12. **Wang S, Liang X, Pan D, et al.** Case Report: Robot-assisted laparoscopic nephron-sparing surgery for a renal abscess mimicking a tumor. *Front Oncol*. 2022;12:1027571. Published 2022 Oct 31. doi:10.3389/fonc.2022.1027571.
 13. **Bektas S, Okulu E, Kayigil O, Ertoy Baydar D.** Inflammatory myofibroblastic tumor of the perirenal soft tissue misdiagnosed as renal cell carcinoma. *Pathol Res Pract*. 2007;203(6):461-465. doi:10.1016/j.prp.2007.02.002
 14. **Li JY, Yong TY, Coleman M, et al.** Bilateral renal inflammatory pseudotumour effectively treated with corticosteroid. *Clin Exp Nephrol*. 2010;14(2):190-198. doi:10.1007/s10157-009-0242-y.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ U TUYẾN CẬN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành¹, Tôn Thất Hùng¹,
Hồ Hoàng Trung¹, Nguyễn Bá Minh Nhật¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo 27 trường hợp u tuyến cận giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2015 đến năm 2024.

Số liệu và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, báo cáo loạt trường hợp.

Kết quả: Tỷ số nam/nữ: 1,08/1, tuổi trung bình $40,48 \pm 2,49$ (16-58). Triệu chứng lâm sàng: nhức xương 96,3% (26/27 trường hợp), yếu cơ 70,4% (19/27), gãy xương 14,8% (4/27), sỏi niệu 33,3% (9/27), các triệu chứng không đặc hiệu khác như mệt mỏi 63% (17/27), giảm trí nhớ 18,5% (5/27). Đặc điểm cận lâm sàng: trước phẫu thuật PTH $1362,26 \pm 677,65$ pg/ml, Canxi $1,89 \pm 0,25$ mmol/l, độ lọc cầu thận $39,39 \pm 26,66$ ml/ph/m², siêu âm phát hiện u 85,19% (23/27), MSCT chỉ định ở 22,22% (6/27). Đặc điểm phẫu thuật: u tuyến cận giáp hai bên 3,7% (1/27), u bên trái 33,3% (9/27), u bên phải 63% (17/2), kích thước u trung bình $2,58 \pm 0,8$ cm, thời gian phẫu thuật trung bình $68,52 \pm 9,49$ phút. Biến chứng phẫu thuật, không có trường hợp ghi nhận tổn thương thần kinh trong phẫu thuật, sau phẫu thuật không trường hợp chảy máu, không trường hợp ghi nhận nuốt sặc, tỷ lệ khàn tiếng 22,2% (6/22). Cải thiện triệu chứng:

yếu cơ 70,4% (19/27), nhức xương 96,3% (26/27), chán ăn 63% (17/2). PTH máu ngày hậu phẫu 1 giảm > 50% so với trước phẫu thuật ở 92,59% (25/27)

Kết luận: Nghiên cứu cho thấy u tuyến cận giáp là bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, dễ bỏ sót chẩn đoán. PTH và Canxi máu chẩn đoán xác định bệnh. Siêu âm là chẩn đoán hình ảnh đầu tay, dễ thực hiện và tỷ lệ phát hiện u tuyến cận giáp cao. MSCT thường được chỉ định khi siêu âm không phát hiện u hoặc kết quả không rõ ràng. Phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp đưa đến sự cải thiện triệu chứng cho bệnh nhân. Xét nghiệm PTH máu sau mổ giúp đánh giá hiệu quả của phẫu thuật.

Từ khóa: u tuyến cận giáp, cường cận giáp

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, RESULT OF SURGERY OF PARATHYROID ADENOMA

Aim: To report a case series of parathyroid adenoma operated in Binh Dan hospital from 2015 to 2024.

Materials and methods: Case series. Twenty seven patients were diagnosed and operated for parathyroid adenoma at Binh Dan hospital

Results: Male/female ratio 1,08/1, age from 16 to 58, average was $40,48 \pm 2,49$. Common symptoms were weak muscle 70,4% (19/27 cases), bone fractures 14,8% (4/27), bone pain 96,3% (26/27), nephrolithiasis 33,3% (9/27) and

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

other nonspecific symptoms such as fatigue 63% (17/27), dementia 18,5% (5/27). The mean concentration of PTH preoperation was $1362,26 \pm 677,65$ pg/ml, ionized calcium concentration was $1,89 \pm 0,25$ mmol/l, eGFR $39,39 \pm 26,66$ ml/ph/m².

24/27 patient were detected tumors by ultrasound. MSCT was indicated in 6/27 cases and helped to identify and evaluate tumors. All 27 patients underwent open parathyroidectomy. Most patient (26/27) had a tumor, left-sided 33,3% (9/27), right-sided 63% (17/27), 1/27 patient had bilateral tumors. Average of tumor size $2,58 \pm 0,8$ cm. Operating duration $68,52 \pm 9,49$ minutes. Complication: there were no cases with recurrent laryngeal nerve injury during surgery. Postoperation: No cases hemorrhage, no cases dysphagia, hoarse 22,2% (6/22). Symptoms improvement: weak muscle 70,4% (19/27), bone pain 96,3% (26/27), dementia 63% (17/27). First day postoperative blood PTH reduced more than 50% in compare with preoperative blood PTH in 25 cases (92,59%).

Conclusion: The research showed that clinical symptoms of adenoma parathyroid were varied, nonspecific. Diagnosis primary hyperparathyroidism was based on an increase in calcium and parathyroid hormone levels. Ultrasonography was first method, available and efficacious. MSCT was indicated when result of ultrasonography was nonspecific. Parathyroidectomy resulted in symptoms improvement. Postoperative PTH was used estimating effect of operation.

Keywords: parathyroid adenoma, hyperparathyroidism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến cận giáp là bệnh lý liên quan đến tăng sinh tuyến, ngoài ra trong nhóm này còn có bệnh lý tăng sản và Carcinom tuyến. Diễn

hình, bệnh nhân u tuyến cận giáp có biểu hiện cường cận giáp, với tăng Canxi và PTH huyết thanh. Cường cận giáp được chia thành 3 nhóm: nguyên phát, thứ phát và đờ tam cấp. Hầu hết tăng sản tuyến là hậu quả của cường cận giáp thứ phát do bệnh lý thận. U tuyến là nguyên nhân thường gặp nhất gây cường cận giáp nguyên phát, ít gặp hơn là tăng sản tuyến và Carcinom tuyến. Đa phần u tuyến cận giáp là ở một tuyến (80% trường hợp), ở nhiều tuyến ít gặp hơn (15–20% trường hợp). Cường cận giáp thường được phát hiện khi không có triệu chứng, có thể được điều trị bằng cách loại bỏ tuyến cận giáp hoặc các tuyến bị ảnh hưởng. Đối với nhóm bệnh nhân chưa có chỉ định phẫu thuật được khuyến cáo theo dõi nồng độ Canxi huyết thanh và mật độ xương định kì. Các trường hợp u cận giáp điều trị tại khoa Lồng ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân với biểu hiện đa dạng, từ không triệu chứng đến các triệu chứng ở xương và thận, một số triệu chứng khác được ghi nhận là yếu cơ ở chi và rối loạn nhận thức. Từ thực tế đây là một bệnh lý khó khảo sát, biểu hiện từ không triệu chứng đến triệu chứng đa dạng, chúng tôi đặt ra câu hỏi: Các triệu chứng u tuyến cận giáp là gì, xét nghiệm dùng để chẩn đoán, đánh giá và theo dõi các xét nghiệm này như thế nào? Kết quả sau phẫu thuật ra sao?

Mục tiêu:

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng, sinh hóa, hình ảnh học của u tuyến cận giáp.
- Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật điều trị u tuyến cận giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến cận giáp lành

tính và phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2015 đến tháng 09/2024.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca. Số liệu được thu thập trên hồ sơ bệnh án.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân được chẩn đoán u tuyến cận giáp lành tính và được phẫu thuật tại bệnh viện Bình

Dân, có kết quả giải phẫu bệnh khẳng định tăng sinh tuyến cận giáp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới: Tỷ số nam/nữ là 1,08/1.

Tuổi trung bình là $40,48 \pm 2,49$ (16-58)

Triệu chứng lâm sàng:



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

• PTH huyết thanh trước phẫu thuật trung bình là $1362,26 \pm 677,65$ pg/ml.

• Canxi ion huyết thanh trung bình là $1,89 \pm 0,25$ mmol/l.

• Độ lọc cầu thận trung bình là $39,39 \pm$

$26,66$ ml/ph/m².

• Siêu âm phát hiện u tuyến cận giáp ở 85,19% (23 trường hợp), MSCT được chỉ định ở 22,22% (6 trường hợp).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật



Biểu đồ 2: Vị trí u

• **Kích thước u:** Trung bình $2,58 \pm 0,8$ cm (1.2-4). Không có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa kích thước u và nồng độ PTH trong máu trước phẫu thuật (Pearson (r): 0,135, P-value: 0,501).

• **Thời gian phẫu thuật:** Trung bình là $68,52 \pm 9,49$ phút.

3.4. Biến chứng phẫu thuật

• Sau phẫu thuật, không có trường hợp bệnh nhân gặp phải các vấn đề như tụ dịch, chảy máu hay loét sặc.

• Khàn tiếng sau phẫu thuật ghi nhận ở 22,2% (6/27 trường hợp). Tê tay 37,04%

3.5. Cải thiện triệu chứng sau phẫu thuật

• Yếu cơ và nhức xương là hai triệu chứng chính được cải thiện rõ rệt, với tỷ lệ cải thiện lần lượt là 70,4% (19/27) và 96,3% (26/27).

• Chán ăn cải thiện ở 63% bệnh nhân (17/27).

• PTH huyết thanh sau phẫu thuật giảm hơn 50% so với trước phẫu thuật ở 92,59% bệnh nhân (25/27).

Kết quả giải phẫu bệnh: 26 trường hợp ghi nhận u tế bào chính (96,3%), u tế bào ưa axit ít gặp (3,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Tuổi và giới: tỷ số nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cân bằng. Nghiên cứu của Bunch và Kelly, phụ nữ bị ảnh hưởng 2-3 lần nhiều hơn nam giới [8]. Điều này có thể do đặc điểm quần thể hoặc yếu tố môi trường

Nghiên cứu của Bilezikian và Beysel cho thấy độ tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là trên 50 tuổi [10]. Độ tuổi trung bình trong

nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ($40,48 \pm 2,49$). Điều này có thể liên quan đến việc bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị sớm hơn, hoặc yếu tố di truyền và môi trường khác nhau.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân, tỷ lệ nữ/nam là 3,3:1, cao hơn kết quả của chúng tôi và độ tuổi trung bình là 44,9 tuổi, tương đồng với chúng tôi [1].

Triệu chứng lâm sàng

Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhức xương cao hơn so với tỷ lệ báo cáo trong các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Witteveen và Joliat [5], [12]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân cũng ghi nhận mệt mỏi, đau xương khớp, và tiểu nhiều là các triệu chứng thường gặp [1]. Nguyên nhân đau xương trong bệnh u tuyến cận giáp do tăng PTH máu dẫn tới tăng hủy xương, giảm khoáng chất trong xương. Loãng xương làm giảm khả năng chống đỡ trọng lượng cơ thể gây cảm giác đau trong xương.

Gãy xương chúng tôi ghi nhận 14,8% trường hợp, cao hơn kết quả của Vũ Trung Lương (2,6%) [2].

Yếu cơ: nghiên cứu của Vũ Trung Lương ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng này là 29,87% [2]. Kết quả của chúng tôi cao hơn (70,4%) và tương đương với nghiên cứu của Bilezikian [3]. Canxi máu cao kết hợp với thụ thể Canxi gây tăng ngưỡng kích thích cơ, làm tế bào cơ khó bị khử cực hơn. Bệnh nhân có biểu hiện mỏi cơ, teo cơ, giảm trương lực cơ.

Tỷ lệ sỏi niệu hoặc sỏi thận trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân (20%) [1]. Điều này có thể liên quan đến các yếu tố như sự khác

biệt về phương pháp chẩn đoán và đối tượng bệnh nhân.

Chúng tôi ghi nhận 63% trường hợp có triệu chứng mệt mỏi, tương đồng với nghiên cứu của Vũ Trung Lương 64,94% [2]. Tỷ lệ này thay đổi tùy theo bệnh được phát hiện sớm hay muộn. Mệt mỏi là triệu chứng không đặc hiệu cho một bệnh cụ thể nào. Nguyên nhân mệt mỏi do Canxi máu cao làm thay đổi điện thế màng tế bào, tăng ngưỡng khử cực các tế bào trong cơ thể, trong đó có tế bào thần kinh. Các neuron khó bị kích thích, trì trệ. Dẫn truyền xung động thần kinh bị chậm lại gây cảm giác mệt.

Triệu chứng toàn thân: Khám bệnh nhân hầu như không có triệu chứng đặc biệt. Kết quả nghiên cứu ở Việt Nam cho thấy khám toàn thân bình thường [2].

Chúng tôi ghi nhận kết quả khám sờ thấy u là 37,04%, cao hơn kết quả của Vũ Trung Lương (22,08% trường hợp). Nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ sờ thấy u rất thấp, như Prasarttong-Osoth (2,2%) [9]. Các tác giả khuyến cáo cần nghĩ tới ung thư tuyến cận giáp nếu sờ thấy u trên lâm sàng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sờ thấy u cao có thể do bệnh nhân đến muộn, kích thước u to.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Mức PTH trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn mức trung bình (500–1000 pg/ml) được báo cáo trong y văn. Nghiên cứu của Lo với những bệnh nhân được chọn phẫu thuật ít xâm lấn cho thấy mức PTH trung bình thấp hơn đáng kể [4].

Chúng tôi ghi nhận liên quan giữa PTH huyết thanh và nhức xương, suy thận, sỏi niệu không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu

của Starup-Linde cũng ghi nhận kết quả tương tự về mối liên quan giữa PTH huyết thanh và sỏi niệu [11].

Canxi máu trung bình thấp hơn so với nghiên cứu Witteveen, có thể do tỷ lệ suy thận cao trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi. Witteveen báo cáo nồng độ Canxi trước phẫu thuật trung bình là $3,00 \pm 0,15$ mmol/l [12]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân, tất cả bệnh nhân đều có tăng nồng độ PTH và Canxi máu tăng ở 93,5% bệnh nhân [1].

Mức tăng của Canxi máu liên quan không có ý nghĩa thống kê với triệu chứng mệt mỏi và có sỏi thận ở bệnh nhân. Chúng tôi cũng ghi nhận liên quan không có ý nghĩa thống kê giữa Canxi máu và triệu chứng yếu cơ. Nghiên cứu của Starup-Linde cho thấy không có liên quan giữa sỏi thận và Canxi, PTH [11].

Chúng tôi ghi nhận có 22 trường hợp suy thận (81,48%). Nghiên cứu của Vũ Trung Lương ghi nhận tỷ lệ này là 27,27% [2]. Nguyên nhân tỷ lệ suy thận trong nghiên cứu của chúng tôi cao có thể do bệnh nhân đến muộn. Suy thận là hậu quả của viêm thận, bể thận mạn tính do sỏi, vôi hóa thận.

Tỷ lệ siêu âm trong việc phát hiện u tuyến cận giáp là 85,19%, cao hơn so với nghiên cứu của Lo, tỷ lệ phát hiện qua siêu âm là 70% [4]. Bunch và Kelly, cũng cho thấy tỷ lệ phát hiện cao của siêu âm trong chẩn đoán cường giáp nguyên phát [8].

Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân: tỷ lệ phát hiện u tuyến cận giáp qua siêu âm là 93,51%, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi [1]. Kết quả này phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ siêu âm và các yếu tố như vị trí, kích thước của khối u.

Khi có nhân tuyến giáp kèm theo, việc đánh giá khó khăn hơn. Kích thước, số lượng u cũng ảnh hưởng đến kết quả. Siêu âm thường khó phát hiện những u nhỏ dưới 1 cm. Siêu âm không đặc hiệu cho mô cận giáp, dễ nhầm với mô khác: nhân tuyến giáp, hạch cổ, thực quản, cơ dài cổ, mạch máu.

MSCT được chỉ định ở 6 trường hợp (22,22%), các trường hợp này có kết quả siêu âm không rõ ràng hoặc không thấy hình ảnh u tuyến cận giáp. Đặc điểm hình ảnh học thường gặp trên hình ảnh MSCT là tăng bắt thuốc cản quang đều được ghi nhận ở các trường hợp này. Độ nhạy của MSCT ghi nhận từ nghiên cứu của Vũ Trung Lương là 72,72% [2]. Chụp MSCT có một số ưu điểm như có thể phát hiện được u trong trung thất, giúp lập bản đồ phẫu thuật, mối liên quan u với các cấu trúc lân cận. Một số nhược điểm như phơi nhiễm tia xạ, dị ứng thuốc cản quang, giá thành cao hơn siêu âm.

4.3. Kết quả phẫu thuật

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận u cận giáp ở một tuyến thường gặp hơn. Trong đó, u bên phải ghi nhận tỷ lệ cao hơn.

Tỷ lệ giảm PTH >50% sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,59%, tương đương với tỷ lệ thành công được ghi nhận trong nghiên cứu của Cannon, với tỷ lệ là 92-95% [7].

Biến chứng chủ yếu là khàn tiếng (22,2%). Joliat báo cáo tỷ lệ tổn thương dây thần kinh thanh quản thấp hơn (0.5-5%) [5]. Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp tụ dịch và chảy máu sau mổ, tác giả Vũ Trung Lương ghi nhận 1 trường hợp (1,3%) tụ máu sau mổ [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Huân: tê tay gặp ở 2 bệnh

nhân sau phẫu thuật (4,35%), không có biến chứng khác được ghi nhận [1]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tê tay sau phẫu thuật là 40,74%.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận kết quả giải phẫu bệnh với u tế bào chính thường gặp hơn. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước với tỷ lệ u tế bào ưa axit từ 3 – 6% [2], [6]

V. KẾT LUẬN

U tuyến cận giáp là bệnh lý có triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu, dễ dẫn đến bỏ sót chẩn đoán. Xét nghiệm PTH và Canxi máu chẩn đoán xác định bệnh. Siêu âm là chẩn đoán hình ảnh đầu tay, dễ thực hiện và tỷ lệ phát hiện u tuyến cận giáp cao. MSCT thường được chỉ định khi siêu âm không phát hiện u hoặc kết quả không rõ ràng. Phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp đưa đến sự cải thiện triệu chứng cho bệnh nhân. Xét nghiệm PTH máu sau mổ giúp đánh giá hiệu quả của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Huân Nguyễn Ngọc LTN, Sơn Phùng Duy Hồng.** Kết quả sớm phẫu thuật cường cận giáp nguyên phát tại bệnh viện nội tiết trung ương giai đoạn 2016-2018. Nội tiết và đái tháo đường. 2021;50:tr. 56 - 8. <https://doi.org/10.47122/vjde.2021.50.6>.
2. **Lương Vũ Trung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp lành tính. 2021:tr. 58 - 82. <https://doi.org/>.
3. **Bilezikian JP, Natalie E Cusano, Khan AA, Liu JM, et al.** Bandeira F. Primary hyperparathyroidism. Nat Rev Dis Primers.

- 2016;19(2): pp. 160. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.33>.
4. **C-Y Lo, W F Chan, J M Luk.** Minimally invasive endoscopic - assisted parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism. *Surg Endosc.* 2003; 17(12):pp. 1932 - 6. <https://doi.org/10.1007/s00464-003-9072-2>.
5. **Gaëtan-Romain Joliat, Valentine Guarnero, Nicolas Demartines, Valérie Schweizer et al.** Recurrent laryngeal nerve injury after thyroid and parathyroid surgery: Incidence and postoperative evolution assessment. *Medicine (Baltimore).* 2017; 96(17):pp. 674. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000006674>.
6. **Guilmette J, Sadow PM.** Parathyroid pathology. *Surgical Pathology.* 2019;12:pp. 1007 - 19. <https://doi.org/10.1016/j.path.2019.08.006>.
7. **Jennifer Cannon, John I Lew, Carmen C Solórzano.** Parathyroidectomy for hypercalcemic crisis: 40 years' experience and long-term outcomes. *Surgery.* 2010; 148(4): pp. 807 - 12. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2010.07.041>.
8. **Paul M Bunch, Hillary R Kelly.** Preoperative Imaging Techniques in Primary Hyperparathyroidism A Review. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018;144(10): pp. 929 - 37. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.1671>.
9. **Prasarttong-Osoth, Wathanaoran P, Imruetaicharoenchoke W.** Primary hyperparathyroidism: 11-year experience in a single institute in Thailand. *International Journal of Endocrinology.* 2012:pp. 1-4. <https://doi.org/10.1155/2012/952426>.
10. **Selvihan Beysel, Mustafa Caliskan, Muhammed Kizilgul, Mahmut Apaydin et al.** Parathyroidectomy improves cardiovascular risk factors in normocalcemic and hypercalcemic primary hyperparathyroidism. *BMC Cardiovasc Disord.* 2019;8(19): pp. 106. <https://doi.org/10.1186/s12872-019-1093-4>.
11. **Starup-Linde J, Waldhauer E, Rolighed L et al.** Renal stones and calcifications in patients with primary hyperparathyroidism: associations with biochemical variables. *European Journal of Endocrinology.* 2012;166:pp. 1093 - 100. <https://doi.org/10.1530/EJE-12-0032>.
12. **Witteveen JE, S van Thiel, J A Romijn, N A T Hamdy.** Hungry bone syndrome: still a challenge in the post-operative management of primary hyperparathyroidism: a systematic review of the literature. *Eur J Endocrinol.* 2013;168(3):pp. 45 - 53. <https://doi.org/10.1530/EJE-12-0528>.

ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA U TRUNG THẮT

Nguyễn Văn Việt Thành¹, Vũ Hoàng Minh Tín¹,
Lý Bảo Duy¹, Lê Anh Duy¹, Trần Minh Thiện¹

TÓM TẮT

Tổng quan - mục tiêu nghiên cứu: Trung thất chứa đựng các cơ quan sống còn của cơ thể. U trung thất không những đa dạng bản chất mô bệnh học mà còn đa dạng về cả triệu chứng lâm sàng biểu hiện trên từng bệnh nhân. Tùy theo loại u trung thất mà ta có nhiều phương pháp điều trị, nhưng cơ bản cũng như hiệu quả nhất vẫn là điều trị ngoại khoa. Phẫu thuật đối với u trung thất giữ vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác bản chất từng khối u.

Đối tượng - Thiết kế nghiên cứu: 42 trường hợp được phẫu thuật điều trị u trung thất. Sử dụng nghiên cứu hồi cứu cắt ngang tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024

Kết quả: Tỷ lệ nam giới chiếm 54% (23/42), tuổi trung bình 49 ± 8 tuổi. Lý do nhập viện nhược cơ (42,8%), khó thở (30,9%), đau ngực (35,7%). Đặc điểm chụp cắt lớp vi tính (CT-scan) ngực cho thấy u trung thất trước (83,3%), u trung thất sau (17,7%), mật độ mô mềm (54,8%), mô đặc (30,9%), dạng nang (14,3%). Phương pháp phẫu thuật: mổ mở 5 trường hợp, PTNS lồng ngực 35 trường hợp, phẫu thuật ROBOT lồng ngực 2 trường hợp. Kết quả sớm sau phẫu thuật: Không trường hợp tử vong, không trường hợp phải phẫu thuật lần 2, thời gian phẫu thuật trung bình mổ mở là $178 \pm 23,6$ phút, PTNS là $127 \pm$

43,4 phút, phẫu thuật ROBOT là $135 \pm 20,3$ phút, lượng máu mất trong phẫu thuật là 100 ± 44 ml, thời gian rút ống dẫn lưu màng phổi là $67,5 \pm 10,4$ giờ, thời gian nằm viện $6,5 \pm 0,8$ ngày. Kết quả tốt 92,8%, kết quả trung bình 7,2%.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị u trung thất đặc biệt là PTNS lồng ngực và phẫu thuật ROBOT là phương pháp điều trị có kết quả tốt cao, giảm thời gian hậu phẫu, tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi lồng ngực, u trung thất

SUMMARY

THE TREATMENT OF SURGERY FOR MEDIASTINAL TUMOR

Introduction: The mediastinum contains vital organs of the body. Mediastinal tumors are not only diverse in their histopathological nature but also diverse in the clinical symptoms that appear in each patient. Depending on the type of mediastinal tumor, there are many treatment methods, but the most basic and effective is still surgical treatment. Surgery for mediastinal tumors plays an important role in accurately diagnosing the nature of each tumor.

Subjects - Study design: 42 cases underwent surgical treatment for mediastinal tumors. Using a retrospective study at Binh Dan hospital from 1/2023 to 6/2024.

Main results: Male proportion accounted for 54% (23/42), average age 49 ± 8 years. Reasons for hospitalization were myasthenia gravis (42,8%), dyspnea (30,9%), chest pain (35,7%). Chest computed tomography (CT-scan) characteristics showed anterior mediastinal

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

tumors (83,3%), posterior mediastinal tumors (17.7%), soft tissue density (54,8%), solid tissue (30.9%), cystic form (14,3%). Surgical methods: open surgery in 5 cases, thoracic laparotomy in 35 cases, thoracic ROBOT surgery in 2 cases. Early results after surgery: No deaths, no cases requiring a second surgery, average surgery time for open surgery was $178 \pm 23,6$ minutes, PTNS was $127 \pm 43,4$ minutes, ROBOT surgery was $135 \pm 20,3$ minutes, blood loss during surgery was 100 ± 44 ml, time to remove pleural drainage tube was $67,5 \pm 10,4$ hours, hospital stay was $6,5 \pm 0,8$ days. Good results 92,8%, average results 7,2%.

Conclusion: Surgical treatment of mediastinal tumors, especially thoracic laparoscopic surgery and ROBOT surgery, is a treatment method with high results, reduced postoperative time, and low rate of postoperative complications.

Keywords: thoracoscopic surgery, mediastinal tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trung thất chứa đựng các cơ quan sống còn của cơ thể. U trung thất không những đa dạng bản chất mô bệnh học mà còn đa dạng về cả triệu chứng lâm sàng biểu hiện trên từng bệnh nhân. Tùy theo loại u trung thất mà ta có nhiều phương pháp điều trị, nhưng cơ bản cũng như hiệu quả nhất vẫn là điều trị ngoại khoa^{1,2}. Phẫu thuật đối với u trung thất giữ vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán chính xác bản chất từng khối u. Trước đây, ta thường dùng phẫu thuật mở lồng ngực để phẫu thuật các loại u trung thất. Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực, điều trị ngoại khoa u trung thất có nhiều thay đổi và tiên bộ. Tuy nhiên, việc áp dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực trong điều trị u trung thất không đơn giản vì trung thất

là một khoang hẹp chứa rất nhiều cơ quan quan trọng như tim, các mạch máu lớn, thực quản, khí quản, ống ngực... Tại Bệnh viện Bình Dân đã tiến hành can thiệp điều trị ngoại khoa u trung thất nhưng chưa có nghiên cứu nào tổng hợp hay đánh giá kết quả điều trị, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả sớm trong điều trị ngoại khoa u trung thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

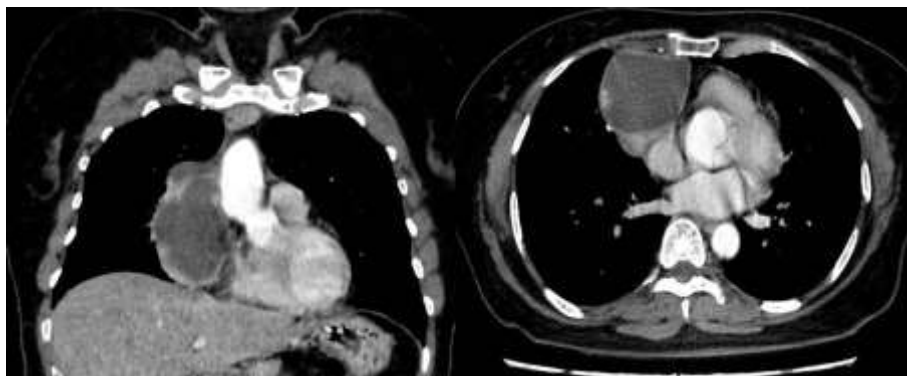
Đối tượng: 42 trường hợp được phẫu thuật điều trị u trung thất. Sử dụng nghiên cứu hồi cứu tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Thu thập và xử lý số liệu, phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. TÓM TẮT TỔNG QUAN

Trung thất là một phần quan trọng của lồng ngực, chứa hầu hết các bộ phận của lồng ngực trừ hai lá phổi. Trung thất là khoang giải phẫu hình thang với 6 mặt, được xác định bởi: phía trên là nền cổ, phía dưới là cơ hoành, phía trước là các đốt xương sống ngực, hai bên là 2 lá thành màng phổi. Trung thất được chia thành 3 khoang là trung thất trước, trung thất giữa và trung thất sau 1. Tùy thuộc vào vị trí mà u trung thất có các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học khác nhau. Phương pháp điều trị chính và hiệu quả u trung thất là phẫu thuật.

Ngày nay, cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi lồng ngực, điều trị ngoại khoa u trung thất có nhiều thay đổi và tiên bộ trong đó bao gồm phẫu thuật nội soi lồng ngực toàn bộ và phẫu thuật ROBOT.



Hình 1. U trung thất trước phải

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tuổi trung bình: 49 ± 8 tuổi, tuổi lớn nhất là 72, tuổi nhỏ nhất là 22. Về tỉ lệ: Nam/nữ = 1,2/1. Triệu chứng lâm sàng: thường gặp nhất là nhược cơ (42,8%), khó thở (30,9%), đau ngực (35,7%).

Chức năng hô hấp: tiến hành 100% BN: 32 ca (76,2%) bình thường, 10 ca (23,8%) có giới hạn thông khí hạn chế nhẹ hoặc tắc nghẽn và không chống chỉ định phẫu thuật.

❖ Chẩn đoán

➤ Phương tiện chẩn đoán hình ảnh

Xquang ngực thẳng: 42/42 Ca được chụp X quang ngực thẳng, phát hiện tổn thương là 50% trường hợp.

Xquang ngực thẳng là phương tiện đầu tay, tuy nhiên còn nhiều hạn chế vì bị che lấp thương tổn hay chồng ảnh, khó phân biệt với các tổn thương ở phổi.

Chụp cắt lớp điện toán có cản quang: 42/42 ca được chụp và phát hiện tổn thương.

Bảng 1: Đặc điểm u trung thất trên chụp cắt lớp điện toán (CT-scan) ngực

Đặc điểm	Số ca	Tỷ lệ
Vị trí		
U trung thất trước	35	83,3
U trung thất sau	7	17,7
Kích thước u (mm)		
Trung bình: 41 ± 13		
Đặc điểm u		
Mật độ mô mềm	23	54,8
Mật độ mô đặc	13	30,9
Mật độ nang	6	14,3

CT-scan ngực có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn Xquang ngực thẳng, phát hiện 100% những tổn thương do u trung thất gây ra và đánh giá được mức độ lan rộng của các tổn thương. Tuy nhiên, vẫn khó phân biệt giữa khối u lành tính và ác tính.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vị trí u trung thất chiếm đa số là ở vùng trung thất trước chiếm 83,3% và đặc điểm u có mật độ mô mềm chiếm hơn 50%.

➤ **Sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn CT-scan ngực:** Số ca được sinh thiết xuyên thành: 25/42 (59,5%)

Bảng 2: Kết quả sinh thiết

Kết quả giải phẫu bệnh	Số ca	Tỷ lệ (%)
U tuyến ức	13	52
Mô viêm mạn	9	36
U tế bào Schwann	3	12

Sinh thiết u xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của CT-scan ngực được thực hiện với những tổn thương ngoại biên, sát thành ngực, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao với các khối u kích thước lớn hơn 1 cm, biến chứng thấp. Nghiên cứu cho thấy u tuyến ức chiếm

52%, u tế bào Schwann chiếm 12%, điều này giúp cho việc định hướng phẫu thuật được thuận lợi hơn.

❖ **Phẫu thuật điều trị u trung thất**

➤ **Phương pháp phẫu thuật:**

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số ca	Tỷ lệ (%)
Mổ mở	4	9,5
VATS	2	4,8
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	34	80,9
Phẫu thuật ROBOT	2	4,8

Phẫu thuật điều trị u trung thất là phương pháp điều trị triệt để. PTNS lồng ngực hoàn toàn cắt u trung thất chiếm đa số 34/42 (80,9 %) ca cho thấy những tiến bộ trong điều trị u trung thất. Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất là yếu tố giúp đánh giá sự an toàn, tính khả thi của phương pháp phẫu thuật.

Bảng 4: Tương quan giữa kích thước khối u và phương pháp phẫu thuật

	<5 cm	5-8 cm	>8 cm
Mổ mở	2	1	1
VATS	0	0	2
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	24	6	4
Phẫu thuật ROBOT	2	0	0

Có 4 trường hợp mổ mở trong đó 3 trường hợp chèn xương ức do khối u nằm vùng trung thất trước trên sau xương ức, 01 trường hợp mổ ngực trái cắt u do khối u lớn. 2 trường hợp VATS do khối u lớn > 8cm. Kết quả này cho thấy vị trí và kích thước khối u có liên quan đến phương pháp phẫu thuật.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)	Lượng máu mất (ml)
Mổ mở	178 ± 23,6	150 ± 24
VATS	180	150
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	127 ± 43,4	100 ± 44
Phẫu thuật ROBOT	135 ± 20,3	80 ± 34

Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất là các chỉ số cho thấy tính an toàn của phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn và phẫu thuật ROBOT có thời gian phẫu thuật trung

bình là 127 phút và 135 phút, với lượng máu mất lần lượt là 100 ml và 80 ml, cho thấy ưu điểm của 2 phương pháp này so với mổ mở và VATS. Kết quả này cũng tương tự như tác

giả Huỳnh Quang Khánh³ (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất lần lượt là 130 phút, 65 ml)

Bảng 6: Kết quả sớm sau phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian lưu ống dẫn lưu (phút)	Thời gian hậu phẫu (ngày)
Mổ mở	75 ± 9,2	8,1 ± 0,9
VATS	72	8
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	67,5 ± 10,4	6,5 ± 0,8
Phẫu thuật ROBOT	68,5 ± 8,5	7

Khi phổi nở tốt, không có các biến chứng hậu phẫu sẽ có chỉ định rút dẫn lưu màng phổi. Thời gian lưu ống dẫn lưu màng phổi (DLMP) trung bình ở nhóm bệnh nhân được PTNS hoàn toàn và phẫu thuật ROBOT lần lượt là 67,5 và 68,5 giờ, ngắn hơn so với nhóm mổ mở và VATS cho thấy ưu điểm và sự an toàn của PTNS và phẫu thuật ROBOT. Thời gian hậu phẫu (ngày) trung bình của

PTNS hoàn toàn và phẫu thuật ROBOT là 7 ngày ngắn hơn so với mổ mở và VATS. PTNS lồng ngực có ưu điểm so với mổ mở hay VATS, giúp rút ngắn thời gian lưu ống DLMP, cũng như rút ngắn thời gian nằm viện hậu phẫu.

❖ Kết quả giải phẫu bệnh (GPB) u trung thất sau mổ

Bảng 7: Kết quả GPB sau mổ

Giải phẫu bệnh	Số ca	Tỷ lệ (%)
U tuyến ức	13	31
U nang lành tính	7	16,7
U quái trung thất	7	16,7
Carcinom tuyến ức	5	11,9
Tăng sản lành tính tuyến ức	3	7,1
U thần kinh nội tiết	3	7,1
U tế bào Schwann	3	7,1
U tạo máu ngoài tủy	1	2,4

Kết quả GPB cho thấy nhóm bệnh lý tuyến ức trong u trung thất chiếm đa số khoảng 50% (u tuyến ức, carcinoma tuyến ức, tăng sản lành tính tuyến ức). 100% các trường hợp u trung thất sau có kết quả GPB là lành tính (u thần kinh, u tế bào Schwann, u tạo máu ngoài tủy), kết quả này tương đồng với tác giả Dương Trung Hiếu^{4,5}.

❖ Kết quả sớm sau mổ

Trong 42 trường hợp nghiên cứu, không trường hợp tử vong, kết quả tốt sau phẫu thuật đạt 92,8% (39/42). Kết quả trung bình là 7,1% (3/42), trong đó có 1 trường hợp viêm phổi sau hậu phẫu và 2 trường hợp tràn khí dưới da, các trường hợp này đều được điều trị nội khoa và không cần phẫu thuật lại.

Không ghi nhận chảy máu sau mổ, dò khí, nhiễm trùng vết mổ. Đau sau mổ được ghi nhận ở ngày hậu phẫu 1, đánh giá theo thang điểm VAS ghi nhận ở mức $3 \pm 1/10$, bệnh nhân có thể vận động, sinh hoạt nhẹ nhàng và ăn uống trở lại vào ngày hậu phẫu 2, đặc biệt trong các trường hợp được PTNS lồng ngực toàn bộ và phẫu thuật ROBOT.

❖ Kết quả sau 1 tháng phẫu thuật

Tất cả 42/42 bệnh nhân tái khám sau 1 tháng, các biến chứng diễn ra sau phẫu thuật kèm theo đó là các triệu chứng cơ năng khi bệnh nhân được xuất viện về nhà theo bảng phân loại mức độ biến chứng, tử vong của Clavien và Anthony Yim cho kết quả mức độ tốt: BN không có các biến chứng hoặc nhẹ không đáng kể kèm với đó không có các triệu chứng bất thường về cơ năng là 95,2%, có 2 trường hợp bệnh nhân chèn xương ức đau trước xương ức, ghi nhận đau theo thang điểm VAS là 3/10 và được điều trị nội khoa. Tất cả bệnh nhân được chụp Xquang ngực kiểm tra, không ghi nhận tổn thương và không cần can thiệp gì thêm.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị u trung thất cho tỉ lệ thành công cao, đặc biệt trong phẫu thuật nội soi lồng ngực toàn bộ và phẫu thuật ROBOT là phương pháp có tính hiệu quả, an toàn, khả thi với vết mổ nhỏ, đau sau mổ ít, thời gian nằm viện ngắn. Tuy nhiên đây không phải là phương pháp điều trị

đơn giản, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm và được đào tạo thành thạo về kỹ năng⁶.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Minh.** Cập nhật điều trị Các Bệnh Lồng ngực Trung Thất Mạch Máu. 2014. Nhà xuất bản y học; Tập Phẫu thuật nội soi lồng ngực: pp. 37- 52.
2. **Trần Minh Bảo Luân.** Nghiên cứu chỉ định điều trị ngoại khoa u trung thất bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. 2007. Tạp Chí Y Học , Đại Học Y Dược TPHCM; tập 11(1): pp.
3. **Huỳnh Quang Khánh, Nguyễn Công Minh.** Vai trò phẫu thuật nội soi lồng ngực trong chẩn đoán và điều trị u trung thất nguyên phát. 2006 Tạp chí Y học, Đại học Y Dược TPHCM; tập 10(1): pp.
4. **Dương Trung Hiếu.** Kết quả điều trị u trung thất sau bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. 2019. Tạp chí Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Nam Long.** Đánh giá kết quả sớm trong phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất. 2017. Luận văn thạc sĩ. Thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Akashi A., Hazama K., Miyoshi S., et al.** An analysis of video-assisted thoracoscopic resection for mediastinal masses in 150 cases. 2001. Surgical Endoscopy; 15: pp. 1167–1170.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT ROBOT ĐIỀU TRỊ U PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành¹, Lý Bảo Duy¹,
Vũ Hoàng Minh Tín¹, Lê Anh Duy¹, Trần Minh Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độ an toàn, kết quả sớm của phẫu thuật Robot điều trị u phổi tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả hàng loạt ca, 26 bệnh nhân được phẫu thuật Robot điều trị u phổi tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2024.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 1,6:1, độ tuổi trung bình $61,69 \pm 13,72$. 50% bệnh nhân hút thuốc, trung bình $23,08 \pm 3,84$ gói.năm. 26,9% bệnh nhân có tiền căn ung thư đại trực tràng, 42,9% được chẩn đoán ung thư phổi thứ phát được phẫu thuật robot điều trị u phổi. Ung thư phổi không tế bào nhỏ: 61,5%, u lành tính khác 15,4%, ung thư phổi thứ phát và lao phổi cùng 11,5%. Vị trí u phổi được phẫu thuật nhiều nhất ở thùy trên phổi phải (30,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $165 \pm 65,1$ phút. Lượng máu mất trung bình là $105 \pm 68,48$ mL, thấp hơn so với phẫu thuật nội soi. Biến chứng sau mổ: viêm phổi (7,7%), không có xì dò khí phế quản hay biến chứng nặng. Thời gian hậu phẫu trung bình là $7,04 \pm 1,51$ ngày, và thời gian lưu dẫn lưu màng phổi trung bình $3,38 \pm 0,7$ ngày, thấp hơn

nhóm phẫu thuật nội soi. Mức độ đau sau mổ thấp, giảm từ $3,62 \pm 0,75$ (ngày hậu phẫu 1) xuống còn $0,86 \pm 0,53$ (khi xuất viện). 100% bệnh nhân kết quả phẫu thuật tốt, không ghi nhận tử vong hay biến chứng nặng.

Kết luận: Phẫu thuật robot điều trị u phổi an toàn, khả thi với tỷ lệ biến chứng thấp, ít đau sau mổ và đạt kết quả tốt.

Từ khóa: phẫu thuật robot, u phổi.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF ROBOTIC LOBECTOMY IN THE TREATMENT OF LUNG TUMORS AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: Evaluation of safety and early outcomes of robotic lobectomy in the treatment of lung tumors at Binh Dan Hospital.

Subject and method: A cross-sectional study involving 26 patients who underwent robotic lobectomy in the treatment of lung tumors at the Thoracic and Thyroid Surgery Department, Binh Dan Hospital, from November 2023 to December 2024.

Result: The male-to-female ratio was 1,6:1, with a mean age of $61,69 \pm 13,72$ years old. 50% of patients were smokers, with an average smoking history of $23,08 \pm 3,84$ pack-years. A total of 26,9% of patients had a history of colorectal cancer, and 42,9% were diagnosed with secondary lung cancer and underwent robotic surgery for lung tumors.

Primary lung cancer accounted for 61,5% of cases, benign tumor for 15,4%, while secondary

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

lung cancer and pulmonary tuberculosis each accounted for 11,5%. The most common tumor location was the upper lobe of the right lung (30,8%).

The average operative time was $165 \pm 65,1$ minutes. The mean blood loss was 105 ± 68.48 mL, which was lower than in thoracoscopic lobectomy surgery. Postoperative complications occurred in 7,7% of cases, with no prolonged air leak or severe complications. The average postoperative hospital stay was $7,04 \pm 1,51$ days, and the average duration of chest tube drainage was $3,38 \pm 0,7$ days, both shorter than in thoracoscopic lobectomy surgery. Postoperative pain was minimal, decreasing from $3,62 \pm 0,75$ (on the first postoperative day) to $0,86 \pm 0,53$ (at discharge). All patients (100%) had good surgical outcomes, with no mortality or severe complications reported.

Conclusion: Robotic lobectomy in the treatment of lung tumors is safe and feasible, with a low complication rate, minimal postoperative pain, and good outcomes

Keywords: Robotic lobectomy, treatment of lung tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước thập niên 1980, phẫu thuật cắt phổi điều trị u phổi chủ yếu được thực hiện bằng phương pháp mở ngực với việc sử dụng dụng cụ banh sườn. Phương pháp phẫu thuật mở ngực lúc này là tiêu chuẩn, cho phép xử lý hầu hết các tổn thương trong lồng ngực, nhưng đây là phương pháp xâm lấn đi kèm nhiều đau đớn sau mổ và nguy cơ biến chứng cao liên quan đến mổ mở cao như nhiễm trùng vết mổ, viêm phổi hậu phẫu và đau vết mổ kéo dài... Đặc biệt, những biến chứng này gia tăng rõ rệt ở các bệnh nhân có bệnh lý nội khoa mạn tính đi kèm. Với sự phát triển vượt bậc của công nghệ hình ảnh và

dụng cụ phẫu thuật như máy bấm ghim tự động (Staplers) và dụng cụ cắt đốt năng lượng (Harmonic, Ligasure...), phẫu thuật mổ mở cắt phổi điều trị u phổi đã dần chuyển sang phương pháp xâm lấn tối thiểu. Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNS) ra đời hơn 20 năm trước đã nhanh chóng trở thành lựa chọn thay thế cho mổ mở trong điều trị tổn thương phổi tại hầu hết các trung tâm y tế lớn. Bằng chứng cho thấy PTNS mang lại nhiều lợi ích như giảm đau sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian lưu ống dẫn lưu và thời gian nằm viện, giảm tỉ lệ biến chứng, giúp bệnh nhân hồi phục nhanh và tăng khả năng dung nạp với hóa trị sau phẫu thuật. Đặc biệt, trong điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm, PTNS đã chứng minh hiệu quả vượt trội về mặt ung thư học, về tiên lượng và thời gian sống còn so với mổ mở. Dù vậy, một số trung tâm mới triển khai vẫn gặp khó khăn do những hạn chế kỹ thuật của dụng cụ phẫu thuật nội soi và khả năng quan sát dưới màn hình 2D. Dụng cụ nội soi truyền thống chỉ có bốn mức độ tự do, làm giảm tính linh hoạt, kết hợp với góc nhìn hai chiều và hiệu ứng đảo ngược chuyển động khiến việc học kỹ thuật này trở nên phức tạp với các phẫu thuật viên bước đầu tiếp cận PTNS.

Sự ra đời của hệ thống phẫu thuật robot da Vinci™ đã giải quyết một số hạn chế của phương pháp xâm lấn tối thiểu truyền thống. Từ khi được FDA phê duyệt vào năm 2000, hệ thống này đã phát triển qua bốn thế hệ, trong đó hệ thống da Vinci Si hiện đang được sử dụng rộng rãi tại các cơ sở phẫu thuật trong nước và trên thế giới, mang lại nhiều ưu điểm vượt trội so với phẫu thuật nội soi lồng ngực thông thường. Tại Việt Nam, hệ thống Robot da Vinci Si đã được áp dụng trong phẫu thuật điều trị bệnh lý lồng ngực

tại Bệnh viện Bình Dân từ năm 2016, bao gồm các bệnh về phổi và trung thất. Tuy nhiên, hiện vẫn chưa có nghiên cứu cụ thể nào đánh giá hiệu quả và tính khả thi, an toàn của điều trị u phổi bằng phẫu thuật Robot. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị u phổi bằng phẫu thuật Robot tại Bệnh viện Bình Dân, với các mục tiêu:

- Đặc điểm bệnh lý u phổi được tiến hành phẫu thuật Robot tại Bệnh viện Bình Dân
- Đánh giá độ an toàn của phẫu thuật Robot điều trị u phổi
- Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Robot điều trị u phổi

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân được phẫu thuật Robot điều trị u phổi tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 11/2023 đến tháng 12/2024

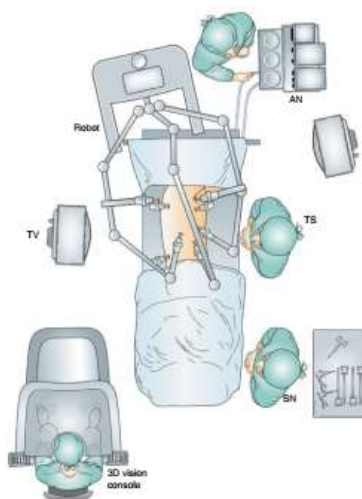
Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

BN được chẩn đoán u phổi điều trị bằng phẫu thuật Robot tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ

Quy trình phẫu thuật Robot điều trị u phổi:



❖ Tư thế người bệnh: Bệnh nhân được nằm nghiêng 90° về phía bên phổi lành, kê gối gấp nhẹ bàn ở mức hông để mở rộng khoang gian sườn, tạo một bề mặt ngang từ cánh tay đến mào chậu, sau đó cố định bệnh nhân chặt để di lệch trong quá trình phẫu thuật.

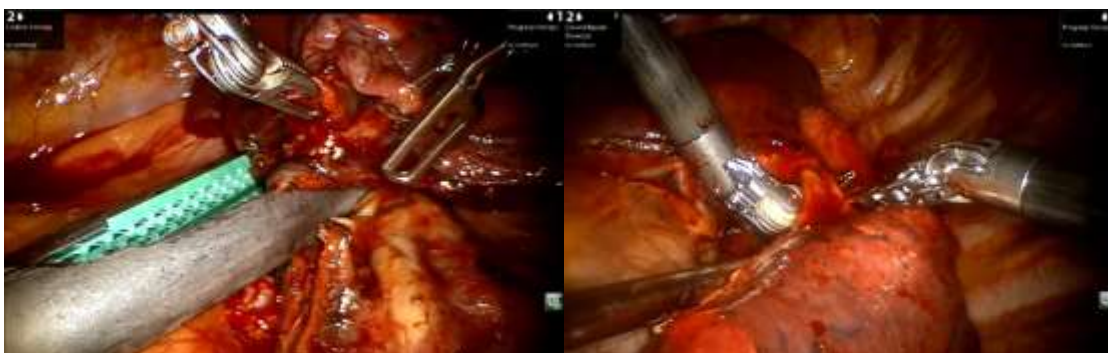


❖ Các thì trong phẫu thuật:



Quy trình phẫu thuật Robot cắt thùy phổi bắt đầu bằng việc đặt trocar đầu tiên (12mm) tại liên sườn 7 hoặc 8 theo đường nách trước hoặc sau tùy thuộc vào vị trí u phổi, để đặt camera quan sát. Các trocar tiếp theo bao gồm một trocar assistant (12mm) đặt ở liên sườn 9 sau đường thẳng từ đầu xương bả vai

và hai trocar Robot (7mm) tại liên sườn 5 và 6 để thao tác, đảm bảo khoảng cách giữa các lỗ là 8 cm. Sau khi đặt trocar, các cánh tay robot được kết nối và định vị với trung tâm vùng phẫu thuật. Dụng cụ thao tác robot được đưa vào xoang màng phổi, kiểm tra tâm di chuyển trước khi tiến hành phẫu thuật.

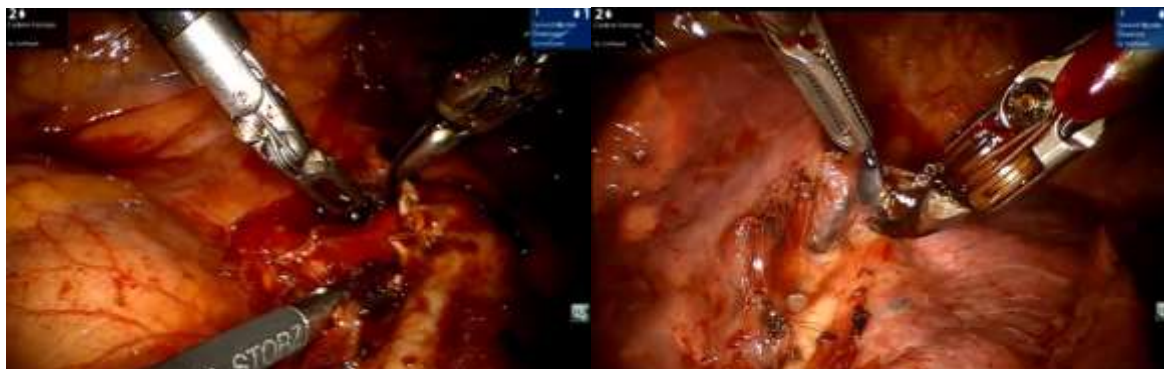


Hình 1. Phẫu thuật robot cắt thùy phổi

Đối với cắt thùy phổi theo giải phẫu, dây chằng phổi được cắt bằng cánh tay Robot, sau đó mở màng phổi trung thất trước và sau để bóc tách động mạch, tĩnh mạch, và phế quản. Các thành phần này được xác định rõ ràng và cắt riêng biệt bằng Stapler phù hợp. Với cắt thùy phổi không điển hình hoặc hình chêm, sau khi cắt dây chằng và rãnh liên thùy, phần phổi chứa tổn thương được xác định và cắt bỏ bằng Stapler tùy theo độ dày nhu mô.

Quá trình nạo hạch được thực hiện đối với các trường hợp ung thư phổi, bao gồm

lấy toàn bộ mô hạch và mỡ xung quanh. Hạch N1 được nạo hoàn toàn, và hạch N2 sẽ được sinh thiết nếu nghi ngờ ác tính. Hạch được lấy từ các nhóm 2,4,7,8,9 (phổi phải) hoặc 5,6,7,8,9 (phổi trái), và mẫu mô hạch được đưa ra ngoài qua lỗ trocar trong túi đựng bệnh phẩm. Sau khi phẫu thuật, kiểm tra cầm máu, xì dò khí, và nở phổi được thực hiện kỹ lưỡng, trước khi đặt dẫn lưu màng phổi silicon (30-32F) và đóng ngực. Robot được tách rời khỏi bệnh nhân, sau đó khâu cân cơ và da để hoàn tất phẫu thuật.



Hình 2. Phẫu thuật robot nạo hạch

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

❖ Đặc điểm bệnh nhân u phổi được tiến hành phẫu thuật Robot

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giới nam/nữ là 1,6:1, với nam chiếm 61,5% và nữ chiếm 38,5%. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,69 \pm 13,72$, dao động từ 32 đến 78 tuổi. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác, khi tỷ lệ nam giới thường cao hơn nữ giới do sự ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ ung thư phổi, chẳng hạn như hút thuốc lá và phơi nhiễm nghề nghiệp. Nghiên cứu của tác giả Catelli¹ cho thấy tỷ lệ nam/nữ trong nhóm phẫu thuật robot là 72%/28% với độ tuổi trung bình 67 tuổi, tương tự về xu hướng nam giới chiếm ưu thế nhưng có độ tuổi trung bình cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Durand² báo cáo tỷ lệ nam/nữ là 58%/42% trong nhóm phẫu thuật robot cắt thùy phổi và 52%/48% trong nhóm phẫu thuật robot cắt u hay phân thùy phổi, với độ tuổi trung bình lần lượt là $66,2 \pm 11,9$ và $66,7 \pm 11,8$ tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 50% số bệnh

nhân, với mức độ hút thuốc trung bình là $23,08 \pm 3,84$ gói.năm. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Durand và cộng sự², khi hút thuốc lá được ghi nhận ở hơn 75% bệnh nhân được phẫu thuật điều trị u phổi bằng robot, nhấn mạnh vai trò quan trọng của thuốc lá như một yếu tố nguy cơ phổ biến.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân có tiền căn ung thư đại trực tràng chiếm 26,9% (7 bệnh nhân). Nghiên cứu của tác giả Catelli¹: Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử ung thư trong nhóm phẫu thuật robot là 30%. Nghiên cứu của tác giả Durand² đề cập đến vai trò của phẫu thuật robot trong điều trị ung thư phổi thứ phát, đặc biệt ở các trường hợp di căn đến phổi còn chỉ định phẫu thuật. Với các trường hợp u nhỏ ở ngoại biên hay tái phát phẫu thuật cắt u là đủ. Với các khối u lớn hoặc nằm ở trung tâm thùy phổi, phẫu thuật cắt thùy phổi bằng robot lại được xem là một lựa chọn hiệu quả. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử ung thư cao hơn đáng kể ở nhóm phẫu thuật cắt u so với nhóm phẫu thuật cắt thùy phổi (48% so với 26%, $p < 0,001$).

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Ung thư phổi nguyên phát chiếm tỷ lệ cao nhất với 16 trường hợp (61,5%), tiếp theo là u lành tính với 4 trường hợp (15,4%), ung thư phổi thứ phát và lao phổi cùng chiếm 3 trường hợp (11,5%). Liên quan đến tiền căn ung thư đại

trực tràng, trong 7 bệnh nhân có tiền căn này, chỉ 3 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư phổi thứ phát, 2 bệnh nhân được phát hiện đồng thời hai loại ung thư phổi và ung thư đại trực tràng (2 ung thư trên 1 bệnh nhân), 1 bệnh nhân còn lại được chẩn đoán u lành tính. Về mối liên quan giữa hút thuốc lá và ung thư phổi nguyên phát, trong số 13 bệnh nhân có thói quen hút thuốc lá, 9 bệnh nhân (69,2%) được chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát.

Vị trí tổn thương u phổi được can thiệp robot gặp nhiều nhất là ở thùy trên phổi phải, với 8 bệnh nhân (30,8%), tiếp theo là thùy trên và thùy dưới phổi trái, mỗi thùy có 6 bệnh nhân (23,1%). Thùy giữa phổi phải có 4 bệnh nhân (15,4%) và thùy dưới phổi phải thấp nhất với 2 bệnh nhân (7,7%). Mỗi vị trí tổn thương mang đến những khó khăn đặc thù^{3,4}: khối u ở thùy trên gần rốn phổi làm tăng nguy cơ tổn thương mạch máu và phế quản lớn, trong khi phẫu trường hẹp hạn chế thao tác. Thùy giữa với các cấu trúc giải phẫu nhỏ và ngắn đòi hỏi thao tác chính xác, đồng thời nguy cơ cắt bỏ nhiều nhu mô hơn cần thiết do thùy này nhỏ. Các khối u ở thùy

dưới thường nằm sâu gần đáy phổi hoặc cơ hoành, khiến việc tiếp cận khó khăn và phụ thuộc vào không gian thao tác. Vì vậy, việc đặt trocar và định vị robot cần được tính toán kỹ lưỡng để tối ưu hóa tầm nhìn và đảm bảo biên độ hoạt động hiệu quả cho các cánh tay robot.

Đường kính u phổi trung bình của các tổn thương được mổ: $29,81 \pm 14,43$ mm với đường kính nhỏ nhất là 10 mm và lớn nhất là 60 mm. Năm 2006, ghiên cứu của tác giả Melfi⁵ báo cáo khả năng phẫu thuật các khối u trung bình từ 2–4 cm nhờ hệ thống robot da Vinci, các khối u có kích thước lớn hơn sẽ là trở ngại đối với phẫu thuật robot. Nhưng đến năm 2009, tác giả Gharagozloo⁶ ghi nhận khả năng cắt bỏ hiệu quả các khối u trung bình 3,8 cm, các khối u lớn ở vị trí khó tiếp cận như gần rốn phổi. Gần đây nhất, năm 2021, tác giả Aiolfi⁷ đã cho thấy rằng phẫu thuật robot có thể can thiệp thành công các khối u vượt 5 cm mà không làm tăng tỷ lệ biến chứng, chứng minh hiệu quả vượt trội của công nghệ trong việc mở rộng chỉ định phẫu thuật cho các khối u lớn hơn.

Bảng 1: So sánh giữa các nhóm u phổi

Phương pháp phẫu thuật	Cách phẫu thuật		Hạch nhóm 1		Hạch trung thất	
	Cắt thùy phổi	Cắt u phổi	Có	Không	Có	Không
Ung thư phổi nguyên phát	16	0	16	0	11	5
Ung thư phổi thứ phát	0	3	1	2	1	2
Lao phổi	0	3	1	2	0	3
U lành tính	2	2	2	2	0	4

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi tiến hành phẫu thuật Robot hoặc cắt thùy hoặc cắt u/cắt phổi không điển hình tùy thuộc vào chẩn đoán của từng tổn thương. Tất cả 16 bệnh nhân chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát đều được phẫu thuật robot cắt thùy phổi và nạo hạch N1 (100% bệnh nhân).

Nạo hạch N1 là tiêu chuẩn bắt buộc và phẫu thuật robot mang lại khả năng tiếp cận chính xác, an toàn đặc biệt tại các vùng hạch nhỏ và phức tạp gần rốn phổi⁸. Tỷ lệ sinh thiết hoặc nạo hạch N2 dao động từ 60–80% trong các nghiên cứu, tùy thuộc vào chỉ định lâm sàng và giai đoạn bệnh, trong nghiên cứu của

chúng tôi có 11/16 bệnh nhân (68,8%) được sinh thiết hạch N2. Nghiên cứu của tác giả Park⁴ cho thấy việc nạo vét hạch N2 có thể tiến hành thuận lợi bằng phẫu thuật robot, vì nhờ sự hỗ trợ của hình ảnh ba chiều và sự linh hoạt của cánh tay robot cho phép quan sát và bóc tách sinh thiết kỹ các nhóm hạch này hơn. Bên cạnh đó, nhiều nghiên cứu đã cho thấy phẫu thuật robot tốt hơn trong việc nạo hạch do số lượng hạch lấy được cao hơn, ít biến chứng sau nạo hạch hơn khi so với phẫu thuật nội soi^{7,9}. Ở các bệnh nhân ung thư phổi thứ phát, u lao hay u lành khác của phổi, chúng tôi thực hiện robot cắt u hay cắt thùy phổi không điển hình, việc sinh thiết hạch cũng được tiến hành ở một số trường hợp nghi ngờ nhưng kết quả các hạch sinh thiết được đều là lành tính.

❖ **Đánh giá độ an toàn của phẫu thuật Robot điều trị u phổi**

Thời gian phẫu thuật Robot trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $165 \pm 65,1$ phút, dao động từ 60 đến 300 phút. Thời gian mổ trung bình của ở nhóm phẫu thuật robot cắt thùy phổi dài hơn nhóm phẫu thuật robot cắt u phổi khoảng 92,08 phút (kiểm định T-test, $p < 0,05$). Phân tích thấy các yếu tố như phổi dính và rãnh liên thùy không rõ không là yếu tố gây tăng thời gian mổ hay biến chứng sau phẫu thuật (4 trường hợp).

Thời gian docking hệ thống phẫu thuật robot trung bình mất $9,23 \pm 5,4$ phút. Với những ca phẫu thuật robot đầu tiên, chúng tôi mất khoảng 20 phút để chọn vị trí các trocar, điều khiển và kết nối hệ thống các cánh tay robot vào bàn phẫu thuật. Song về dần sau chúng tôi chỉ cần máy 5 phút để hoàn tất công việc docking này. Phân tích hồi quy tuyến tính, chúng tôi xác định rằng: càng về sau thời gian docking càng được rút ngắn, có ý nghĩa thống kê ($\beta = -0,619$; $\alpha < 0,05$). Đi

cùng với đó, thời gian điều khiển robot cũng được rút ngắn dần theo thời gian (Phân tích hồi quy tuyến tính, $\beta = -3,065$; $\alpha = 0,023$). Trung bình thời gian điều khiển console là $124,04 \pm 52,7$ phút.

Khi so sánh với các tác giả trên thế giới, chúng tôi cũng có các kết quả tương tự. Tác giả Wilson-Smith¹⁰ báo cáo thời gian phẫu thuật robot trung bình là $190,5 \pm 53,8$ phút cho 1 ca, thời gian docking trung bình là 10 phút. Trong khi tác giả Catelli¹ ghi nhận thời gian phẫu thuật robot trung bình là 180 phút, cao hơn một chút so với PTNS là 160 phút và thời gian docking trung bình là $10,2 \pm 4,0$ phút. Chúng tôi cũng đã tiến hành các nghiên cứu về sự khả thi và an toàn của PTNS khi điều trị các bệnh lý ác tính của phổi: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) và ung thư phổi thứ phát (UTPTP). Khi so sánh thời gian phẫu thuật nội soi với phẫu thuật robot, chúng tôi nhận thấy: phẫu thuật Robot có thời gian mổ ngắn hơn, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê (168,33 phút ở PTNS điều trị UTPTP, 179,9 phút ở PTNS điều trị UTPKTBN).

Phẫu thuật robot trong điều trị u phổi đã được chứng minh giúp giảm lượng máu mất đáng kể so với các phương pháp khác. Nghiên cứu của tác giả Wilson-Smith¹⁰ ghi nhận lượng máu mất trung bình là $90,0 \pm 85,4$ ml, nhấn mạnh hiệu quả kiểm soát cầm máu của phẫu thuật robot trong điều trị u phổi. Tương tự, tác giả Catelli¹ báo cáo lượng máu mất dao động từ 80 – 120 ml, thấp hơn đáng kể so với PTNS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất trung bình là $105 \pm 68,48$ mL (dao động từ 50 – 300 ml), phù hợp với các nghiên cứu trên. Khi chúng tôi so sánh lại với các nghiên cứu của mình về PTNS điều trị UTPTP và UTPKTBN, chúng tôi nhận thấy lượng máu

mất khi phẫu thuật robot tương đương hoặc có phần ít hơn so với mổ nội soi (105 ml so với 124,1 ml ở PTNS điều trị UTPTP và 131,0 ml ở PTNS điều trị UTPKTBN) ^{11,12}.

Chuyển mổ mở: Tỷ lệ chuyển đổi từ phẫu thuật robot sang mổ mở là một chỉ số quan trọng phản ánh độ an toàn phương pháp phẫu thuật robot trong phẫu thuật u phổi. Tác giả Durand báo cáo tỷ lệ chuyển mổ mở trong nhóm phẫu thuật robot như sau: 0,5% (2/391 trường hợp) ở nhóm phẫu thuật cắt u phổi hay thùy phổi và 3,3% (17/509 trường hợp) ở nhóm cắt thùy phổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$). Điều này cho thấy phẫu thuật robot có tỷ lệ chuyển mổ mở thấp, đặc biệt ở các ca phẫu thuật cắt u hay phân thùy phổi ². Tác giả Catelli không ghi nhận trường hợp chuyển mổ mở nào ở nhóm phẫu thuật robot, tức tỷ lệ 0%, trong khi nhóm phẫu thuật nội soi lồng ngực có tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn, mặc dù không nêu cụ thể con số ¹. Tác giả Wilson-Smith nghiên cứu thấy tỷ lệ chuyển mổ mở trong phẫu thuật robot giảm dần khi kinh nghiệm phẫu thuật viên tăng lên. Mặc dù không đưa ra con số cụ thể, nhưng kết quả cho thấy đường cong học tập của phẫu thuật robot cắt phổi sẽ là khoảng 25–30 ca, tỷ lệ chuyển mổ mở giảm đáng kể, khẳng định hiệu quả của việc tích lũy kinh nghiệm trong phẫu thuật robot ¹⁰. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển mổ mở là 0%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên, khẳng định rằng phẫu thuật robot là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u phổi, với tỷ lệ biến chứng thấp và khả năng kiểm soát tốt trong quá trình phẫu thuật.

❖ **Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật robot điều trị u phổi**

Biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các biến chứng sau phẫu thuật

robot cắt phổi được khảo sát bao gồm viêm phổi, xì dò khí phế quản, và các biến chứng hệ thống khác (suy tạng, biến cố tim mạch)... Kết quả chỉ 2 bệnh nhân viêm phổi hậu phẫu mức độ nhẹ (7,7%), các bệnh nhân này đều được điều trị nội khoa: kháng sinh và vật lý trị liệu, sau đó ổn và được xuất viện vào ngày hậu phẫu 10. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của tác giả Wilson-Smith ¹⁰ ghi nhận tỷ lệ viêm phổi sau phẫu thuật robot khoảng 5%, nhờ khả năng linh hoạt trong thao tác, cầm nắm nhẹ nhàng của cánh tay robot giảm chấn thương mô, giảm dập phổi và hiệu quả từ việc rút ngắn thời gian phẫu thuật và nằm viện sau mổ. Nghiên cứu chúng tôi không khi nhận xì dò khí phế quản, chảy máu sau mổ, nhiễm trùng vết mổ và các biến chứng hệ thống nặng khác, như nghiên cứu khác của tác giả Catelli, tỉ lệ này dao động từ 3–10% ở các nghiên cứu ¹.

Thời gian hậu phẫu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,04 \pm 1,51$ ngày, dao động từ 5 đến 10 ngày, điều này phù hợp với các nghiên cứu khác. Khi so sánh với kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi được triển khai tại bệnh viện chúng tôi, chúng tôi thấy thời gian hậu phẫu phẫu thuật robot thấp hơn (7,04 ngày so với 8,6 ngày), tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,073$). Tác giả Catelli¹ báo cáo thời gian nằm viện trung bình là $6,6 \pm 2,2$ ngày đối với nhóm phẫu thuật robot, tương tự PTNS ở mức $7 \pm 3,6$ ngày, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Dẫn lưu màng phổi (DLMP) lưu lâu sẽ gây nên các biến chứng như viêm phổi, đau mạn tính. Trong nghiên cứu chúng tôi, trung bình DLMP sẽ được rút sau 3,38 ngày (3-5 ngày). So sánh với các nghiên cứu về PTNS của chúng tôi, chúng tôi thấy thời gian lưu DMLP ở các bệnh nhân mổ robot được rút

ngắn hơn so với nhóm mổ nội soi (3,38 ngày so với 5 ngày ở PTNS điều trị UTPKTBN)¹². Nghiên cứu của tác giả Durand² cho thấy thời gian dẫn lưu màng phổi được rút ngắn trong phẫu thuật robot so với PTNS, nhờ vào khả năng giảm viêm giảm tiết dịch màng phổi sau mổ do bóc tách ít. Nhưng ngược lại, tác giả Zhang¹³ ghi nhận không có sự khác biệt đáng kể giữa phẫu thuật robot và PTNS về thời gian lưu DLMP ($p = 0,24$), thời gian lưu DLMP sẽ phụ thuộc phần lớn vào đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân và kỹ thuật mổ hơn là những cải tiến về phương pháp phẫu thuật.

Về mức độ đau, vào ngày hậu phẫu đầu tiên sau phẫu thuật robot điều trị u phổi, chúng tôi ghi nhận mức độ đau trung bình theo thang điểm VAS là $3,62 \pm 0,75$ điểm, dao động từ 3 đến 5 điểm. Đến thời điểm xuất viện, mức độ đau giảm rõ rệt với trung bình chỉ còn $0,86 \pm 0,528$ điểm, dao động từ 0 (không đau) đến 2 điểm. Nghiên cứu của tác giả Wilson-Smith¹⁰ cho thấy bệnh nhân trải qua phẫu thuật robot được ghi nhận một mức độ đau thấp hơn đáng kể trong 48 giờ đầu sau mổ so với phẫu thuật nội soi lồng ngực. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Catelli¹ ghi nhận bệnh nhân phẫu thuật robot cần ít thuốc giảm đau hơn trong tuần đầu sau mổ khi so sánh với PTNS. Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi khi tiến hành kỹ thuật mổ nội soi với ngưỡng đau ở các thời điểm hậu phẫu 1 và trước xuất viện có cao hơn ở phẫu thuật robot (4,00 và 0,86 điểm ở PTNS điều trị UTPKTBN)¹².

Kết quả sớm 1 tháng sau phẫu thuật: Kết quả sau phẫu thuật một tháng cho thấy tất cả các bệnh nhân hồi phục tốt và trở lại cuộc sống bình thường. Khi đánh giá mức độ biến chứng và tử vong theo bảng phân loại của Clavien Dindo, nghiên cứu của chúng tôi đạt

kết quả tích cực, không ghi nhận biến chứng nặng hoặc tử vong. Kết quả tốt chiếm tỉ lệ 100% bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Robot điều trị u phổi.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật robot là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị u phổi, với tỷ lệ biến chứng thấp, bệnh nhân ít đau hơn so với các phẫu thuật nội soi, hồi phục tốt và trở lại cuộc sống bình thường sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Catelli C, Corzani R, Zanfrini E, et al.** RoboticAssisted (RATS) versus Video-Assisted (VATS) lobectomy: A monocentric prospective randomized trial. *European Journal of Surgical Oncology*. 2023;49 (12)doi:10.1016/j.ejso.2023.107256
2. **Durand M, Nguyen LS, Mbadinga F, et al.** Robotic thoracic surgery: lessons learned from the first 1,000 procedures. *Original Research. Frontiers in Surgery*. 2024-September-12 2024;11doi: 10.3389/fsurg.2024.1417787
3. **Kernstine K.** Robotic Lobectomy: Hilum First Technique. In: Kernstine K, ed. *Atlas of Robotic Thoracic Surgery*. Springer International Publishing; 2018:39-61.
4. **Park BJ.** Robotic Lobectomy. In: Kernstine K, ed. *Atlas of Robotic Thoracic Surgery*. Springer International Publishing; 2018:29-38.
5. **Melfi FM, Menconi GF, Mariani AM, Angeletti CA.** Early experience with robotic technology for thoracoscopic surgery. *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*. May 2002; 21(5):864-8. doi:10.1016/ s1010-7940(02) 00102-1

6. **Gharagozloo F, Margolis M, Tempesta B, Strother E, Najam F.** Robot-assisted lobectomy for early-stage lung cancer: report of 100 consecutive cases. *Ann Thorac Surg.* Aug 2009;88(2): 380-4. doi:10.1016/j.athoracsur.2009.04.039
7. **Aiolfi A, Nosotti M, Micheletto G, et al.** Pulmonary lobectomy for cancer: Systematic review and network meta-analysis comparing open, video-assisted thoracic surgery, and robotic approach. *Surgery.* 2021;169(2):436-446. doi:10.1016/j.surg.2020.09.010
8. **Velez-Cubian FO, Ng EP, Fontaine JP, Toloza EM.** Robotic-Assisted Videothoroscopic Surgery of the Lung. *Cancer Control.* 2015/07/01 2015;22(3):314-325. doi:10.1177/107327481502200309
9. **Haruki T, Takagi Y, Kubouchi Y, et al.** Comparison between robot-assisted thoracoscopic surgery and video-assisted thoracoscopic surgery for mediastinal and hilar lymph node dissection in lung cancer surgery. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery.* 2021;33(3):409-417. doi:10.1093/icvts/ivab112
10. **Wilson-Smith AR, Anning N, Muston B, et al.** The learning curve of the robotic-assisted lobectomy—a systematic review and meta-analysis. *Annals of Cardiothoracic Surgery.* 2023;12(1):1-8.
11. **Nguyễn Văn Việt Thành, Trần Công Quyền, Hồ Huỳnh Long, Lý Bảo Duy.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn trong điều trị ung thư di căn phổi từ ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;525:212 – 219.
12. **Nguyễn Văn Việt Thành, Trần Công Quyền, Hồ Huỳnh Long, Lý Bảo Duy.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi toàn bộ điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Bình Dân. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023;525:291 – 297.
13. **Zhang J, Feng Q, Huang Y, Ouyang L, Luo F.** Updated Evaluation of Robotic- and Video-Assisted Thoracoscopic Lobectomy or Segmentectomy for Lung Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Review. Frontiers in Oncology.* 2022-April-12 2022;12doi:10.3389/fonc.2022.853530

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DI CĂN PHỔI TỪ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Văn Việt Thành¹, Lý Bảo Duy¹,
Vũ Hoàng Minh Tín¹, Lê Anh Duy¹, Trần Minh Thiện¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị ung thư di căn phổi từ ung thư đại trực tràng

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. 22 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi (PTNS) hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị ung thư di căn phổi (UTDCP) từ ung thư đại trực tràng (UTĐTT) tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Tuổi trung bình: $59,68 \pm 10,19$ tuổi. Nam : nữ : 3,5:1. Ung thư nguyên phát nhiều nhất từ ung thư trực tràng chiếm 68,2% (15/22 BN). Thời gian sống không bệnh trung bình (DFI): $29,23 \pm 16,56$ tháng, 15 BN (68,2%) có DFI bằng hoặc nhiều hơn 24 tháng, 7 BN (32,8%) ít hơn 24 tháng. 100% BN đều thỏa chỉ định điều trị phẫu thuật. 17 BN phẫu thuật lần đầu tiên điều trị UTPCD từ UTĐTT. 2 BN phẫu thuật nhiều hơn 1 lần điều trị UTPCD từ UTĐTT, ở lần mổ đầu chúng tôi tiến hành PTNS cắt thùy phổi theo giải phẫu, ở những lần mổ sau chúng tôi tiến hành PTNS cắt u phổi để điều trị các tổn thương di căn phổi. Thời gian phẫu thuật:

$167,01 \pm 44,44$ phút. Lượng máu mất trung bình: $99,55 \pm 54,38$ ml ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng nhẹ sau mổ là 4,5%: viêm phổi hậu phẫu. Không có biến chứng nặng, tử vong. Mức độ đau sau mổ thấp. Thời gian nằm viện: $6,82 \pm 1,14$ ngày. Kết quả điều trị sau 1 tháng tốt.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng an toàn về mặt kỹ thuật và ung thư học, ít biến chứng, kết quả sớm tốt: hồi phục nhanh, ít đau sau mổ.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi toàn bộ, ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF TOTAL THORACOSCOPIC IN PULMONARY METASTASECTOMY FROM COLORECTAL CANCER IN BINH DAN HOSPITAL

Objective: Access early outcomes of total thoracoscopic in pulmonary metastasectomy from colorectal cancer.

Subject and method: retrospective description. 22 patients had performed total thoracoscopic in pulmonary metastasectomy from colorectal cancer in Thoracic and Thyroid department, Binh Dan Hospital from 2023 to 2024

Result: Average age: 59.68 ± 10.19 years. Male to female ratio: 3.5:1. The most common primary cancer was rectal cancer, accounting for

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

68.2% (15/22 patients). The average disease-free interval (DFI) was 29.23 ± 16.56 months, with 15 patients (68.2%) having a DFI of 24 months or more, and 7 patients (31.8%) having a DFI of less than 24 months. All patients (100%) met the criteria for surgical treatment.

Seventeen patients underwent surgery for the first time to treat pulmonary metastases from colorectal cancer. Two patients underwent more than one surgery for pulmonary metastases from colorectal cancer; in the first surgery, we performed a thoracoscopic lobectomy, and in subsequent surgeries, we performed thoracoscopic tumor resections to treat metastatic lung lesions. Surgery duration: 167.01 ± 44.44 minutes. Average blood loss: 99.55 ± 54.38 ml. No intraoperative complications were recorded. Minor postoperative complications occurred in 4.5% of cases: postoperative pneumonia. There were no severe complications or deaths. Postoperative pain was minimal. Hospital stay duration: 6.82 ± 1.14 days. The treatment outcome after 1 month was good.

Conclusion: Total thoracoscopic lobectomy for pulmonary metastasectomy is safe in technique and oncology, with few complications and good early results: rapid recovery and less pain after surgery.

Keywords: Total thoracoscopic lobectomy, pulmonary metastasectomy, pulmonary metastasectomy from colorectal cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi thứ phát (UTPTP) hay ung thư di căn phổi (UTDCP) là thường gặp, 30% ở các ung thư tiến triển. Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là một trong những ung thư di căn đến phổi nhiều nhất. 1.360.000 trường hợp mắc mới mỗi năm - 10–30% ghi nhận tiến triển di căn đến phổi¹. Điều trị UTDCP là đa mô thức: hóa – xạ – phẫu,

nhưng phẫu thuật (PT) vẫn đóng vai trò quyết định đối với các trường hợp còn chỉ định phẫu thuật². Phẫu thuật điều trị UTDCP cải thiện tiên lượng, tỉ lệ sống còn 5 năm³. Bệnh nhân UTDCP từ UTĐTT được phẫu thuật tiên lượng sống tốt hơn, tỷ lệ sống 5 năm sau PT lên đến 46,7% so với không mổ - chỉ là 3,9%^{1,4,5}. Phẫu thuật nội soi (VATS) là lựa chọn hàng đầu cho phẫu thuật điều trị ung thư phổi nói chung và UTDCP đặc biệt là UTDCP từ UTĐTT^{1,3,4}. Hiệu quả tốt về mặt ung thư học, an toàn và kết quả sớm tốt hơn so với mổ mở. Nhiều nghiên cứu về UTDCP từ UTĐTT, về hiệu quả của PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT vẫn đang triển khai. Hiện tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT. Bệnh viện Bình Dân là BV Ngoại khoa hạng I với các chuyên khoa sâu về Ngoại lồng ngực và Tiêu hóa và bệnh cảnh UTDCP từ UTĐTT là thường gặp. Do tính mới và cấp thiết đòi hỏi phải có nghiên cứu đánh giá về PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT: An toàn và hiệu quả PTNS trong điều trị. Do đó nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu:

- Đặc điểm bệnh lý UTDCP từ UTĐTT được PTNS cắt phổi tại Bệnh viện Bình Dân
- Đánh giá độ an toàn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT
- Đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi điều trị bệnh lý ung thư phổi thứ phát từ ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, BV Bình Dân từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- BN có tiền căn K đại trực tràng
- BN thỏa chỉ định điều trị ngoại khoa, được chỉ định PTNS cắt phổi điều trị ung thư di căn phổi từ ung thư đại trực tràng.

- BN có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là ung thư di căn phổi từ ung thư đại trực tràng

- BN có hồ sơ, bệnh án đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN sau PTNS cắt thùy phổi có kết quả MBH là ung thư phổi nguyên phát hay bệnh lý khác của phổi.

- BN có ung thư nguyên phát di căn vị trí khác ngoài phổi.

- BN ung thư thứ phát tái phát tại phổi được can thiệp phẫu thuật lại.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh lý UTDCP từ UTĐTT được PTNS cắt phổi

Chúng tôi tổng hợp 22 bệnh nhân UTDCP từ UTĐTT, được PTNS cắt phổi. Tuổi trung bình $59,68 \pm 10,19$ tuổi (34 đến 77 tuổi), nam giới chiếm đa số với 77,3% (17 BN), gấp 3,5 lần nữ giới (5 BN). Không có sự khác biệt về biến chứng sau phẫu thuật giữa nhóm dưới và trên 65 tuổi ($P = 0,1$). 59,1% bệnh nhân có thói quen hút thuốc, trung bình $13,20 \pm 4,10$ gói/năm. Tất cả bệnh nhân được phát hiện UTDCP qua tái khám hóa trị UTĐTT.

Chúng tôi ghi nhận các bệnh lý kèm theo như đái tháo đường (13,64%), bệnh tim mạch (13,64%), và tăng huyết áp (22,73%) để đánh

giá ảnh hưởng trong phẫu thuật UTDCP từ UTĐTT. Theo nghiên cứu của Alberto Rodríguez-Fuster⁶, bệnh nhân có bệnh lý nền, đặc biệt là hô hấp và tim mạch, có nguy cơ biến chứng sau phẫu thuật cao hơn: tỷ lệ xảy ra biến chứng ở nhóm bệnh nhân mắc các bệnh lý nền sẽ cao hơn (72.3% so với 57.9%, $P = 0.01$) và tương tự, bệnh nhân mắc bệnh lý hô hấp, tim mạch thì tỷ lệ xảy ra biến chứng sau phẫu thuật cũng cao hơn (lần lượt ghi nhận là 18% so với 8.4%, $P < 0.01$ và 23% so với 12.28%, $P = 0.01$). Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được đánh giá kỹ lưỡng về khả năng phẫu thuật và nguy cơ biến chứng, với 100% đủ điều kiện phẫu thuật nội soi cắt phổi.

Chúng tôi ghi nhận ung thư đại tràng (P) ở 3 BN (13,6%), đại tràng (T) và Sigma ở 4 trường hợp (18,5%), và ung thư trực tràng chiếm 68,2% (15 BN). Theo G. Meimarakis, ung thư phổi di căn từ trực tràng có tiên lượng sống xấu hơn. Ngoài ra, tình trạng di căn hạch vùng (>8 hạch, pN2) cũng là tiên lượng xấu. Nghiên cứu của Yokoyama và cộng sự chỉ ra rằng DFI ngắn (<24 tháng) và di căn hạch chặng 2 (N2) là yếu tố nguy cơ tái phát sau phẫu thuật. Những nghiên cứu này cũng cố rằng: thời gian sống không bệnh và tình trạng di căn hạch là các yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng sau phẫu thuật điều trị UTDCP từ UTĐTT^{7,8}.

Đường kính lớn nhất của khối u trung bình là $29,55 \pm 11,40$ mm, với kích thước lớn nhất 51 mm và nhỏ nhất 12 mm. Các tổn thương di căn chủ yếu nằm ở thùy dưới phổi (P) với 45,5% (10 trường hợp) và ít nhất ở thùy dưới phổi (T) với 4,5% (1 trường hợp). Chúng tôi chọn 100% bệnh nhân có tổn thương di căn phổi đơn ổ để đồng nhất về mặt khoa học, dù trong thực tế, chúng tôi vẫn phẫu thuật các trường hợp đa ổ hoặc tổn thương hai bên. Theo M. Zellweger, các tổn

thương di căn phổi nhiều hơn 3 ổ có tiên lượng xấu, trong khi ít hơn 3 ổ thì tiên lượng tốt hơn. Tỷ lệ sống 5 năm là 43% cho một tổn

thương, 31% cho 2-3 tổn thương, và 27% cho trên 3 tổn thương.



Hình 5. Tổn thương nghi thứ phát thùy dưới phổi trái BN. T.N.T

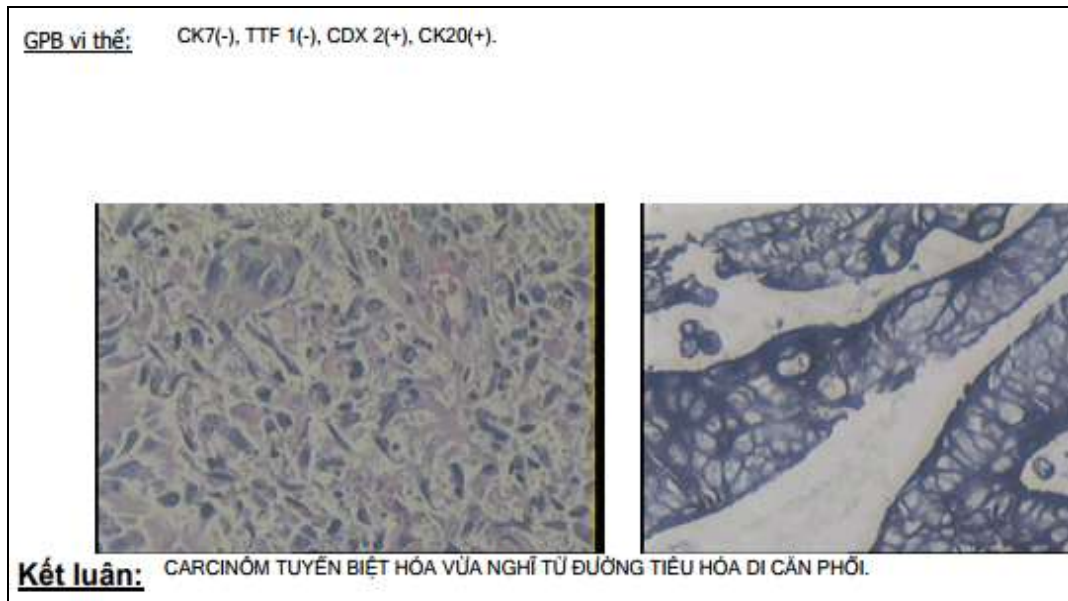
(nguồn: Bệnh viện Bình Dân)

100% bệnh nhân thuộc nhóm N1 (hạch khu trú trong nhu mô phổi hoặc rốn phổi cùng bên) và không có di căn đến hạch trung thất (N2). Giải phẫu bệnh lý cho thấy 100% là carcinoma tuyến. Nồng độ CEA đã được sử dụng như yếu tố tiên lượng trong điều trị UTPCD từ UTĐTT tại nhiều cơ sở, trong đó có Bệnh viện Bình Dân. 81,8% bệnh nhân có nồng độ CEA trong máu tăng (> 5 ng/ml), tương đương với kích thước tổn thương di căn ($p = 0,02$), gợi ý tiên triển ung thư nguyên phát.

Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt phổi điều trị UTPCD từ UTĐTT đã trở thành lựa chọn ưu tiên. Trước đây, mổ mở và phẫu thuật nội soi kết hợp đường mở ngực đều được cân nhắc, nhưng hiện nay phẫu thuật nội soi hoàn toàn được ưa chuộng do ít xâm lấn và bảo tồn tốt hơn chức năng phổi. Tác giả D. Meng so sánh PTNS và mổ mở, kết quả cho thấy PTNS có tỷ lệ sống cao hơn, ít biến chứng và thời gian hồi phục nhanh hơn. Mặc dù nạo hạch trung thất có thể được thực hiện qua PTNS, nhưng cần cân nhắc kỹ lưỡng vì di căn hạch trung thất tiên lượng xấu⁹.

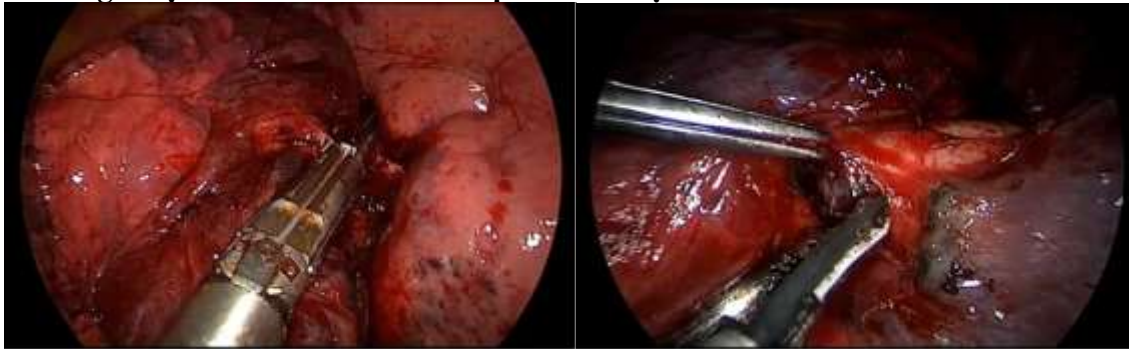
Tất cả 22 bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật nội soi cắt phổi điều trị UTPCD từ UTĐTT đều đáp ứng các tiêu chuẩn lâm sàng cần thiết. 100% bệnh nhân đã được xét nghiệm tiền phẫu đầy đủ, tầm soát ung thư nguyên phát cũng như di căn khác. Phân loại TNM cho thấy tất cả bệnh nhân đều ở giai đoạn có thể phẫu thuật loại bỏ tổn thương di căn phổi. Hội chẩn đa khoa (Lồng ngực – Tiêu hóa – Ung bướu – Gây mê hồi sức) tại Bệnh viện Bình Dân cũng đã xác nhận rằng phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu cho các trường hợp này. 17 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật lần đầu bằng PTNS cắt thùy phổi theo giải phẫu nạo hạch. Đối với những trường hợp tái phát hoặc có nhiều tổn thương, các lần phẫu thuật tiếp theo sử dụng PTNS cắt u phổi hình chêm. Điều này nhằm hạn chế cắt bỏ mô phổi không cần thiết, bảo tồn chức năng phổi và tăng cơ hội sống sót cho bệnh nhân.

100% BN kết quả GPB sau mổ cho thấy tổn thương phổi là tổn thương di căn từ đường tiêu hóa.



Hình 2. Kết quả giải phẫu bệnh

Đánh giá độ an toàn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT



Hình 3. Hình ảnh PTNS hoàn toàn cắt thùy phổi và nạo hạch, BN.T.N.T

(Nguồn BV Bình Dân)

Tất cả bệnh nhân đều được tiến hành phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt thùy phổi chứa u, không có ca nào chuyển sang mổ mở. Có 20 trường hợp cắt một thùy phổi di căn và 2 trường hợp (9,1%) cắt 2 thùy do u xâm lấn. Sinh thiết hạch N2 được thực hiện ở 15 bệnh nhân (68,2%) và không ghi nhận tế bào ác tính.

Thời gian phẫu thuật càng dài BN càng chịu nhiều nguy cơ của cuộc mổ và gây mê, xẹp phổi sau mổ, ứ đọng đàm nhớt gây viêm phổi, suy hô hấp và thở máy kéo dài sau mổ,

tăng nguy cơ tử vong hậu phẫu. Thời gian phẫu thuật trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $167,01 \pm 44,44$ phút, tương đồng với các nghiên cứu khác, và lượng máu mất trung bình là $99,55 \pm 54,38$ ml. PTNS giúp quan sát tốt hơn nhưng có thể gặp khó khăn nếu u lớn hoặc phổi dính, dễ dẫn đến biến chứng, trong đó chảy máu là nguy hiểm nhất. Các phẫu thuật viên có kinh nghiệm giúp giảm thiểu rủi ro này, đảm bảo an toàn và tính khả thi của PTNS điều trị UTDCP từ UTĐTT.

Tỷ lệ biến chứng chung trong nghiên cứu là 4,5%, với một trường hợp viêm phổi sau mổ. Chảy máu sau phẫu thuật, dù hiếm gặp, nhưng nguy hiểm. Chúng tôi cũng ghi nhận 1 trường hợp chảy máu trong phẫu thuật do tổn thương nhánh động mạch phổi, nhưng đã được xử trí kịp thời, không gây ra biến chứng nặng. Theo nghiên cứu của McKenna, tỷ lệ dò khí kéo dài là 2,8%, nhưng không ghi nhận trường hợp nào trong nghiên cứu. Điều này được đạt được nhờ sự chú trọng đến kỹ thuật phẫu thuật và việc lựa chọn stapler phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp viêm phổi sau mổ (4,5%) ngoài ra chúng tôi không ghi nhận các biến cố tim mạch, suy hô hấp hay các hệ cơ quan khác. Tỷ lệ tử vong của các tác giả khác cũng rất thấp, dưới 1% cho phẫu thuật nội soi điều trị ung thư phổi di căn từ ung thư đại trực tràng, chúng tôi không có trường hợp nào phải can thiệp lại hoặc tử vong.

Đánh giá kết quả ngắn hạn của PTNS cắt phổi điều trị UTDCP từ UTĐTT

Ưu điểm lớn nhất của phẫu thuật nội soi (PTNS) là cải thiện chất lượng sống sau mổ. Bệnh nhân có vết mổ nhỏ, ít đau, hồi phục nhanh và không cần hỗ trợ nhiều từ người nhà. Phẫu thuật qua trocar giúp tránh tổn thương thần kinh và giảm biến chứng như chảy máu, đau mạn tính hay nhiễm trùng. Thời gian điều trị hậu phẫu ngắn hơn, trung bình 6,82 ngày, và rút dẫn lưu sau 3,41 ngày, giúp giảm chi phí và bệnh nhân nhanh chóng trở lại sinh hoạt bình thường. Các nghiên cứu như của tác giả Rotolo cũng cho kết quả tương tự, với thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân PTNS là 7,2 ngày, ngắn hơn so với nhóm phẫu thuật mở (9,6 ngày). Mức

độ đau giảm đáng kể với điểm VAS ngày hậu phẫu đầu tiên là 4,14/10, và khi xuất viện chỉ còn 1,18/10. Điều này tương đồng với kết quả của Rotolo, khi ông cũng ghi nhận bệnh nhân PTNS có mức độ đau thấp hơn và thời gian sử dụng thuốc giảm đau ngắn hơn so với phẫu thuật mở. Một số nghiên cứu khác như của T. Treasure và McKenna cũng cho thấy PTNS giảm đau đáng kể trong những ngày hậu phẫu và thậm chí kéo dài đến 3 tuần sau phẫu thuật. So với phẫu thuật mở, PTNS có ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh, giảm đau tốt hơn, và giúp bệnh nhân dung nạp hóa trị sau mổ tốt hơn.

Kết quả sớm sau phẫu thuật 1 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 100% bệnh nhân không gặp biến chứng nghiêm trọng và có thể trở lại sinh hoạt bình thường. Các nghiên cứu khác của Anthony Yim cũng đưa ra kết quả tương tự, khẳng định PTNS mang lại lợi ích lớn trong điều trị ung thư phổi thứ phát. Yếu tố quan trọng là lựa chọn bệnh nhân kỹ lưỡng và áp dụng các kỹ thuật hiện đại, giúp giảm thiểu tổn thương và rủi ro trong phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

PTNS mang lại lợi ích lớn trong điều trị ung thư phổi thứ phát, là kỹ thuật an toàn có thể áp dụng với các bệnh nhân UTPTP từ UTĐTT có chỉ định phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật: $167,01 \pm 44,44$ phút. Lượng máu mất trung bình: $99,55 \pm 54,38$ ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ. Biến chứng nhẹ sau mổ là 4,5%: viêm phổi hậu phẫu. Không có biến chứng nặng, tử vong. Mức độ đau sau mổ thấp. Thời gian nằm viện: $6,82 \pm 1,14$ ngày. Kết quả điều trị sau 1 tháng tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zellweger M, Abdelnour-Berchtold E, Krueger T, Ris HB, Perentes JY, Gonzalez M.** Surgical treatment of pulmonary metastasis in colorectal cancer patients: Current practice and results. *Critical reviews in oncology/hematology*. Jul 2018;127:105-116. doi:10.1016/j.critrevonc.2018.05.001
2. **Cheung FP, Alam NZ, Wright GM.** The Past, Present and Future of Pulmonary Metastasectomy: A Review Article. *Annals of thoracic and cardiovascular surgery : official journal of the Association of Thoracic and Cardiovascular Surgeons of Asia*. Jun 20 2019;25(3):129-141. doi:10.5761/atcs.ra.18-00229
3. **Cheang M, Herle P, Pradhan N, Antippa P.** Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thoracotomy for pulmonary metastasectomy: a systematic review. *ANZ Journal of Surgery*. 2015;85(6):408-413. doi:https://doi.org/10.1111/ans.12925
4. **Ogawa H, Yajima T, Sohda M, Shirabe K, Saeki H.** Role of surgical resection and its alternative local therapy for pulmonary metastasis of colorectal cancer. *Annals of gastroenterological surgery*. Nov 2021; 5(6):747-753. doi:10.1002/ags3.12472
5. **Treasure T, Farewell V, Macbeth F, et al.** The Pulmonary Metastasectomy in Colorectal Cancer cohort study: Analysis of case selection, risk factors and survival in a prospective observational study of 512 patients. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Jul 2021; 23(7):1793-1803. doi:10.1111/ codi.15651
6. **Rodríguez-Fuster A, Belda-Sanchis J, Aguiló R, et al.** Morbidity and mortality in a large series of surgical patients with pulmonary metastases of colorectal carcinoma: a prospective multicentre Spanish study (GECMP-CCR-SEPAR). *European journal of cardio-thoracic surgery : official journal of the European Association for Cardio-thoracic Surgery*. Apr 2014;45(4): 671-6. doi:10.1093/ejcts/ezt459
7. **Meimarakis G, Spelsberg F, Angele M, et al.** Resection of pulmonary metastases from colon and rectal cancer: factors to predict survival differ regarding to the origin of the primary tumor. *Annals of surgical oncology*. Aug 2014;21(8): 2563-72. doi:10.1245/s10434-014-3646-1
8. **Yokoyama S, Mitsuoka M, Kinugasa T, et al.** Survival after initial lung metastasectomy for metastatic colorectal cancer in the modern chemotherapeutic era. *BMC surgery*. May 10 2017;17(1):54. doi:10.1186/s12893-017-0252-8
9. **Meng D, Fu L, Wang L, Dai Y, Lv W.** Video-assisted thoracoscopic surgery versus open thoracotomy in pulmonary metastasectomy: a meta-analysis of observational studies. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*. 2015; 22(2):200-206. doi:10.1093/icvts/ivv309
10. **Sudarshan M, Murthy SC.** Current Indications for Pulmonary Metastasectomy. *Surgical oncology clinics of North America*. Oct 2020;29(4): 673-683. doi:10.1016/j.soc.2020.06.007

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ SA SINH DỤC NỮ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH TP. HCM

Phạm Cao Tháp¹, Lê Phúc Liên¹, Nguyễn Thị Hồng Oanh¹,
Phạm Thế Anh¹, Cao Vĩnh Duy¹, Lý Minh Hoàng¹, Nguyễn Văn Nghĩa¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sa sinh dục là bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân nữ lớn tuổi và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống cũng như sinh hoạt hàng ngày. Điều trị phẫu thuật được chỉ định trong những trường hợp nặng.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả điều trị sa sinh dục nữ tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM bằng phương pháp phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 15 bệnh nhân sa sinh dục độ II-IV, chúng tôi tiến hành phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm xương cùng hoặc phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên và đặt lưới 4 nhánh từ tháng 8/2023 – 11/2024.

Kết quả: có 2 trường hợp sa sinh dục độ II, 12 trường hợp sa sinh dục độ III, và 1 trường hợp sa sinh dục độ IV. Tuổi trung bình $62,1 \pm 11,9$ tuổi. Thời gian mổ trung bình ở nhóm phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô và nhóm cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên lần lượt là 257,1 phút và 121,4 phút, và 1 trường hợp đặt lưới 4 nhánh là 71 phút, lượng máu mất trung bình là 52,8 ml và 28,5 ml, và 10ml với đặt lưới 4 nhánh, thời gian nằm viện trung bình của 2 phương pháp phẫu thuật nội soi là như nhau 4,1

ngày và 3 ngày đối với PT đặt lưới 4 nhánh. Không ghi nhận tụ dịch ổ bụng hay nhiễm trùng vết mổ. Thời gian theo dõi trung bình là $7,6 \pm 2,5$ tháng.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng hoặc cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên hoặc phẫu thuật đặt lưới 4 nhánh có tính khả thi, an toàn và hiệu quả trong điều trị sa sinh dục mức độ nặng.

Từ khóa: sa sàn chậu, sa sinh dục, sa tạng chậu, cố định sàn chậu vào móm nhô, dây chằng chậu lược 2 bên, lưới 4 nhánh

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES IN THE TREATMENT OF FEMALE PELVIC ORGAN PROLAPSE AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Introduction: Pelvic organ prolapse (POP) is a common condition among elderly female patients, significantly affecting their quality of life and daily activities. Surgical treatment is indicated for severe cases.

Objective: To evaluate the outcomes of pelvic organ prolapse treatment using surgical methods at Tam Anh General Hospital, Ho Chi Minh City.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 15 patients with POP grades II-IV. From August 2023 to November 2024, laparoscopic procedures were performed to fix the pelvic floor to the sacral

¹Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh TP. HCM
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cao Tháp
Email: caothap1988@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/12/2024
Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025
Ngày duyệt bài: 20/02/2025

promontory, fix the pelvic floor to the bilateral pectineal ligaments, or place a four-arm mesh.

Results: There were 2 cases of grade II POP, 12 cases of grade III, and 1 case of grade IV. The mean age was 62.1 ± 11.9 years. The average surgical time for laparoscopic sacral colpopexy and laparoscopic fixation to the bilateral pectineal ligaments was 257.1 minutes and 121.4 minutes, respectively, while the four-arm mesh placement took 71 minutes. The average blood loss was 52.8 ml, 28.5 ml, and 10 ml for each respective method. The mean hospital stay was 4.1 days for the two laparoscopic techniques and 3 days for four-arm mesh placement. No cases of intra-abdominal fluid collection or surgical site infection were recorded. The mean follow-up period was 7.6 ± 2.5 months.

Conclusion: Laparoscopic sacral colpopexy, laparoscopic fixation of the pelvic floor to the bilateral pectineal ligaments, and four-arm mesh placement are feasible, safe, and effective methods for treating severe pelvic organ prolapse.

Keywords: pelvic floor prolapse, pelvic organ prolapse, sacral colpopexy, bilateral pectineal ligament fixation, four-arm mesh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sinh dục là tình trạng bệnh lý phổ biến, đặc biệt ở phụ nữ lớn tuổi, phụ nữ sau sinh nhiều lần hoặc trải qua mãn kinh. Tình trạng này xuất hiện do các tổn thương tại hệ thống dây chằng, mạc chậu và cơ sàn chậu, dẫn đến suy giảm chức năng nâng đỡ của các cơ quan trong tiểu khung như bàng quang, tử cung và trực tràng. Sa sinh dục không chỉ gây ra các vấn đề về thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống, bao gồm rối loạn tiểu tiện, đại tiện và suy giảm chức năng sinh dục.

Tỷ lệ mắc sa sinh dục có sự dao động lớn, từ 3% đến 50% trong các nghiên cứu, với các yếu tố nguy cơ như tuổi cao, sinh nhiều lần, béo phì, ho mãn tính, táo bón và áp lực ổ bụng kéo dài [1]. Phương pháp điều trị phụ thuộc vào mức độ nặng của bệnh và nhu cầu của bệnh nhân, bao gồm điều trị bảo tồn hoặc can thiệp phẫu thuật. Trong các trường hợp nặng (độ III-IV theo phân loại POP-Q), phẫu thuật là lựa chọn chính yếu nhằm phục hồi vị trí giải phẫu và chức năng.

Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô xương cùng hoặc cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên, và đặt lưới 4 nhánh là những kỹ thuật tiên tiến được áp dụng rộng rãi nhờ tính hiệu quả cao và mức độ xâm lấn thấp. Kỹ thuật này sử dụng lưới nhân tạo để treo và cố định các cơ quan vùng chậu trở về vị trí giải phẫu sinh lý. Tuy nhiên, việc triển khai phương pháp này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế, chủ yếu do tính chất phức tạp của giải phẫu vùng chậu và yêu cầu cao về kỹ thuật của phẫu thuật viên.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và tính khả thi của các phương pháp phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô, cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược và đặt lưới 4 nhánh trong điều trị sa sinh dục, với mục tiêu cải thiện chất lượng sống và giảm thiểu các biến chứng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân được chẩn đoán sa sinh dục độ II, độ III và độ IV theo tiêu chuẩn phân độ ICS (1996).

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân bị sa sinh dục từ độ II trở lên, bệnh nhân có nguyện vọng giữ lại tử cung hoặc không có chỉ định cắt tử cung.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** bệnh nhân có dị tật bẩm sinh, lỗ rò ở đường tiết niệu, tiêu hóa, hoặc sinh dục, bệnh nhân có các yếu tố nghi ngờ mắc bệnh phụ khoa ác tính, bệnh nhân có chống chỉ định đối với phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu được thực hiện tại bệnh viện Đa khoa Tâm Anh HCM từ 8/2023 - 11/2024, bao gồm các bệnh nhân đạt tiêu chuẩn trên, được nghiên cứu các đặc điểm sau

- **Nội dung nghiên cứu:** tuổi, số lần sinh đẻ, chỉ số BMI, mức độ sa theo phân độ POP-Q, các triệu chứng rối loạn hệ niệu và tiêu hóa, cũng như các triệu chứng lâm sàng khác. Kết quả được đánh giá thông qua thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, tai biến và biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian rút dẫn lưu, thời gian hậu phẫu và thời gian nằm viện. Bệnh nhân được theo dõi định kỳ để đánh giá biến chứng và tỷ lệ thành công của phẫu thuật. Thành công được xác định khi mức độ sa sinh dục giảm xuống dưới độ II theo POP-Q, trong khi thất bại được định nghĩa là không có sự thay đổi hoặc tái sa tạng sau phẫu thuật.

- Phương pháp phẫu thuật:

- Nhóm phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng 4 trocar, 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm. Mở phúc mạc mặt trước móm nhô dọc theo cạnh phải trực tràng đến túi cùng Douglas, bóc tách trực tràng khỏi thành sau âm đạo đến tận cơ nâng hậu môn. Mở phúc mạc bàng quang tử cung, bóc tách bàng quang khỏi thành trước âm đạo đến tận 1/3 dưới âm đạo. Hai mảnh ghép nhân tạo chất liệu Polyvinylidene Fluoride (PVDF) lần lượt cố định vào phía trước và sau âm đạo: mảnh phía sau có hình chữ Y ngược lần lượt đính vào cơ nâng phải và trái và thành sau

âm đạo bằng chỉ prolene. Mảnh phía trước được khâu đính lần lượt vào thành trước âm đạo, cân cổ tử cung, dọc theo cạnh phải tử cung xuyên qua dây chằng rộng, đính với mảnh ghép phía sau và dây chằng trước móm nhô. Sau cùng tất cả chỗ mở phúc mạc đều được khâu lại bằng vicryl 2.0.

- Chúng tôi không quan niệm cắt tử cung trong mổ và cũng không chủ trương tiến hành đồng thời các phẫu thuật khác sửa các sa ngăn trước và ngăn sau vì nhiều trường hợp những rối loạn này sẽ cải thiện chỉ với phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô xương cùng.

- Nhóm phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật bằng 4 trocar, 2 trocar 10mm và 2 trocar 5mm. Mở lá trước dây chằng rộng sang bên trái đến thành bụng trước bên, bóc lộ dây chằng chậu lược nằm ở ngành trên xương mu tại vị trí ngay trước bó mạch chậu ngoài bên trái. Làm tương tự, bóc lộ dải chậu lược bên phải). Phẫu tích bàng quang khỏi cổ tử cung và thành trước âm đạo giới hạn hai bên tương ứng với cung gân mạc chậu, phía sau là cổ tử cung, phía trước ngăn niệu đạo sau (được tạo bởi dây chằng niệu đạo chậu: phần nằm trước mạc mu - cổ). Tạo hình mảnh ghép nhân tạo (MGNT) bằng lưới chất liệu Polyvinylidene Fluoride (PVDF) với thân có hình dạng và kích thước tương ứng với mạc mu - cổ và 2 chi sang 2 bên. Cố định MGNT vào cổ tử cung – thành trước âm đạo thay thế cấu trúc treo đáy chậu trước bằng chỉ Prolene 2.0. Lần lượt cố định 2 chi của MGNT sao cho cổ tử cung ở chính giữa tiểu khung giúp trực âm đạo - tử cung tương ứng với S2. Khâu phục hồi lại phúc mạc bằng Vicryl 2.0.

- Nhóm Phẫu thuật đặt lưới 4 nhánh: Bệnh nhân được gây tê tùy sống hoặc gây

mê, nằm tư thế sản khoa. Rạch thành trước âm đạo, bóc tách thành sau bằng quang ra khỏi thành trước âm đạo qua hai bên về phía lỗ bịt. Dùng kim chuyên dụng xuyên thích qua lỗ bịt 2 bên, soi bằng quang kiểm tra, đặt

mesh 4 nhánh. Khâu lại thành trước âm đạo, nhét gạc âm đạo có tẩm betadine, đặt thông tiểu lưu (thông tiểu và gạc thường rút trong vòng 24 tiếng sau mổ)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 8/2023 đến tháng 11/2024 chúng tôi có 15 bệnh nhân sa sinh dục từ độ II trở lên được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Trung bình - Số người (tỷ lệ %)
Tuổi	62,1 ± 11.9
Số lần sinh thường ≥ 3	12 (80%)
BMI	24,4 ± 4
Độ sa theo POP-Q	
Độ II	2 (13,3%)
Độ III	12 (80 %)
Độ IV	1 (6,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 62 tuổi. Đa số bệnh nhân sa sinh dục đều sinh ba con trở lên 80%. Chỉ số khối cơ thể không cao, BMI trung bình là 21,4. Sa sinh dục độ III chiếm 80%, sa sinh dục độ IV thấp nhất là 6,7%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Triệu chứng trên hệ tiết niệu (tiểu són, tiểu gấp, tiểu không kiểm soát)	5 trường hợp	33,3%
Triệu chứng khó chịu do khối sa khỏi âm đạo	12 trường hợp	80%
MRI	sa bàng quang độ III 1 trường hợp	6,7%
	sa tử cung độ II, sa bàng quang độ III, sa trực tràng độ II 7 trường hợp	46,7%
	sa tử cung độ III, sa bàng quang độ III 5 trường hợp	33,3%
	sa tử cung độ II, sa bàng quang độ II 2 trường hợp	13,3%
	sa tử cung độ IV, sa bàng quang độ III, sa trực tràng độ II 1 trường hợp	6,7%

Nhận xét: 33,3% bệnh nhân có triệu chứng trên hệ tiết niệu; có đến 80% bệnh nhân có triệu chứng khó chịu do khối sa âm đạo và kết quả MRI bệnh nhân sa sinh dục độ IV chiếm tỷ lệ cao nhất 6,7%.

3.2. Đánh giá kết quả

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật

	Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô	Phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên
Thời gian mổ trung bình	257,1 ± 20,3 phút	121,4 ± 7,9 phút
Lượng máu mất trung bình	52,8 ± 2,8 ml	28,6 ± 5,5 ml
Thời gian hậu phẫu trung bình	3,1 ± 0,3 ngày	3,1 ± 0,3 ngày
Thời gian nằm viện trung bình	4,1 ± 0,3 ngày	4,1 ± 0,3 ngày
Thời gian theo dõi trung bình	5,4 ± 1,7 tháng	6,1 ± 1,8 tháng

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình của phương pháp PT nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô là 257 phút và 121 phút đối với PT nội soi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên. Tất cả các ca phẫu thuật đều có lượng máu mất dưới 100 ml. Thời gian nằm viện 4,1 ngày, thời gian theo dõi trung bình 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình 62,1 ± 11,9 tuổi, với số lần sinh đẻ trung bình 3,07 ± 0,7 lần có đặc điểm phù hợp với mẫu số nghiên cứu ở những bệnh nhân sa sàn chậu là những bệnh nhân lớn tuổi, có tiền sử sinh nở nhiều. Đa phần có triệu chứng trên các hệ cơ quan sinh dục, tiết niệu. Triệu chứng thường gặp nhất là khó chịu do khối sa ra khỏi âm đạo (80 %).

Sa sinh dục mức độ nặng ($\geq$ độ III) chiếm đa số, với 80% bệnh nhân ở độ III và 6,7% ở độ IV. Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều bị sa phối hợp, có 1 bệnh nhân chỉ bị sa bàng quang. Tỷ lệ mắc bệnh ở các mức độ này cao có thể do phụ nữ thường ngại đi khám sớm các vấn đề về tiết niệu – sinh dục. Chỉ khi khối sa trôi ra ngoài màng trinh gây khó chịu và xuất hiện các triệu

chứng về vấn đề đường tiêu, bệnh nhân mới tìm đến các cơ sở y tế.

Chúng tôi sử dụng lưới với thành phần chính là Polyvinylidene Fluoride (PVDF), đã mang lại những cải tiến đáng kể trong lĩnh vực phẫu thuật điều trị sa sinh dục, đặc biệt trong các kỹ thuật phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô và cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên. Ưu điểm khi sử dụng lưới chất liệu PVDF ít kích thích mô. Ngoài ra lưới PVDF duy trì độ bền cơ học và khả năng chịu lực trong thời gian dài mà ít bị ảnh hưởng bởi môi trường oxy hóa trong cơ thể. Điều này đặc biệt quan trọng trong các phẫu thuật như phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô, nơi lưới phải chịu áp lực lớn để hỗ trợ cấu trúc vùng chậu giúp giảm nguy cơ tái phát sa sinh dục [2].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị

Thời gian phẫu thuật trung bình là 257,1 phút nhóm phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô và 121,4 phút với nhóm cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên, cao hơn so với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Văn Ân [1] và nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng. Một phần lý do là do đội ngũ bác sĩ trong đơn vị niệu nữ chúng tôi đang trong giai đoạn hoàn thiện dần kỹ thuật nên mất thời gian trong việc bóc tách tìm kiếm

các mốc giải phẫu, thêm vào đó số lượng bệnh nhân còn ít, các bệnh nhân sa sàn chậu đa phần đến khám và điều trị tại Khoa Sản, về sau lượng bệnh đông lên, đội ngũ bác sĩ niệu nữ có thêm nhiều kinh nghiệm nên thời gian mổ cũng rút ngắn lại.

Lượng máu mất trong phẫu thuật trung bình là $39,3 \pm 17,1$ ml, toàn bộ đều dưới 100 ml. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Kaori và cộng sự (2017) với mức trung bình 50 ml [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân cũng cho thấy lượng máu mất trong phẫu thuật là thấp, trung bình là 36,4 ml [4], nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng [5] trung bình là 39ml. Nhìn chung, tỷ lệ mất máu trong phẫu thuật nội soi điều trị sa sàn chậu là không cao, lượng máu mất không đáng kể. Vì cả phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô và cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên đều bóc tách các mốc giải phẫu chọn lọc và trong quá trình phẫu thuật chúng tôi tiếp cận một cách chính xác vùng cần phẫu thuật (xương cùng hoặc dây chằng chậu lược).

Thời gian nằm hậu phẫu trung bình là $3,1 \pm 0,7$ ngày, tương đương với nghiên cứu của Panel [6], và ngắn hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Dũng[5].

Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 100%, chưa ghi nhận tỷ lệ tái phát, với thời gian theo dõi trung bình 5,9 tháng. So với các nghiên cứu khác: Bacle (2011)[7] với $n = 501$, ghi nhận tỷ lệ tái phát 11,5% với thời gian theo dõi trung bình 37,2 tháng, Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) [8] với $n = 21$, chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên số bệnh nhân tái khám không đầy đủ (5 trường hợp ở tháng thứ 6, 2 trường hợp

ở tháng thứ 12, Đỗ Nguyên Phương (2010) [9] với $n = 34$ trường hợp thì chưa ghi nhận trường hợp nào sa tái phát, tuy nhiên không ghi rõ thời gian theo dõi trong bao lâu. Nguyễn Văn Ân (2014) [4] với $n = 24$, tỷ lệ tái phát 15,8% với thời gian theo dõi trung bình 20,9 tháng. Có thể do thời gian theo dõi còn ngắn nên chúng tôi chưa ghi nhận được tỷ lệ tái phát như các nghiên cứu khác.

Tái phát sau mổ là vấn đề luôn được đặt ra khi thực hiện phẫu thuật điều trị sa sinh dục. Theo tác giả Ganatra và cộng sự, tỷ lệ tái phát phải mổ lại chung cho phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô trung bình là 16%[10], Salem và cộng sự, tỷ lệ tái phát là 10,8% [11]. Trong khi đó, khi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược hai bên, theo tác giả Banerjee và Noé, tỷ lệ tái phát là 2,3% [12]. Như vậy, có thể thấy, điều trị sa sinh dục bằng cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược hai bên cho tỷ lệ tái phát thấp hơn những phương pháp trên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tái phát là 0%, như chúng tôi đã nói ở trên, có thể do thời gian theo dõi còn ngắn và số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp, nên chưa thể đánh giá đầy đủ được tỷ lệ tái phát.

Đối với PT nội soi cố định sàn chậu vào móm nhô chúng tôi sẽ chọn lựa các bệnh nhân sa sàn chậu mức độ nặng hoặc sa toàn bộ (sa bàng quang, tử cung, trực tràng), bệnh nhân đã cắt bỏ tử cung. Phương pháp này vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sa sàn chậu, tuy nhiên vẫn có một số mặt hạn chế là đòi hỏi phẫu thuật viên phải có nhiều kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật kéo dài, làm hẹp vùng chậu, gây ra các rối loạn đại tiện.

Đối với phẫu thuật nội soi cổ định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân chủ yếu sa thành trước âm đạo (sa bàng quang, sa tử cung), các bệnh nhân béo phì, và một số bệnh nhân lớn tuổi nguy cơ cao, cần thời gian phẫu thuật phải ngắn.

Với các kết quả trên cho thấy việc thực hiện phẫu thuật này an toàn và khả thi trong điều kiện của bệnh viện chúng tôi.

Những biến chứng trong mổ và sau mổ cho đến thời điểm hiện tại chúng tôi chưa gặp trường hợp nào.

Việc cắt tử cung hay bảo tồn tử cung trong sa sinh dục.

Hiện tại việc cắt tử cung hay không vẫn còn đang bàn cãi, những năm về trước, việc cắt tử cung trong sa sinh dục thường được chọn lựa bởi các nhà sản phụ khoa như Stepanian, Miklos và Moore với quan điểm luôn luôn cắt tử cung [13]. Một nghiên cứu năm 2008 của các tác giả này với cỡ mẫu 402 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cổ định sàn chậu vào mỏm nhô có 272 trường hợp đã được cắt tử cung từ trước, 130 trường hợp được cắt tử cung trong phẫu thuật.

Tuy nhiên, khuynh hướng hiện tại nhiều tác giả lựa chọn quan điểm bảo tồn tử cung. Chứng minh cho quan điểm không cần cắt bỏ tử cung là qua kết quả các nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công tương đương mà bệnh nhân không phải chịu kéo dài thời gian mổ và chịu rủi ro do phẫu thuật cắt tử cung. Hiện có rất ít báo cáo về loại phẫu thuật này, tuy nhiên đa phần các nghiên cứu được báo cáo đều ủng hộ quan điểm bảo tồn tử cung như: Agarwala (2007) [14], Sabbagh (2010) [15], ... trong nước các tác giả đều thống nhất

quan điểm bảo tồn tử cung như Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2011) [8], Đỗ Nguyên Phương (2010) [9], Nguyễn Văn Ân (2014) [4].

Quan điểm của chúng tôi là bảo tồn tử cung và kết quả cho thấy tỷ lệ thành công tương đương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 ca sa sàn chậu độ III sử dụng phương pháp đặt lưới 4 nhánh, chúng tôi quyết định lựa chọn phương pháp này vì bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh lý nền kèm theo, nguy cơ tim mạch cao, và mong muốn chỉ can thiệp tối thiểu. Kết quả MRI của bệnh nhân chỉ bị sa bàng quang, do đó việc áp dụng phương pháp này giúp giảm thiểu rủi ro liên quan đến phẫu thuật và gây mê, đồng thời tối ưu hóa an toàn và hiệu quả điều trị cho bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật của bệnh nhân này là 71 phút, lượng máu mất 60ml, thời gian nằm viện 3 ngày, tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Văn Ân thời gian mổ trung bình 30-85 phút, thời gian nằm viện 1-3 ngày, lượng máu mất trung bình 25,7 ml.

Dù hiện nay phẫu thuật ngã âm đạo để đặt mesh điều trị sa bàng quang đang gặp nhiều tranh cãi. Tuy nhiên vẫn còn rất nhiều tác giả trên thế giới tin tưởng phương pháp này vì tính an toàn và hiệu quả. Một số nghiên cứu trong nước của các tác giả Nguyễn Văn Ân (2011,2023)[16, 17], Võ Trọng Thanh Phong (2019)[18], và nghiên cứu ngoài nước của tác giả Fekete Z et al (2018)[19] với tỉ lệ thành công rất cao 95-100% mà không gặp biến chứng nặng nề, nguy hiểm.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi trong điều trị sa sinh

dục nữ mức độ nặng có tỷ lệ thành công cao, phẫu thuật có tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Tùy thuộc vào từng trường hợp cụ thể, chúng tôi lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất cho bệnh nhân. Trong đó, phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào mỏm nhô vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sa phối hợp nhờ hiệu quả lâu dài và độ tin cậy cao với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Tuy nhiên, phẫu thuật nội soi cố định sàn chậu vào dây chằng chậu lược 2 bên nổi bật như một phương pháp thay thế lý tưởng trong một số trường hợp, đặc biệt ở bệnh nhân chỉ bị sa bàng quang hoặc sa tử cung. Phương pháp này có ưu điểm vượt trội về thời gian phẫu thuật ngắn hơn và giảm đáng kể các biến chứng sau mổ như rối loạn đại tiện hay tổn thương thần kinh vùng chậu.

Đối với phẫu thuật đặt lưới 4 nhánh, dù vẫn còn một số tranh cãi, phương pháp này đã chứng minh được tính an toàn và hiệu quả nhất định. Vì vậy, đối với những bệnh nhân lớn tuổi, chỉ mắc sa bàng quang, đây vẫn là một lựa chọn đáng cân nhắc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Barber MD, M.C., Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecology J*, 2013. 24(11): p. 1783-1790.
2. Wang, Y. and P. Zhang, A comparative study of polyvinylidene fluoride and polypropylene hernia meshes in creep behavior and elasticity. *Textile Research Journal*, 2014. 84: p. 1558-1566.
3. Kaori Hoshino, K.Y., Kazuaki Nishimura, Toru Hachisuga, How to reduce the operative time of laparoscopic sacrocolpopexy ? *Gynecol Minim Invasive Ther*, 2017. 6: p. 17-19.
4. Nguyễn Văn Ân, V.T.T.P., Phạm Hữu Đoàn, Nguyễn Tế Kha, Nguyễn Ngọc Châu, Ngô Đại Hải, Phạm Phú Phát, Áp dụng phẫu thuật nội soi treo âm đạo vào mỏm nhô để điều trị sa sinh dục nặng. *Y học TPHCM*, 2014. 18(1): p. 424-429.
5. Dũng, T.N., Long, T. B., Dũng, L. Q., Phan, N. Đức, Vinh, N. T., & Âu, H. Đình., Điều trị sa sinh dục bằng cố định trực treo đáy chậu trước vào dải chậu lược hai bên qua phẫu thuật nội soi. *Tạp Chí Nghiên cứu Y học*, 2024. 178(5): p. 112-120.
6. Panel P, S.F., Roussillon E, Devins C, Brouziyne M, Abramowicz S, Glue mesh fixation: feasibility, tolerance and complication assessment. Results 24 months after laparoscopic sacrocolpopexy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2017. 46(4): p. 333-8.
7. Bacle J, P.A., Bigot P et al Laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse: A 10-year single center experience in a series of 501 cases. *Int J Urol*, 2011. 18: p. 821-826.
8. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, P.T.N., Văn Phụng Thống, Nguyễn Thị Vĩnh Thành, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Hồ Kỳ Thu Nguyệt, Nguyễn Bá Mỹ Ngọc, Đánh giá bước đầu hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật treo tử cung vào mỏm nhô xương qua nội soi ổ bụng trong điều trị sa tử cung tại bệnh viện Từ Dũ. *Y học TPHCM*, 2011. 14(2): p. 89-95.
9. Đỗ Nguyên Phương, T.Q.P., Nguyễn Thị Nga, Châu Quý Thuận, Trần Trọng Trí, Trần Ngọc Sinh Phẫu thuật nội soi ổ bụng gây tổn thương nặng hệ tiết niệu. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2010. 375: p. 554-557.
10. Ganatra AM, R.F., Sanchez-Salas R, et al., The current status of laparoscopic

- sacrocolpopexy: a review. Eur Urol, 2009. 55(5): p. 1089-1103.
11. **Salem HT, T.R., El Saman AM, et al,** Anterior abdominal wall cervicopexy for treatment of stage III and stage IV uterine prolapse. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet, 2010. 110(2): p. 130-132.
 12. **Banerjee C, N.K.,** Laparoscopic pectopexy: a new technique of prolapse surgery for obese patients. Arch Gynecol Obstet, 2011. 284(3): p. 631-635.
 13. **Stepanian AA, M.J., Moore RD, and Mattox TF** Risk of Mesh Extrusion and Other Mesh-Related Complications After Laparoscopic Sacral Colpopexy with or without Concurrent Laparoscopic-Assisted Vaginal Hysterectomy: Experience of 402 Patients. J Minim Invasive Gynecol, 2008. 15: p. 188-196.
 14. **Agarwala N, H.N., Shade M** Laparoscopic sacral colpopexy with Gynemesh as graft material--experience and results. J Minim Invasive Gynecol, 2007. 14(5): p. 577-583.
 15. **Sabbagh R, M.E., Piussan J, Brychaert PE and Le MT** Long-term anatomical and functional results of laparoscopic promontofixation for pelvic organ prolapse. BJU Int, 2010. 106: p. 861-866.
 16. **Nguyễn Văn Ân, et.al.,** Điều trị sa bàng quang mức độ nặng bằng mảnh ghép dưới bàng quang xuyên lỗ bịt. Tạp chí Y học Thực hành, 2011. 718+719: p. 364-369.
 17. **Nguyễn Văn Ân, P.H.V., Đoàn Vương Kiệt, Lê Trương Tuấn Đạt,** Hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt mesh 4 nhánh trong điều trị sa bàng quang ở phụ nữ tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023: p. 3-9.
 18. **Võ Trọng Thanh Phong, et.al.,** Đánh giá kết quả điều trị sa bàng quang ở phụ nữ bằng giá đỡ bàng quang qua lỗ bịt. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2019. 24(1): p. 192-198.
 19. **Fekete Z, et.al.,** Does anchoring vaginal mesh increase the potential for correcting stress incontinence? BMC Urology, 2018. 1: p. 33.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ HOÀNH QUA KHE THỰC QUẢN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Minh Thiện¹, Nguyễn Văn Việt Thành¹,
Lý Bảo Duy¹, Vũ Hoàng Minh Tín¹, Lê Anh Duy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị hoành qua khe thực quản bằng phẫu thuật nội soi.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca. 34 bệnh nhân có chẩn đoán là thoát vị khe thực quản và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2023 đến tháng 06/2024.

Kết quả: Độ tuổi trung bình là $67 \pm 10,9$ tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 3,86. BMI trung bình là $23,45 \pm 3,9$ kg/m². Thoát vị khe thực quản type III chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,5%. Phương pháp tạo hình phình vị bằng phương pháp Dor được sử dụng nhiều nhất với 27 bệnh nhân (chiếm 79,4%). Số bệnh nhân được đặt Mesh hỗ trợ là 5 bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình là $161,3 \pm 56,6$ phút. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là $27,8 \pm 31,9$ ml. Thời gian phục hồi ngắn. Mức độ đau sau mổ thấp. Biến chứng ít và nhẹ, được điều trị nội khoa thành công, xảy ra ở 2,9% BN: viêm phổi hậu phẫu và nhiễm trùng vết mổ. Số ngày trung bình nằm viện hậu phẫu là 5 ± 1 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị thoát vị khe thực quản an toàn về mặt kỹ thuật, ít

biến chứng và kết quả sớm tốt: phục hồi nhanh, ít đau sau mổ, biến chứng ít và nhẹ.

Từ khóa: thoát vị hoành, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

THE INITIAL OUTCOMES IN LAPAROSCOPIC REPAIR OF HIATAL HERNIA IN BINH DAN HOSPITAL

Objective: To access early outcomes of laparoscopic surgery in hiatal hernia.

Methods: The study was designed to access early outcomes of hiatal hernia by laparoscopic surgery. Retrospective, descriptive study conducted in Binh Dan hospital from January 2023 through June 2024. 34 patient records diagnosed with hiatal hernia and treated by laparoscopic repair were included.

Results: Average age was 67 ± 10.9 years old. Female to male ratio was 3.86. Average BMI populations was 23.45 ± 3.9 kg/m². Type III hiatal hernia was accounted for the highest rate at 73.5%. Dor fundoplication was the most used method with 27 patients (79.4%). The number of patients receiving mesh support was 5 patients. Average operation time was 161.3 ± 56.6 minutes. Average blood loss was 27.8 ± 31.9 ml. The average length of days hospital after surgery was 5 ± 1 day. Recovery time was short and postoperative pain level was low. Postoperative pneumonia and surgical wound infection occurred in 2.9% of patients, which successfully treated medically.

Conclusion: The laparoscopic approach for repair of hiatal hernias is a relatively safe method

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

with few complications, good early outcomes including fast recovery, less pain after surgery, few and mild complications.

Keywords: Hiatal hernia, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành xảy ra ở khoảng 10% dân số, nhưng chỉ với khoảng 10% trong số này là thoát vị khe thực quản. Với biểu hiện đa dạng từ các triệu chứng mơ hồ, không đặc hiệu do trào ngược dịch vị từ dạ dày lên thực quản, có thể là nóng rát sau xương ức, ợ chua đến những triệu chứng nghiêm trọng như: khó thở, suy hô hấp, xuất huyết nặng, thủng hay xoắn dạ dày. Ngày nay với những phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, thấy đến 30% các bệnh nhân có các triệu chứng của dạ dày là do thoát vị khe thực quản, đa số là thoát vị trượt. Thoát vị khe thực quản xảy ra ở nữ nhiều hơn gấp 4 lần nam ^[1,2]. Biến chứng nghiêm trọng là xoắn dạ dày chiếm 28% các trường hợp, gây ra nhồi máu dạ dày cấp, và có thể tiến triển thành hoại tử dạ dày, thủng dạ dày và nhiễm trùng huyết nặng dẫn đến trụ tim mạch nếu nó không được chẩn đoán nhanh chóng và xử trí tích cực ^[2]. Một vấn đề đáng chú ý là ung thư biểu mô tuyến thực quản đang gia tăng nhanh chóng trên toàn thế giới, đặc biệt là ở các quốc gia phương Tây do sự góp phần của trào ngược thực quản do thoát vị khe thực quản ^[3]. Việc điều trị thoát vị khe thực quản trước đây thường được thực hiện với đường mổ dài ở bụng, ngày nay với sự tiến bộ của phẫu thuật nội soi và các phương tiện hỗ trợ, việc điều trị thoát vị khe thực quản được thực hiện với phẫu thuật nội soi hoàn toàn và được các tác giả trên thế giới đánh

giá là phẫu thuật an toàn, ít xâm lấn, kết quả sớm tốt, thời gian nằm viện ngắn, và tỷ lệ thoát vị tái phát thấp ^[4]. Tại bệnh viện Bình Dân đã tiến hành can thiệp điều trị ngoại khoa thoát vị khe thực quản, nhưng chưa có nghiên cứu tổng hợp. Từ những vấn đề trên, chúng tôi sẽ tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu: ***“Kết quả sớm điều trị thoát vị hoành qua khe thực quản bằng phẫu thuật nội soi.”***

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

34 bệnh nhân có chẩn đoán là thoát vị khe thực quản và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2014 đến tháng 10/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.3. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân thoát vị khe thực quản được chẩn đoán và điều trị thoát vị khe thực quản bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2014 đến 10/2024.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Độ tuổi trung bình là 67 tuổi, độ lệch chuẩn là 10,9 tuổi. Nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm cao nhất với 28 bệnh nhân,. Độ tuổi bệnh nhân thấp nhất là 36 tuổi, độ tuổi cao nhất là 82 tuổi. Tương đồng với nghiên cứu

phân tích đa trung tâm của Menon và Trudgill^[5], với tuổi trung bình lớn hơn 45 tuổi là nguy cơ của mắc thoát vị khe thực quản, khác biệt với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Huy^[6] với độ tuổi trung bình là 46, có thể do trong mẫu của tác giả có giới nam nhiều hơn nữ và trong môi trường nhiều bệnh lý chấn thương. Nữ có 27 bệnh nhân, chiếm 79% (27/34). Tỷ lệ nữ/nam là 3,86, kết quả này tương đồng với nhiều tác giả khác nhưng có khác biệt với tác giả Nguyễn Quang Huy^[6] với tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

BMI trung bình là $23,45 \pm 3,9$ kg/m², nhóm bệnh nhân béo phì cũng chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu với 38,2% (13/34), phù hợp với kết quả nghiên cứu của Menon và Trudgill^[5]: thừa cân là yếu tố nguy cơ chính của thoát vị khe thực quản. Có 20/34 bệnh nhân có bệnh lý nội khoa chiếm 58,9%. Trong số đó, 14 bệnh nhân có bệnh nền là tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất (chiếm 41,2%), có nhiều bệnh nhân có bệnh nền có thể là do hầu hết bệnh nhân thoát vị khe thực quản là bệnh nhân lớn tuổi và nhiều bệnh nhân thừa cân, béo phì.

Bảng 1: Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Giới tính	Tỷ lệ Nữ/Nam = 3,86	
Độ tuổi	- Tuổi thấp nhất trong mẫu nghiên cứu là 36, tuổi cao nhất là 82. - Tuổi trung bình của cả 2 giới là $67 \pm 10,9$ tuổi. - Nhóm chiếm tỷ lệ nhiều nhất là nhóm tuổi > 60 tuổi, tỷ lệ 82,4%	
BMI (kg/m ²)	Bình thường (18,5-24,9)	19 / 34 BN (55,9%)
	Thừa cân (25-29,9)	12 / 34 BN (35,3%)
	Béo phì (≥ 30)	1 / 34 BN (2,9%)
	Trung bình	$23,45 \pm 3,9$
ASA	I	4 (11,8%)
	II	24 (70,6%)
	III	6 (17,6%)

Lý do nhập viện nhiều nhất là đau bụng thượng vị đứng hàng đầu gồm 15 bệnh nhân (chiếm 44,1%).Ợ chua, ợ nóng là triệu chứng cơ năng đứng hàng thứ 2 khiến bệnh nhân đến nhập viện chiếm 26,5%. Triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ cao nhất là đầy bụng có ở 23 bệnh nhân (chiếm 67,6%). Nôn/tiêu máu là triệu chứng cơ năng chiếm tỷ lệ thấp nhất khai thác được từ bệnh nhân 2,9% (1 bệnh nhân). Đau bụng thượng vị và ợ chua, ợ nóng là triệu chứng cùng đứng ở hàng thứ 2, ghi nhận ở 19 bệnh nhân (chiếm

55,9%). Buồn nôn, nôn và khó nuốt lần lượt ghi nhận ở 13 và 5 bệnh nhân (chiếm 38,2% và 14,7%), gần tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Huy (2023)^[5] với các triệu chứng phổ biến nhất là đau thượng vị (44%); khó nuốt (16%); ợ nóng (25%); nôn ói (76%); đau ngực (32%) và khó thở (20%). Theo Boushey và cộng sự, triệu chứng phổ biến nhất của thoát vị khe thực quản là đau vùng thượng vị với tỷ lệ 56%; tiếp theo là triệu chứng khó nuốt (40%), ợ nóng (31%) và nôn mửa (28%)

Bảng 2: Triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Triệu chứng cơ năng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đầy bụng	23	67,6
Đau bụng thượng vị	19	55,9
Trào ngược, ợ chua	19	55,9
Buồn nôn, nôn	13	38,2
Khó nuốt	5	14,7
Nôn/tiêu máu	1	2,9

Triệu chứng thực thể rất ít, ghi nhận 1 trường hợp ấn đau thượng vị (2,9%), phù hợp với kết luận của nhiều tác giả khác cho rằng thoát vị khe thực quản rất ít triệu chứng.

Chúng tôi ghi nhận 31 bệnh nhân (chiếm 91,2%) có hình ảnh dạ dày/ruột trong phim X-quang ngực thẳng. Có 29 bệnh nhân (chiếm 85,3%) được chỉ định chụp X-quang có uống cản quang, kết quả 29 bệnh nhân ghi nhận có hình ảnh thoát vị của dạ dày/ruột qua khe hoành. 32 bệnh nhân (chiếm 94,1%)

được chỉ định nội soi thực quản-dạ dày, kết quả 100% bệnh nhân ghi nhận có hình ảnh thoát vị của dạ dày/ruột trên nội soi thực quản-dạ dày. Chúng tôi ghi nhận hình ảnh mất liên tục của cơ hoành và hình ảnh dạ dày, ruột trên lồng ngực khi chụp MSCT trên 100% bệnh nhân. (34 bệnh nhân). Qua đó, chúng ta thấy được hiệu quả cao của chụp Xquang có uống cản quang, nội soi thực quản-dạ dày và MSCT bụng trong chẩn đoán bệnh.

Bảng 3: Hình ảnh học chẩn đoán bệnh thoát vị khe thực quản

Hình ảnh học	Số BN	Tỉ lệ thấy tổn thương (%)
X quang ngực thẳng	31	91,2%
X quang có uống cản quang	29/34	100%
Nội soi thực quản – dạ dày	32/34	100%
Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CT scan)	34	100%

3.2. Kết quả và bàn luận

Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ là thoát vị khe thực quản nhóm III chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,5% (25/34); đứng thứ hai là nhóm I và nhóm II với 11,8% (4/34); chiếm tỷ lệ ít nhất là nhóm IV với 1 bệnh nhân (2,9%). Tất cả 34 bệnh nhân điều trị phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị hoành qua khe thực quản bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ngã bụng. Phương pháp tạo hình phình vị bằng phương pháp Dor được sử dụng nhiều nhất với 27 bệnh nhân (chiếm 79,4%). Phương pháp tạo hình phình vị bằng phương pháp Nissen và Toupet chiếm tỉ lệ lần lượt là 8,8% (3/34) và 11,8% (4/34).

Bệnh nhân không đặt Mesh chiếm tỉ lệ lớn trong nghiên cứu là 29 bệnh nhân (chiếm 85,3%). Số bệnh nhân được đặt Mesh hỗ trợ là 5 bệnh nhân (chiếm 14,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $161,3 \pm 56,6$ phút, thời gian mổ ngắn nhất là 90 phút ở 4 trường hợp (chiếm 11,8%), thời gian mổ dài nhất là 330 phút ở 1 trường hợp (chiếm 2,9%), kết quả tương tự của tác giả Nguyễn Quang Huy^[6] với thời gian phẫu thuật trung bình 130 phút. Lượng máu mất trung bình trong nghiên cứu là $27,8 \pm 31,9$ ml, lượng máu mất nhiều nhất là 200ml ở 1 bệnh nhân (chiếm 2,9%), lượng máu mất ít nhất là 5 ml ở 1 bệnh nhân (chiếm 2,9%).

Số ngày trung bình sử dụng thuốc giảm đau truyền hậu phẫu của bệnh nhân là $2,68 \pm 0,98$ ngày, nhiều nhất là 5 ngày ở 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%) và ít nhất là 1 ngày ở 2 bệnh nhân (chiếm 5,8%). Thời gian trung bình bệnh nhân có trung tiện lại là $1,85 \pm 0,5$ ngày, sớm nhất vào ngày hậu phẫu 1 chiếm 20,6% (7 bệnh nhân), muộn nhất là ngày hậu phẫu 3 chiếm 5,9% (2 bệnh nhân). Số ngày trung bình bệnh nhân ăn lại đường miệng là $1,91 \pm 0,57$ ngày, sớm nhất là ngày hậu phẫu 1 có 7 bệnh nhân (chiếm 20,6%) và hậu phẫu 3 là thời gian muộn nhất mà bệnh nhân ăn lại bằng đường miệng gồm 4 bệnh nhân (chiếm 11,8%).

Số ngày trung bình nằm viện hậu phẫu là 5 ± 1 ngày, số ngày hậu phẫu dài nhất là 7 ngày ở 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%). Bệnh nhân có số ngày hậu phẫu ngắn nhất là 3 ngày gồm 2 bệnh nhân (chiếm 5,9%), ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Dimitrios (2015) [8] với thời gian trung bình 9 ngày.

Ở 19 bệnh nhân được đặt dẫn lưu ổ bụng: bệnh nhân được rút dẫn lưu ở ngày hậu phẫu

2 gồm 5 bệnh nhân (chiếm 14,7%), ngày hậu phẫu 3 là 13 bệnh nhân (38,2%), bệnh nhân được rút dẫn lưu bụng muộn nhất là ở ngày hậu phẫu 4 là 1 bệnh nhân (2,9%). Số ngày trung bình rút dẫn lưu ổ bụng ở nhóm bệnh nhân được đặt dẫn lưu ổ bụng là $2,8 \pm 0,54$ ngày.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bị viêm phổi hậu phẫu và nhiễm trùng vết mổ (2,9%) và 1 trường hợp mất máu nhiều trong mổ 1 trường hợp (2,9%), mất máu nhiều trong phẫu thuật (ghi nhận mất 200ml máu trong phẫu thuật), bệnh nhân chỉ cần theo dõi, không cần truyền máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không ghi nhận trường hợp bệnh nhân bị tràn dịch-khí màng phổi trong quá trình theo dõi hậu phẫu. Kết quả tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Quang Huy (2023) [5] với biến chứng nhỏ hoặc lớn xảy ra ở 3 bệnh nhân với 12% liên quan đến tình trạng nôn ói kéo dài sau mổ và tất cả 3 bệnh nhân đều phục hồi trong vòng 2 tuần với điều trị nội khoa và không có bệnh nhân nào tử vong.

Bảng 4: Đặc điểm hậu phẫu của bệnh nhân

Số ngày	Trung bình (ngày)	Dài nhất (ngày)	Ngắn nhất (ngày)
Sử dụng thuốc giảm đau truyền	$2,68 \pm 0,98$	1 (5,9%)	5 (5,9%)
Bệnh nhân trung tiện lại	$1,85 \pm 0,5$	1 (20,6%)	3 (5,9%)
Ăn uống lại đường miệng	$1,91 \pm 0,57$	1 (20,6%)	3 (11,8%)
Số ngày nằm viện sau phẫu thuật	5 ± 1	3 (5,9%)	7 (5,9%)
Thời gian rút dẫn lưu bụng	$2,8 \pm 0,54$ (19 BN)	2 (14,7%)	4 (2,9%)

IV. KẾT LUẬN

Thoát vị khe thực quản xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi (trung bình: 67 tuổi), nữ tỉ lệ nhiều hơn nam, tỉ lệ nữ/nam là 4, thừa cân, béo phì chiếm tỉ lệ cao 50%. Triệu chứng

khiến bệnh nhân đến khám nhiều là đau thượng vị, tiếp đến là ợ chua, ợ nóng. Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn khi thăm khám trên bệnh nhân thoát vị khe cạnh thực quản. Các cận lâm sàng: X-quang có uống cản

quang, nội soi thực quản-dạ dày, CT-scan góp phần quan trọng và cần thiết để chẩn đoán xác định thoát vị khe thực quản.

Về phẫu thuật điều trị thoát vị khe thực quản, thời gian mổ ngắn, trung bình 160 phút, lượng máu mất trong phẫu thuật ít. Bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ; thời gian sử dụng thuốc giảm đau truyền sau mổ ngắn, thời gian bệnh nhân có lại trung tiện sớm, bệnh nhân ăn uống lại sớm, thời gian nằm viện hậu phẫu ngắn. Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật rất ít, không có bệnh nhân nào tử vong sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Công Minh.** Cập Nhật Điều Trị Các Bệnh Lồng Ngực Trung Thất Mạch Máu. 2014.
2. **Fischer JE.** Fischer's Mastery of Surgery. 7th ed. 2019.
3. **McLaren PJ, Dolan JP.** Esophagectomy as a Treatment Consideration for Early-Stage Esophageal Cancer and High-Grade Dysplasia. Journal of laparoendoscopic & advanced surgical techniques Part A. Oct 2016;26(10): 757-762. doi:10.1089/lap.2016.29010.pjm
4. **Đỗ Minh Hùng, et al.** Kết quả bước đầu trong điều trị thoát vị khe hoành bằng phẫu thuật nội soi. Nghiên cứu Y học Y Học TP Hồ Chí Minh. 2016; Phụ Bản Tập 20:20 (2016):238-243.
5. **Menon S, Trudgill N.** Risk factors in the aetiology of hiatus hernia: a meta-analysis. European journal of gastroenterology & hepatology. Feb 2011;23(2):133-8. doi:10.1097/MEG.0b013e3283426f57
6. **Huy NQ, Toan DK, Hien TT, Khoa HDD, Hung MDJBMJ.** The initial outcomes of laparoscopic surgery for the hiatal hernia repair: a tertiary center study. 2023;13(1):231-234.
7. **Boushey RP, Moloo H, Burpee S, et al.** Laparoscopic repair of paraesophageal hernias: a Canadian experience. Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie. Oct 2008;51(5):355-60.
8. **Prassas D, Rolfs TM, Schumacher FJ.** Laparoscopic repair of giant hiatal hernia. A single center experience. International journal of surgery (London, England). Aug 2015;20: 149-52. doi:10.1016/j.ijssu.2015.06.067

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO KDIGO 2024

Lê Thị Đan Thùy¹, Lê Thùy Dương¹, Hình Mỹ Phụng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn là một biến chứng vi mạch nghiêm trọng thường gặp nhất ở bệnh nhân đái tháo đường. Bệnh diễn tiến nhanh đến suy thận đoạn cuối, tăng nhu cầu điều trị thay thế thận, tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch và tử vong, ảnh hưởng đến chất lượng sống, tăng gánh nặng chi phí y tế.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan y văn.

Kết quả: Cơ chế bệnh sinh phức tạp với sự tương tác theo các mức độ khác nhau của ba yếu tố: rối loạn huyết động tại cầu thận, viêm và rối loạn chuyển hóa. Thông qua dữ kiện từ nhiều nghiên cứu lớn, KDIGO 2024 đã công nhận 4 nhóm thuốc được ưu tiên sử dụng trong quản lý bệnh thận đái tháo đường, mà một số tác giả gọi là “tứ trụ”: ức chế men chuyển/ức chế thụ thể, ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-Glucose, ức chế thụ thể mineralocorticoid, đồng vận Glucagon-like-peptide 1. “Tứ trụ” này khi sử dụng thuần thực, cá thể hóa từng bệnh nhân giúp giảm đạm niệu, giảm tốc độ suy giảm độ lọc cầu thận, kéo dài thời gian phải chạy thận, bảo vệ tim mạch và cải thiện tiên lượng tử vong.

Kết luận: Việc hiểu hơn về cơ chế bệnh sinh đã mở ra tương lai mới cho bệnh thận đái tháo

đường. Việc quản lý và điều trị bệnh thận mạn đái tháo đường cần được cá thể hóa, kết hợp nhịp nhàng các yếu tố: điều chỉnh lối sống, kiểm soát huyết áp, đường huyết, liệu pháp statin và các thuốc thuộc “tứ trụ” là nhiệm vụ cần thiết của nhà lâm sàng.

Từ khóa: bệnh thận mạn, đái tháo đường, bệnh thận đái tháo đường, KDIGO 2024, ADA, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, ức chế kênh SGLT2, đồng vận GLP 1, ức chế mineralocorticoid.

SUMMARY

MANAGEMENT OF DIABETIC KIDNEY DISEASE: UPDATE FROM KDIGO 2024

Background: Diabetic kidney disease is a serious microvascular complication commonly associated with diabetes patients. It can rapidly progress to end-stage kidney disease, increasing the need for renal replacement therapy, cardiovascular risk, and mortality. This condition significantly impacts the quality of life and burdens on healthcare systems.

Research method: Literature reviews.

Result: The complexity mechanism is characterized by three factors: hemodynamic, metabolic, and inflammation. Based on data from many large studies, KDIGO 2024 has recognized four main drug classes as a priority in the management of diabetic kidney disease, known as the "quadruple therapy": Angiotensin-Converting Enzyme inhibitors/Angiotensin Receptor Blockers, Sodium-Glucose Cotransporter 2 inhibitors, Glucagon-Like

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Đan Thùy

SĐT: 0918336606

Email: bsdanthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Peptide-1 receptor agonists, Mineralocorticoid Receptor Antagonists. The combination of "quadruple therapy" can slow the progression of kidney disease, reduce cardiovascular risk, and improve overall patient outcomes.

Conclusion: The understanding of the pathophysiology of diabetic kidney disease has opened up new chances for its treatment. The management should be individualized, combining lifestyle modifications, dietary adjustments, smoking cessation, blood pressure and blood glucose control, lipid management, and key drug classes. This is an essential task for clinicians.

Keywords: chronic kidney disease, diabetes, diabetic kidney disease, KDIGO 2024, ADA, Angiotensin-converting enzyme inhibitors/Angiotensin receptor blockers, Sodium-Glucose cotransporter 2 inhibitors, Glucagon-like-peptide-1 receptor agonists, Mineralocorticoid receptor antagonists.

I. TỔNG QUAN VỀ BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Bệnh thận mạn (BTM) là một biến chứng lâu dài nặng nề, gặp ở 40% bệnh nhân (BN) đái tháo đường (ĐTĐ). Với lối sống hiện đại, số BN mắc ĐTĐ típ 2 ngày càng tăng kéo theo tỷ lệ mắc bệnh thận đái tháo đường (BTĐTĐ) tăng 74% từ 1990 đến 2017. BTĐTĐ diễn tiến nhanh đến suy thận giai đoạn cuối, làm giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ tử vong và gánh nặng chi phí nhưng bệnh thường bị bỏ sót hoặc chưa được quan tâm đúng mức.¹

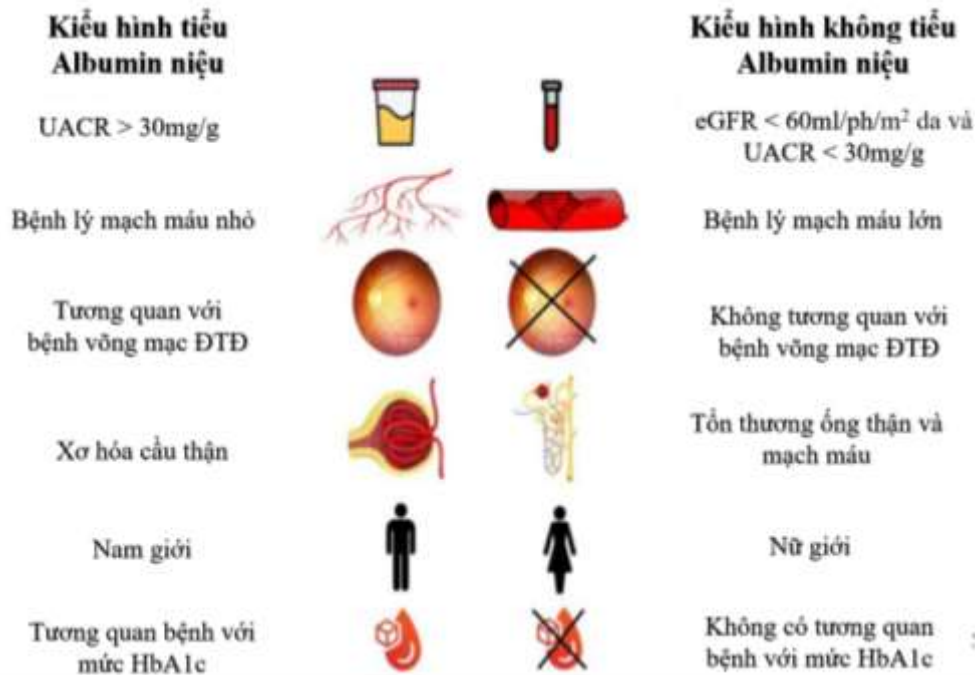
Theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA), BTĐTĐ là chẩn đoán lâm sàng khi xuất hiện albumin niệu và/hoặc giảm eGFR ở BN ĐTĐ

và không có dấu hiệu gợi ý nguyên nhân khác gây tổn thương thận.² Trong khuôn khổ bài tổng quan này, chúng tôi muốn đề cập đến cơ chế bệnh sinh và các cập nhật mới trong điều trị BTĐTĐ, cụ thể ĐTĐ típ 2.

BTĐTĐ làm tăng gấp ba lần nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân và giảm 16 năm tuổi thọ so với dân số chung. Mức giảm độ lọc cầu thận ước tính (estimated glomerular filtration rate – eGFR) và lượng albumin niệu là yếu tố tiên lượng độc lập về sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do tim mạch, sự hiện diện của cả hai yếu tố làm tăng nguy cơ theo cấp số nhân.³

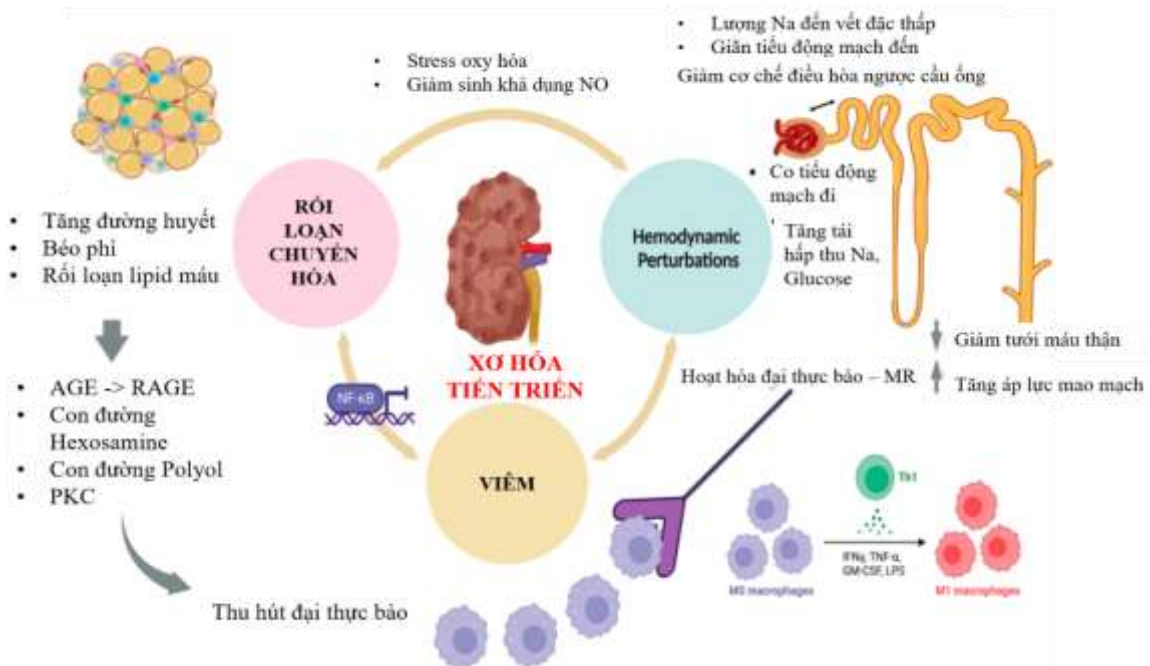
II. CƠ CHẾ BỆNH SINH BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

BTĐTĐ được chia thành hai thể bệnh: albumin niệu và không albumin niệu.⁴ Thể bệnh albumin niệu - cổ điển thường gặp ở nam, đặc trưng với: tiểu đạm, tổn thương mạch máu nhỏ, bệnh vồng mạc ĐTĐ, có sự tương quan giữa mức HbA1c và tiên lượng bệnh. Hình ảnh mô bệnh học đặc trưng của tổn thương cầu thận do ĐTĐ: dày màng đáy cầu thận, giãn vùng gian mạch, có hoặc không xơ hóa dạng nốt (tổn thương Kimmelstiel–Wilson), mất tế bào biểu mô cầu thận, phá vỡ nội mô, và mất nephron.⁴ Thể bệnh không albumin niệu thường gặp ở nữ, đặc trưng với: không tiểu đạm, tổn thương mạch máu lớn (xơ vữa động mạch), ít gặp bệnh vồng mạc ĐTĐ và độ nặng của bệnh không tương quan mức HbA1, sang thương mô học là tổn thương mạch máu không điển hình và/hoặc xơ hóa ống thận mô kẽ, cầu thận còn tương đối nguyên vẹn (Hình 1).⁴



BTĐTĐ với cơ chế cổ điển gồm tăng lọc, khởi đầu với albumin niệu, giảm chức năng thận, cuối cùng là suy thận giai đoạn cuối (STGĐC). Theo các nghiên cứu gần đây, cơ chế bệnh sinh của BTĐTĐ còn bắt nguồn từ sự tương tác ba quá trình chính gồm: rối loạn

huyết động tại cầu thận, rối loạn chuyển hóa và viêm. Vị trí và vai trò của các yếu tố này tham gia vào quá trình bệnh lý khác nhau tùy vào di truyền của từng cá thể (Hình 2).³ Từ đó ta thấy những điểm mới về tính cá thể hóa trong điều trị BTĐTĐ.



Rối loạn huyết động đóng vai trò trung tâm trong tổn thương cầu thận, cân bằng huyết động tại cầu thận quyết định đến cân bằng nội môi tại cầu thận, được điều hòa bởi hệ thống Renin – Angiotensin – Aldosterone (Renin - Angiotensin - Aldosterone system – RAAS). Tăng áp lực lọc cầu thận do nồng độ Angiotensin II (Ang-II) cao thường xuất hiện sớm, gặp ở 40% BN ĐTĐ típ 2. Ngoài ra, Ang-II còn tổn thương thận qua các cơ chế không liên quan huyết động, như: tăng sinh tế bào, phì đại và giãn rộng chất nền ngoại bào, tăng tổng hợp các cytokine (TGF β , VEGF), chết các tế bào chân giả, tăng phản ứng viêm. Do đó, thuốc ức chế RAAS gồm ức chế men chuyển/ức chế thụ thể (ƯCMC/UCTT) giúp bảo vệ thận trước cả hai con đường tổn thương thận của Ang-II, làm giảm hoạt động angiotensin, giãn tiểu động mạch đi, giảm hoạt động giao cảm, và giảm tái cấu trúc cơ tim.^{3,5}

Tình trạng đề kháng insulin ở BN ĐTĐ khiến glucose máu tăng cao dẫn đến: mất cân bằng cung cầu oxy gây rối loạn chức năng ty thể tế bào cầu thận, tích tụ các sản phẩm glycat hóa bền vững (Advanced Glycation Endproducts – AGEs). Các thụ thể AGEs có ở đại thực bào, cầu thận khi kích hoạt làm giảm độ sinh khả dụng oxit nitric gây giảm khả năng giãn mạch, rối loạn chức năng tế bào chân giả và tế bào ống thận, tăng các cytokine tiền viêm, tăng xơ hóa cầu thận.^{3,5} Ngoài ra, nồng độ glucose tại ống lượn gần cao kết hợp với Ang-II gây phì đại ống lượn gần dẫn đến điều hòa tăng kênh đồng vận chuyển Natri-Glucose 1 và 2 (Sodium-Glucose Cotransporter – SGLT1, 2) để hấp thu tối đa glucose và natri, khiến nồng độ natri giảm tại các nhánh lên quai Henle, ống lượn xa và ống góp gây ức chế cơ chế điều hòa ngược cầu – ống. Do đó, nhóm ức chế

kênh SGLT2 (SGLT2 inhibitor – SGLT2i) ngăn chặn tái hấp thu glucose ở ống lượn gần giúp phục hồi cơ chế điều hòa ngược cầu – ống, giảm áp lực cầu thận, ổn định chức năng ty thể, giảm stress oxy hóa, giảm viêm, xơ hóa, từ đó giảm đạm niệu.^{3,6}

Ngoài ra, tình trạng rối loạn lipid máu, hội chứng chuyển hóa ở BN thừa cân – béo phì làm tăng stress oxy hóa và phản ứng viêm, kích hoạt thụ thể Mineralocorticoid (Mineralocorticoid receptor – MR) của đại thực bào, tăng phiên mã các gen gây xơ hóa (PAI-1, TGF- β 1,...). Tình trạng tăng tiết aldosterone không phù hợp kết hợp với lượng natri cao dẫn đến tăng huyết áp, trực tiếp gây tổn thương cầu thận và xơ hóa, góp phần vào sự tiến triển của BTĐTĐ. Do đó, nhóm thuốc đối vận MR (Mineralocorticoid receptor antagonist – MRA) kháng aldosterone, giảm Natri máu, giúp giảm viêm, giảm xơ hóa từ đó giúp giảm đạm niệu.^{3,5}

III. TẦM SOÁT VÀ CHẨN ĐOÁN

ADA và KDIGO khuyến cáo cần sàng lọc BTĐTĐ tại thời điểm chẩn đoán với ĐTĐ típ 2 và sau 5 năm với típ 1. Phương pháp tầm soát bao gồm định lượng eGFR và chỉ số ACR (albumin/creatinine) mẫu nước tiểu bất kỳ và loại trừ nguyên nhân gây khác gây BTM ở những bệnh nhân không có biểu hiện điển hình của BTĐTĐ như dấu hiệu bệnh lý hệ thống, không có bệnh vồng mạc hoặc các dấu hiệu ít gặp ở BTĐTĐ (tiểu máu từ cầu thận, giảm nhanh eGFR hoặc albumin niệu, xét nghiệm huyết thanh bất thường).⁸

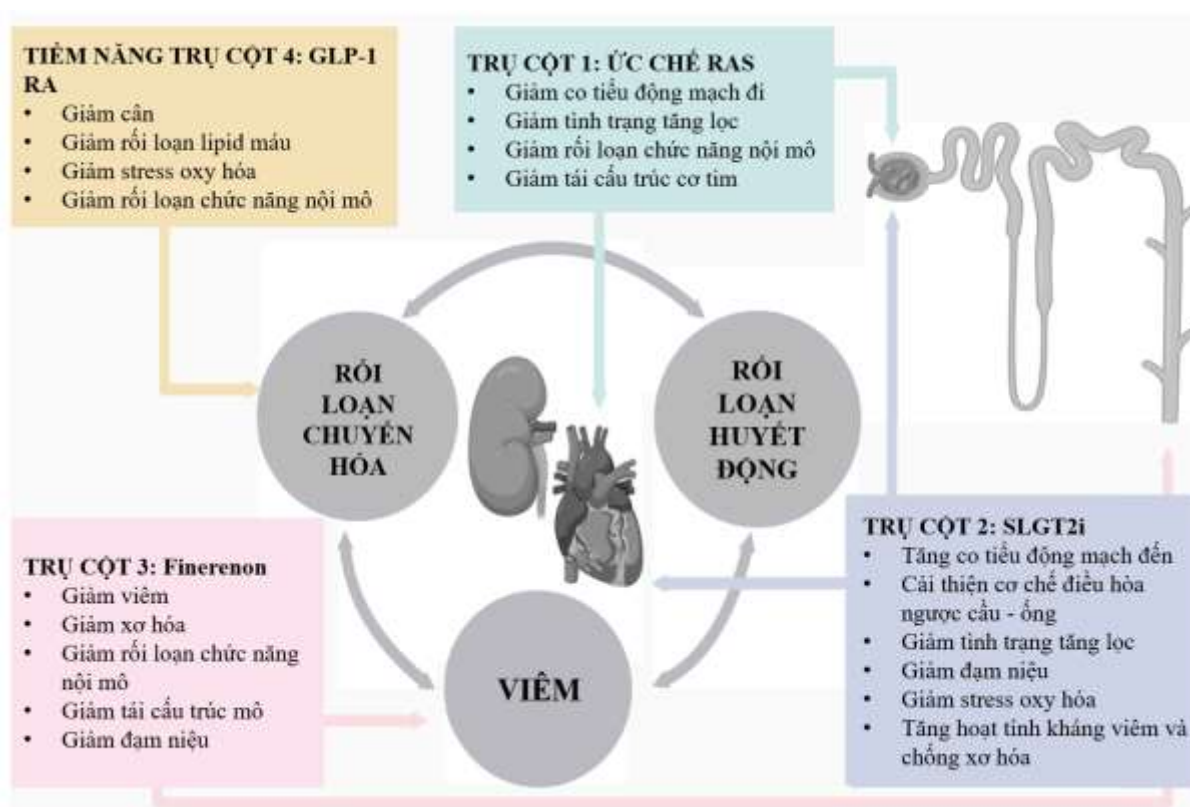
IV. ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị BTĐTĐ làm giảm nguy cơ mắc bệnh tim mạch, làm chậm tốc độ suy thận, kéo dài thời gian trước lọc máu. Do cơ

chế bệnh sinh phức tạp và khác nhau giữa từng cá thể, nên việc tiếp cận toàn diện trong điều trị và quản lý bệnh giúp cải thiện tiên lượng. ADA và KDIGO khuyến cáo tất cả BN ĐTĐ cần được quản lý và điều trị gồm: (1) thay đổi lối sống với vai trò chủ chốt của liệu pháp dinh dưỡng, hoạt động thể chất và ngưng thuốc lá; (2) kiểm soát đường huyết với mục tiêu HbA1c được cá thể hóa từ < 6.5% đến < 8%, dựa vào mức độ suy thận, biến chứng mạch máu lớn, các bệnh lý

đồng mắc, nguy cơ hạ đường huyết, mức độ hợp tác và kỳ vọng sống; (3) kiểm soát huyết áp với mục tiêu huyết áp tâm thu <120 mm Hg, ưu tiên UCMC/UCTT liều cao nhất có thể dung nạp; (4) liệu pháp statin được khuyến cáo cho tất cả BN ĐTĐ và BTM nhằm phòng ngừa các biến cố tim mạch do xơ vữa.^{7,8}

Các “trụ cột” trong quản lý bệnh thận đái tháo đường



Hình 3. Bốn nhóm thuốc trụ cột trong điều trị ĐTĐ

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc giảm albumin niệu giúp làm chậm tiến triển ĐTĐ, giảm biến cố tim mạch. Với sự ra đời của nhiều nhóm thuốc mới, khái niệm về các “trụ cột” trong điều trị ĐTĐ ra đời. Bốn thuốc trụ cột gồm: ức chế hệ RAS (UCMC/UCTT), ức chế SGLT2, đối vận

Nonsteroidal Mineralocorticoid Receptor và đồng vận GLP 1.

Trụ cột 1: Ức chế hệ RAS

Thử nghiệm Captopril (1993) là nghiên cứu đầu tiên chứng minh vai trò của UCMC trong làm giảm albumin niệu, bảo vệ thận và làm chậm diễn tiến ĐTĐ. Nghiên cứu IRMA (2001) trên BN có tiểu đái vi niệu

chứng minh Irbesartan làm giảm nguy cơ tiến triển tiểu đái tháo đường, giảm gần gấp ba lần với liều tối đa.⁹ Từ đó, nhiều nghiên cứu chính minh vai trò UCMC/UCTT trong bảo vệ thận (bảng 1)⁹. KDIGO và ADA khuyến cáo sử dụng UCMC/UCTT như liệu pháp

đầu tay ở những BN ĐTĐ có tăng huyết áp và tiểu đái tháo đường với liều tối đa có thể dung nạp.^{7,8,10} Tuy nhiên, mức eGFR giảm 4 mL/phút/năm khá khiêm tốn, vẫn còn nguy cơ BTĐTĐ diễn tiến, từ đó đã thúc đẩy các nghiên cứu về nhóm thuốc khác.

Bảng 1. Các nghiên cứu chứng minh hiệu quả của UCMC/UCTT trong bảo vệ thận trên BN BTĐTĐ⁹

Nghiên cứu	Phương pháp can thiệp	Nhóm chứng	Kết quả
RENAAL (2001)	Losartan	Giả dược	Giảm 25% tăng gấp đôi creatinin máu. Giảm 28% STGĐC. Giảm albumin niệu 28%.
IDNT (2005)	Irbesartan	Amlodipine và giả dược	Giảm hơn 20%: creatinin máu tăng gấp đôi, STGĐC và tử vong do nguyên nhân bất kỳ

Trụ cột 2: Ức chế kênh SGLT2

SGLT2-i đóng vai trò như trụ cột thứ 2 trong làm chậm diễn tiến của BTĐTĐ. SGLT2-i lần đầu tiên được chứng minh hiệu quả trên kết cục bệnh thận qua nghiên cứu CREDENCE. Canagliflozin làm giảm nguy cơ mắc biến cố thận 34%, giảm nguy cơ STGĐC 32%, giảm nguy cơ tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ hoặc nhập viện vì suy tim.¹¹ Dapagliflozin với nghiên cứu DAPA-CKD cho thấy giảm 44% biến cố thận và giảm 29% nguy cơ tử vong do tim mạch.¹² Gần đây nhất, nghiên cứu EMPA-KIDNEY một lần nữa khẳng định mạnh mẽ vai trò của SGLT2-i với Empagliflozin làm giảm nguy cơ tiến triển STGĐC hoặc tử vong do tim mạch 28%, giảm 14% nguy cơ nhập viện do nguyên nhân bất kỳ.¹³ Các dữ liệu cho thấy SGLT2-i kết hợp với UCMC/UCTT giảm suy thận tiến triển gần 30–40% so với đơn trị UCMC/UCTT. Tác dụng phụ chủ yếu là tăng nguy cơ nhiễm trùng niệu dục, cần hướng dẫn BN bù đủ nước và vệ sinh cá nhân.

Trụ cột 3: Đối vận Non-Steroidal Mineralocorticoid Receptor (ns-MRA)

Việc điều trị UCMC/UCTT lâu dài gây tích tụ renin, tăng tiết Aldosterone dẫn đến “thoát” Aldosterone bằng cách vượt qua sự ức chế RAS hoặc bằng con đường không thông qua hệ RAS. MRA kháng Aldosterone, làm giảm viêm, xơ hóa, giảm rối loạn chức năng nội mô và giảm đái tháo đường. Tuy nhiên, các MRA thế hệ cũ như Spironolacton có nguy cơ tăng Kali máu. Finerenone thuộc nhóm non-steroid mineralocorticoid (ns-MRA) mới, với nhiều đặc tính được lý như thời gian bán hủy ngắn, chọn lọc trên tim, hiệu quả chống viêm, xơ hóa vượt trội, không thấm qua hàng rào máu não, không ảnh hưởng chức năng sinh dục, chuyển hóa và ít tăng Kali máu.³ Hiệu quả bảo vệ tim và thận của Finerenon chứng minh qua nhiều nghiên cứu (bảng 2). Ở BN ĐTĐ2, việc kết hợp UCMC/UCTT với MRA giúp giảm gần 50% albumin niệu và duy trì tác dụng bảo vệ thận.³

Bảng 2. Nghiên cứu FIDELIO-DKD và FIGARO-DKD^{14, 15}

Nghiên cứu	FIDELIO-DKD ¹⁴ (Finerenon)	FIGARO-DKD ¹⁵ (Finerenon)
Đối tượng	BN BTĐTĐ, eGFR trung bình 44 ml/ph/1.73m ² da.	BN BTĐTĐ, eGFR trung bình 68 ml/ph/1.73m ² da.
Kết cục chính	Suy thận, giảm liên tục $\geq 40\%$ eFR, tử vong do thận.	Tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ hoặc nhập viện vì suy tim
Kết cục phụ	Tử vong do tim mạch, nhồi máu cơ tim, đột quỵ hoặc nhập viện vì suy tim.	Suy thận, giảm liên tục $\geq 40\%$ GFR, tử vong do thận.
Kết quả	Giảm kết cục chính 18%. Giảm kết cục phụ 14%. Giảm đạm niệu. Không tăng Kali máu.	Giảm kết cục chính 13%. Giảm kết cục phụ 14%.

Trụ cột 4: Chất chủ vận thụ thể GLP1 (GLP1-RA)

Glucagon-like-peptide 1 (GLP 1) là hormone incretin sản xuất ở ruột non và đại tràng. Thụ thể GLP 1 có trong nhiều mô, khi kích hoạt sẽ kích thích tăng tiết insulin, giải phóng glucagon phụ thuộc vào glucose, giảm chết tế bào beta tụy, tăng natri niệu và lợi tiểu. GLP 1 tự nhiên có thời gian bán hủy ngắn, bị phân hủy bởi các enzyme dipeptidyl-peptidase IV (DPP IV). Các chất chủ vận thụ thể GLP 1 (GLP 1 receptor agonist, GLP 1 – RA) được tổng hợp từ

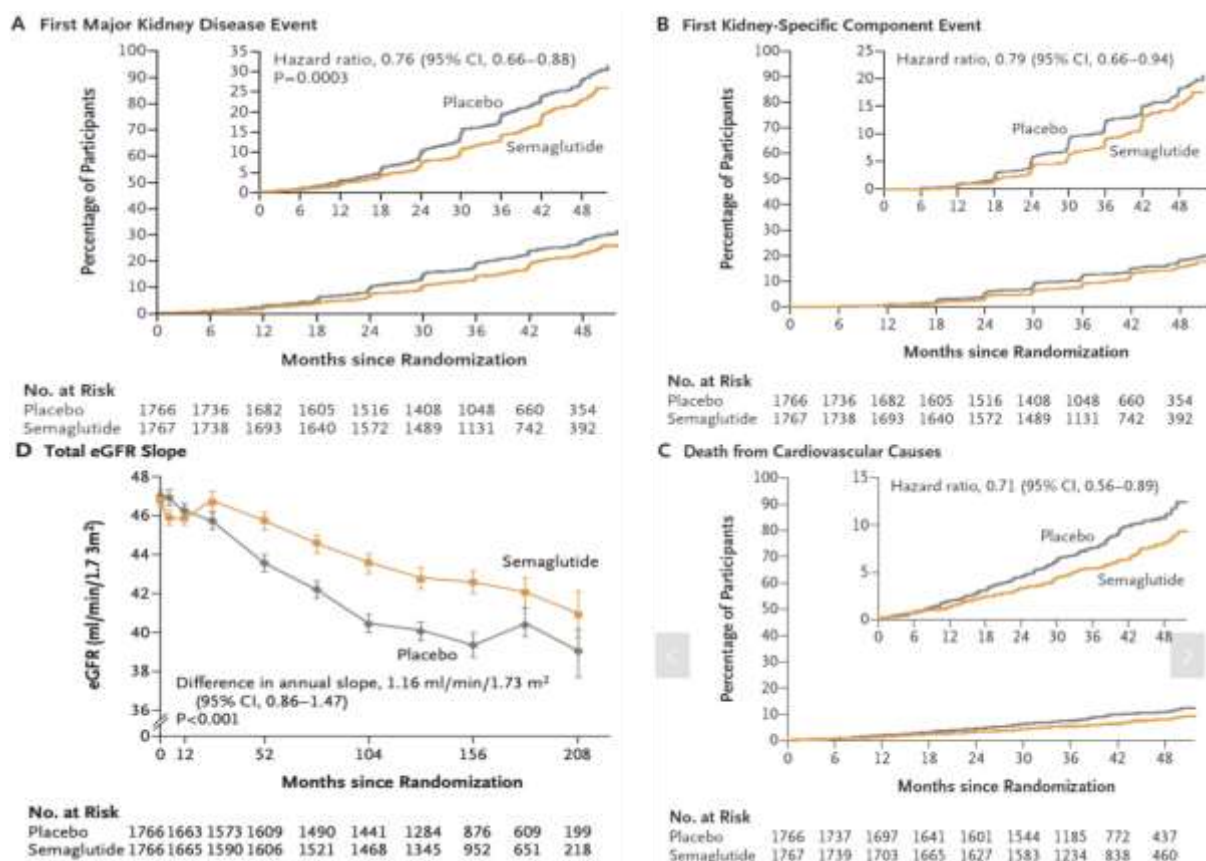
exendin-4 từ nước bọt của thằn lằn Gila, hoặc các chất tương tự có khả năng chống lại sự phân hủy DPP IV, có vai trò giảm cân thông qua tăng cảm giác no, giảm thèm ăn, làm chậm quá trình làm rỗng dạ dày và tăng sinh nhiệt mô mỡ. GLP1-RA nổi lên gần đây, được xem như 1 trụ cột thứ tư với nhiều tiềm năng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh rằng GLP-1 RA làm giảm đáng kể các biến cố tim mạch do xơ vữa (bảng 3).^{16,17} Từ đó, ADA khuyến cáo nên kết hợp GLP-1 RA ở BN ĐTĐ, xơ vữa động mạch và/hoặc nguy cơ cao mắc các biến cố tim mạch.⁷

Bảng 3. Nghiên cứu SUSTAIN-6 và LEADER

Nghiên cứu	Thuốc	Đối tượng	Kết quả (kết cục thận là phụ)
SUSTAIN-6 ¹⁶	Semaglutide	BN ĐTĐ kèm bệnh tim mạch	Giảm 24% albumin niệu từ mức nền. Làm chậm tốc độ giảm GFR hằng năm 0,87 mL/min/1.73 m ² Giảm 40% nguy cơ tụt eGFR kéo dài
LEADER ¹⁷	Liraglutide	BN BTĐTĐ kèm bệnh tim mạch	Giảm 24% albumin niệu từ mức nền. Làm chậm tốc độ giảm GFR hằng năm 0,26 mL/min/1.73 m ² Giảm 50% nguy cơ tụt eGFR kéo dài

Nghiên cứu FLOW là nghiên cứu đầu tiên để đánh giá kết cục chính ở thận, đã kết thúc sớm do bằng chứng bảo vệ thận rõ ràng của Semaglutide. Theo các báo cáo được cập nhật gần đây, nghiên cứu FLOW cho thấy nguy cơ xảy ra biến cố chính (gồm khởi phát suy thận với eGFR <15 ml/phút 1,73m² kéo dài > 28 ngày hoặc lọc máu/ghép thận; giảm

eGFR dai dẳng $\geq 50\%$ so với nền; tử vong do thận hoặc bệnh tim mạch) thấp hơn 24% so với nhóm giả dược. Các biến cố khác đều ủng hộ semaglutide: tốc độ giảm eGFR hàng năm chậm hơn là 1,16 ml/phút/1,73m², nguy cơ mắc các biến cố tim mạch lớn thấp hơn 18% và nguy cơ tử vong do nguyên nhân bất kỳ thấp hơn 20%.



Hình 4. Kết quả nghiên cứu FLOW

A, B – Biến cố chính tại thận. C – Tử vong do tim mạch. D – Mức độ giảm và trung eGFR

V. VAI TRÒ PHỐI HỢP THUỐC TRÊN LÂM SÀNG

Với cơ chế bệnh sinh phức tạp, nhiều cơ chế tác động cho thấy việc phối hợp 4 thuốc là cần thiết. Một số nghiên cứu cho thấy tiềm năng của việc phối hợp 2 trong số 4 “trụ cột” trên: Dapagliflozin phối hợp Eplerenone trên nhóm BN BTM giúp giảm albumin niệu và giảm tác dụng phụ tăng kali nhiều hơn khi sử dụng 1 nhóm Eplerenone đơn độc¹². Nghiên cứu CONFIDENCE đang được tiến hành nhằm so sánh hiệu quả khi kết hợp Empagliflozin và Finerenone so với hiệu quả của từng loại thuốc về sự thay đổi của đạm niệu¹⁸. Câu trả lời hiện đang chờ kết quả từ các nghiên cứu đang tiến hành

VI. KẾT LUẬN

Với nội dung đã trình bày, nhà lâm sàng cần nắm rõ cơ chế bệnh sinh, hiểu về diễn tiến bệnh để tiến đến toàn diện và cá thể hóa trong quản lý điều trị. Bốn nhóm thuốc UCMC/UCTT, ns-MRA, SGLT2-i và gần đây nhất là đồng vận GLP 1, được xem như “tứ trụ” điều trị BTĐTĐ cần được hiểu rõ, phối hợp tốt, quản lý tốt tác dụng phụ. Từ đó, chúng ta có thể tăng hiệu quả điều trị, cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoogeveen EK. The Epidemiology of Diabetic Kidney Disease. Kidney and Dialysis. 2022;2(3):433-442. doi:10.3390/kidneydial2030038
2. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3.

- Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2024. *Diabetes Care*. 2023; 47(Supplement_1): S43-S51. doi:10.2337/dc24-S003
3. **Naaman SC, Bakris GL.** Diabetic Nephropathy: Update on Pillars of Therapy Slowing Progression. *Diabetes Care*. 2023; 46(9):1574-1586. doi:10.2337/dci23-0030
 4. **Scilletta S, Di Marco M, Miano N, et al.** Update on Diabetic Kidney Disease (DKD): Focus on Non-Albuminuric DKD and Cardiovascular Risk. *Biomolecules*. 2023;13(5):752. doi:10.3390/biom13050752
 5. **Sydney CWT, Kumar S.** Pathogenesis, Clinical Manifestations, and Natural History of Diabetic Kidney Disease. In: *Comprehensive Clinical Nephrology*. 7th ed. ELSEVIER; 2024:363-379.
 6. **Tonneijck L, Muskiet MH, Smits MM, et al.** Glomerular Hyperfiltration in Diabetes: Mechanisms, Clinical Significance, and Treatment. *Journal of the American Society of Nephrology: JASN*. 2017;28(4):1023. doi:10.1681/ASN.2016060666
 7. **de Boer IH, Khunti K, Sadusky T, et al.** Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 2022;45(12):3075-3090. doi:10.2337/dci22-0027
 8. **Rossing P, Caramori ML, Chan JCN, et al.** KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. 2022;102(5): S1-S127. doi:10.1016/j.kint.2022.06.008
 9. **Lozano-Maneiro L, Puente-García A.** Renin-Angiotensin-Aldosterone System Blockade in Diabetic Nephropathy. Present Evidences. *Journal of Clinical Medicine*. 2015;4(11): 1908-1937. doi:10.3390/jcm4111908
 10. **Kearney J, Gnudi L.** The Pillars for Renal Disease Treatment in Patients with Type 2 Diabetes. *Pharmaceutics*. 2023;15(5):1343. doi:10.3390/pharmaceutics15051343
 11. **Canagliflozin and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes and Nephropathy | New England Journal of Medicine.** Accessed November 28, 2024. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1811744>
 12. **Provenzano M, Puchades MJ, Garofalo C, et al.** Albuminuria-Lowering Effect of Dapagliflozin, Eplerenone, and Their Combination in Patients with Chronic Kidney Disease: A Randomized Crossover Clinical Trial. *J Am Soc Nephrol*. 2022;33(8): 1569-1580. doi:10.1681/ASN.2022020207
 13. **The EMPA-KIDNEY Collaborative Group, Herrington WG, Staplin N, et al.** Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2023;388(2): 117-127. doi:10.1056/NEJMoa 2204233
 14. **Bakris GL, Agarwal R, Anker SD, et al.** Effect of Finerenone on Chronic Kidney Disease Outcomes in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2020;383(23): 2219-2229. doi:10.1056/ NEJMoa2025845
 15. **Pitt B, Filippatos G, Agarwal R, et al.** Cardiovascular Events with Finerenone in Kidney Disease and Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2021;385 (24): 2252-2263. doi:10.1056/NEJMoa 2110956
 16. **Marso SP, Bain SC, Consoli A, et al.** Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(19): 1834-1844. doi:10.1056/NEJMoa1607141
 17. **Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al.** Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2016;375(4):311-322. doi:10.1056/NEJMoa1603827
 18. **Green JB, Mottl AK, Bakris G, et al.** Design of the COMbination effect of FInerenone anD EmpaglifloziN in participants with chronic kidney disease and type 2 diabetes using a UACR Endpoint study (CONFIDENCE). *Nephrology Dialysis Transplantation*. 2023;38(4):894-903. doi:10.1093/ndt/gfac198

VAI TRÒ CỦA ỨNG CHẾ THỤ THỂ SGLT-2 TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN TỪ KDIGO 2024

Lê Thị Đan Thùy¹, Lê Thùy Dương¹, Bùi Thành Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) có tỉ lệ mắc mới và hiện mắc tăng nhanh, hiện đang là vấn đề sức khỏe toàn cầu, với tỉ lệ biến chứng tim mạch cao. Gần đây, nhóm thuốc ức chế kênh đồng vận natri - glucose nhóm 2 (SGLT-2i) ra đời, mở ra một lựa chọn điều trị mới cho các bệnh nhân BTM. Qua nhiều nghiên cứu được tiến hành, từ KDIGO 2024, các chỉ định của nhóm SGLT-2i được mở rộng hơn dưới góc nhìn mới. Chúng tôi sẽ làm rõ vai trò của nhóm SGLT-2i trong diễn tiến BTM và các hướng dẫn sử dụng SGLT-2i cập nhật từ KDIGO 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Tổng quan y văn.

Kết quả: Nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn trên nhiều nhóm đối tượng BTM khác nhau như CREDENCE, DAPA CKD, EMPA KIDNEY,... đều chứng minh hiệu quả của nhóm SGLT-2i như giảm biến cố tim mạch, giảm tốc độ diễn tiến đến BTM giai đoạn cuối. Ngoài ra, SGLT-2i còn được chứng minh ít tác dụng phụ nguy hiểm, có hiệu quả hiệp đồng cùng nhóm thuốc ức chế hệ renin – angiotensin – aldosterone (RAASi), giảm biến cố tăng kali máu của nhóm thuốc này. KDIGO 2024 xác định SGLT-2i là một lựa chọn hàng đầu trong điều trị BTM do mọi nguyên

nhân khi không có chống chỉ định, đồng thời đề ra những chiến lược theo dõi và xử trí thích hợp các biến chứng và tác dụng phụ của thuốc.

Kết luận: SGLT-2i nên được cân nhắc ở mọi bệnh nhân bệnh thận mạn có chỉ định vì những lợi ích rõ ràng, tính an toàn so với giả dược và tác dụng cộng hợp với cả những nhóm thuốc điều trị khác. Nhằm mang đến hiệu quả điều trị tốt nhất, nhà lâm sàng cần tận dụng và phát huy tối đa vai trò của nhóm SGLT-2i; tư vấn, hướng dẫn và quản lý tốt các tác dụng phụ và biến chứng.

Từ khóa: bệnh thận mạn, bệnh thận mạn giai đoạn cuối, thuốc ức chế kênh đồng vận natri - glucose nhóm 2, KDIGO 2024, albumin niệu, độ lọc cầu thận, biến cố tim mạch.

SUMMARY

ROLE OF SGLT-2 INHIBITORS IN THE TREATMENT OF CHRONIC KIDNEY DISEASE FROM KDIGO 2024

Introduction: Chronic kidney disease (CKD) is considered a global health problem due to the rapid increase in both incidence and prevalence, accompanied by its effects in cardiovascular risks, especially in end-stage kidney disease (ESKD). Recently, the advent of the group of sodium-glucose transport protein 2 inhibitors (SGLT2-i) has opened up a new pathway for patients with CKD. Through many clinical trials, from KDIGO 2024, the indications of the SGLT-2i group have been expanded under a new perspective. We clarify the roles of the SGLT-2i group in the progression of CKD while reviewing the important alterations in KDIGO 2024.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dương

SĐT: 0916587708

Email: lethuyduong2004@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Research method: Literature review

Results: Many large clinical trials on many different groups of CKD patients such as CREDENCE, DAPA CKD, EMPA KIDNEY,... have demonstrated the effectiveness of the SGLT-2i group like minimizing cardiovascular events, slowing the progression to end-stage kidney disease (ESKD). In addition, SGLT-2i has also been shown not only having few dangerous side effects, a synergistic effect with the renin-angiotensin-aldosterone system inhibitor (RAASi) group but also reducing the hyperkalemia of RAASi. KDIGO 2024 identifies SGLT-2i as a first-line choice in the treatment of CKD of all causes if having no contraindications and proposes appropriate monitoring and management strategies for complications and side effects of this group of drug.

Conclusion: SGLT-2i should be considered in all patients with CKD who have indications because of its clear benefits, its safety when compared to placebo, and its synergy with other drugs. Understanding and taking advantage of the benefits of the SGLT-2i group, along with consulting, guiding and managing side effects

and complications, are prerequisites so that we can bring the best treatment results to patients.

Keywords: chronic kidney disease, end-stage chronic kidney disease, sodium-glucose transport protein 2 inhibitors, KDIGO 2024, albuminuria, glomerular filtration rate, cardiovascular events

I. BỆNH THẬN MẠN, GÁNH NẶNG BỆNH TẬT TOÀN CẦU

Đến năm 2019, với tỷ lệ hiện mắc ước tính trên toàn cầu đã lên đến 13,4% (11,7-15,1%) và số bệnh nhân mắc bệnh thận giai đoạn cuối cần điều trị thay thế thận ước tính từ 4,902 đến 7,083 triệu,¹ BTM đã và đang được xem là một vấn đề sức khỏe cộng đồng phổ biến và quan trọng trên toàn thế giới. Theo thống kê của Yan Xie và cộng sự, từ năm 1990 đến 2016, tỉ lệ hiện mắc của BTM tăng 88,76% và tỉ lệ mới mắc tăng đến 86,95%.²

Theo KDIGO 2024, BTM được định nghĩa là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên ba tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh.³ Tiêu chuẩn chẩn đoán cụ thể như sau: (Bảng 1)

Bảng 1: Tiêu chuẩn chẩn đoán BTM - KDIGO 2024.³ UACR: tỉ lệ albumin trên creatinin niệu, UAE: lượng albumin niệu. UPCR: tỉ lệ protein trên creatinin niệu, UPE: lượng protein niệu

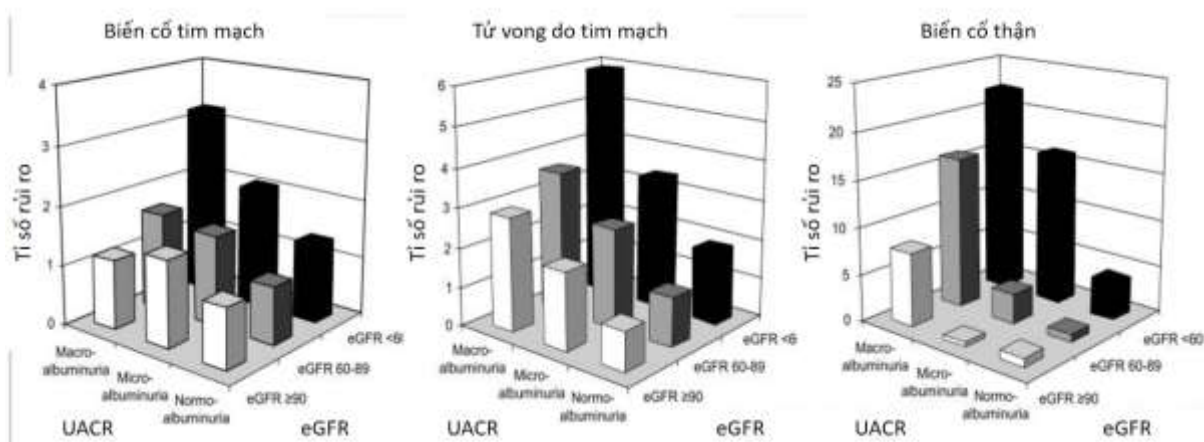
Chỉ dấu tổn thương thận	+ Albumin nước tiểu (UACR $\geq$ 30 mg/g (3mg/mmol); UAE $\geq$ 30mg/24h) hoặc Protein nước tiểu (UPCR $\geq$ 150mg/g (15mg/mmol); UPE $\geq$ 150mg/24h) nếu không xét nghiệm được albumin nước tiểu + Thay đổi mô học trên tiêu bản sinh thiết thận + Thay đổi trong tế bào, cặn lắng nước tiểu + Thay đổi cấu trúc trên hình ảnh + Rối loạn nước - điện giải hoặc các rối loạn khác do nguyên nhân ống thận + Tiền sử ghép thận
Giảm mức lọc cầu thận (GFR)	GFR < 60 ml/phút mỗi 1,73 m ² da

Năm 2022, Csaba O Kovesdy ghi nhận tỉ lệ tử vong sau 5 năm của BTM có thể lên tới 33%, do nguy cơ cao về các biến cố tim mạch, tử vong do tim mạch, diễn tiến đến BTM giai đoạn cuối và làm gia tăng tử vong do các nguyên nhân bệnh nền, bất kể nhóm nguyên nhân gây ra BTM.⁴⁻⁶

Do nhu cầu cấp thiết tìm ra yếu tố tiên lượng sớm cho các biến chứng của BTM, Nakiyama và cộng sự đã nghiên cứu thấy sự gia tăng lượng albumin niệu và mức giảm độ lọc cầu thận là hai yếu tố tiên lượng quan trọng (Biểu đồ 1).⁷ Do đó việc giảm được hai

yếu tố này là mục tiêu điều trị và quản lý BTM.

Trước khi SGLT-2i ra đời vào năm 2018, chúng ta chỉ có duy nhất nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACEI) và ức chế thụ thể Angiotensin II (ARB) được chứng minh có vai trò giảm đạm niệu và làm chậm diễn tiến bệnh thận mạn đến giai đoạn cuối. SGLT-2i được nhiều nghiên cứu chứng minh và nhận được sự công nhận từ các hiệp hội về hiệu quả trên tiên lượng và diễn tiến bệnh của BTM, đã mở ra nhiều cơ hội mới cho bệnh nhân BTM.



Biểu đồ 1: Tác động phối hợp của albumin niệu và mức eGFR nền đối với nguy cơ mắc các kết quả bất lợi⁷

UACR: tỉ lệ albumin/creatinin niệu.
Macro-albuminuria: $\text{UACR} > 300\text{mg/g}$.
Micro-albuminuria: $30\text{mg/g} \leq \text{UACR} \leq 300\text{mg/g}$.
Normo-albuminuria: $\text{UACR} < 30\text{mg/g}$.
eGFR được tính bằng đơn vị $\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$ da.

II. LỢI ÍCH CỦA SGLT-2I TRÊN DIỄN TIẾN BỆNH THẬN MẠN VÀ CÁC KẾT CỤC TIM MẠCH – THẬN, TỪ CƠ CHẾ LÝ THUYẾT ĐẾN CÁC NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG HIỆN TẠI

SLGT là một nhóm protein xuyên màng, có nhiệm vụ đồng vận chuyển natri và glucose vào tế bào. Thụ thể của SGLT nhóm 2 có nhiều ở tế bào ống lượn gần ở thận, đảm nhận tái hấp thu đến 90% glucose được lọc qua thận. Nhóm SLGT-2i ức chế các công vận chuyển này, làm tăng thải glucose và natri qua nước tiểu. Thuốc giúp ổn định đường huyết, kiểm soát tốt cân nặng và huyết áp, cải thiện dự hậu ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường.

Đến 2024, SGLT-2i còn được chứng minh có công dụng bảo vệ trên tim mạch và thận trên cả nhóm bệnh nhân suy tim và bệnh thận mạn không mắc đái tháo đường thông qua tám cơ chế chính yếu:⁸⁻⁹

(1) Trên huyết động của thận và phản hồi cầu ống, điều hòa huyết động giúp giảm áp lực lọc tại thận.

(2) Tăng thải natri qua nước tiểu thông qua việc ức chế mạnh kênh NHE3 ở ống lượng gần, giúp cải thiện tình trạng quá tải dịch và giảm huyết áp.

(3) Điều hòa các con đường phản ứng thần kinh - thể dịch thông qua hạn chế đáp ứng của hệ thần kinh giao cảm.



Hình 1: Lợi ích trên tim mạch - thận của nhóm SGLT-2i ở nhóm bệnh nhân suy tim và bệnh thận mạn ngoài tác dụng kiểm soát đường huyết⁹

(4) Tác động đến quá trình sinh hồng cầu và điều hòa sắt, qua đó giảm các stress oxy hóa trong điều kiện yếm khí, điều hòa các đáp ứng viêm toàn thân và giảm xơ hóa.

(5) Tăng thải axit uric qua nước tiểu, giảm axit uric máu, nhờ đó tác động tích cực đến cả tim và thận.

(6) Thiết lập lại quá trình chuyển hóa đồng thời ở nhiều cơ quan, thúc đẩy ly giải mỡ và tạo thể ketone, tăng nhạy cảm insulin của các cơ quan.

(7) Kích thích tiết yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu tip A (VEGF-A), kích thích tăng sinh mạch máu.

(8) Có tác động bảo vệ trực tiếp lên tế bào cơ tim.

Từ cơ chế trên, một loạt thử nghiệm lâm sàng được thúc đẩy nhằm chứng minh tác dụng lâm sàng của SGLT-2i trên BTM. Đến hiện nay, ba thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên BTM có và không có đái tháo đường CREDENCE, DAPA CKD và EMPA KIDNEY đã hoàn thành đều cho thấy SGLT-2i giảm tỉ lệ nhập viện do mọi nguyên nhân, giảm nguy cơ tim mạch và tiến triển BTM, với nguy cơ tương đối giảm từ 28% đến 39% (Bảng 2).¹⁰⁻¹²

Bảng 2: Các thử nghiệm lâm sàng về hiệu quả của nhóm SGLT-2i trên bệnh thận mạn.
NNT: số lượng bệnh nhân cần điều trị¹⁰⁻¹²

Tên nghiên cứu – Thuốc nghiên cứu	Đối tượng nghiên cứu	Các kết cục chính	Kết quả tổng hợp chính
CREDESCENCE (2019) - Canagliflozin 100 mg	4401 người lớn, eGFR 30 - 89 mL/phút/1,73 m ² và UACR 301 - 5000 mg/g, mắc đái tháo đường típ 2	Bệnh thận giai đoạn cuối Creatinin huyết thanh tăng gấp đôi Tử vong do tim mạch hoặc thận	43,2 so với 61,2 biến cố/1.000 bệnh nhân – năm Tỉ số nguy cơ: 0,7 (Khoảng tin cậy 95%: 0,59 – 0,82, P < 0,001) NNT = 22
DAPA CKD (2020) - Dapagliflozin 10mg	4304 người lớn, eGFR 25 - 75 mL/phút/1,73 m ² và UACR 200 - 5000 mg/g, mắc và không mắc đái tháo đường	Suy giảm kéo dài eGFR ≥ 50% Bệnh thận giai đoạn cuối Tử vong do tim mạch hoặc thận	9,2% so với 14,5% Tỉ số nguy cơ: 0,61 (Khoảng tin cậy 95%: 0,51 – 0,72, P < 0,001) NNT = 19
EMPA KIDNEY (2023) - Empagliflozin 10mg	6609 người lớn, eGFR 20 - 40 mL/phút/1,73 m ² hoặc eGFR 45 - 80 mL/phút/1,73 m ² kèm UACR ≥ 200 mg/g, mắc và không mắc đái tháo đường	Tiến triển bệnh thận Tử vong do tim mạch	13.1% so với 16.9% Tỉ số nguy cơ: 0,72 (Khoảng tin cậy 95%: 0,64 – 0,82, P < 0,001) NNT = 26

Với tác dụng trên chuyển hóa và nội môi của mình, SGLT-2i phát huy vai trò cộng hợp đáng mong đợi khi phối hợp cùng các nhóm thuốc điều trị khác. Ngoài ra, một phân tích gộp của Xiaoling Luo năm 2023 cũng ghi nhận khi được sử dụng phối hợp với nhóm RAASi, SGLT-2i giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng tăng kali máu của nhóm thuốc trên (Hình 2).¹³



Hình 2: Ảnh hưởng của SGLT-2i và RAASi cùng tác động cộng hợp của 2 nhóm này trên nguy cơ tăng kali máu ở nhóm bệnh thận đái tháo đường – một phân tích gộp¹³

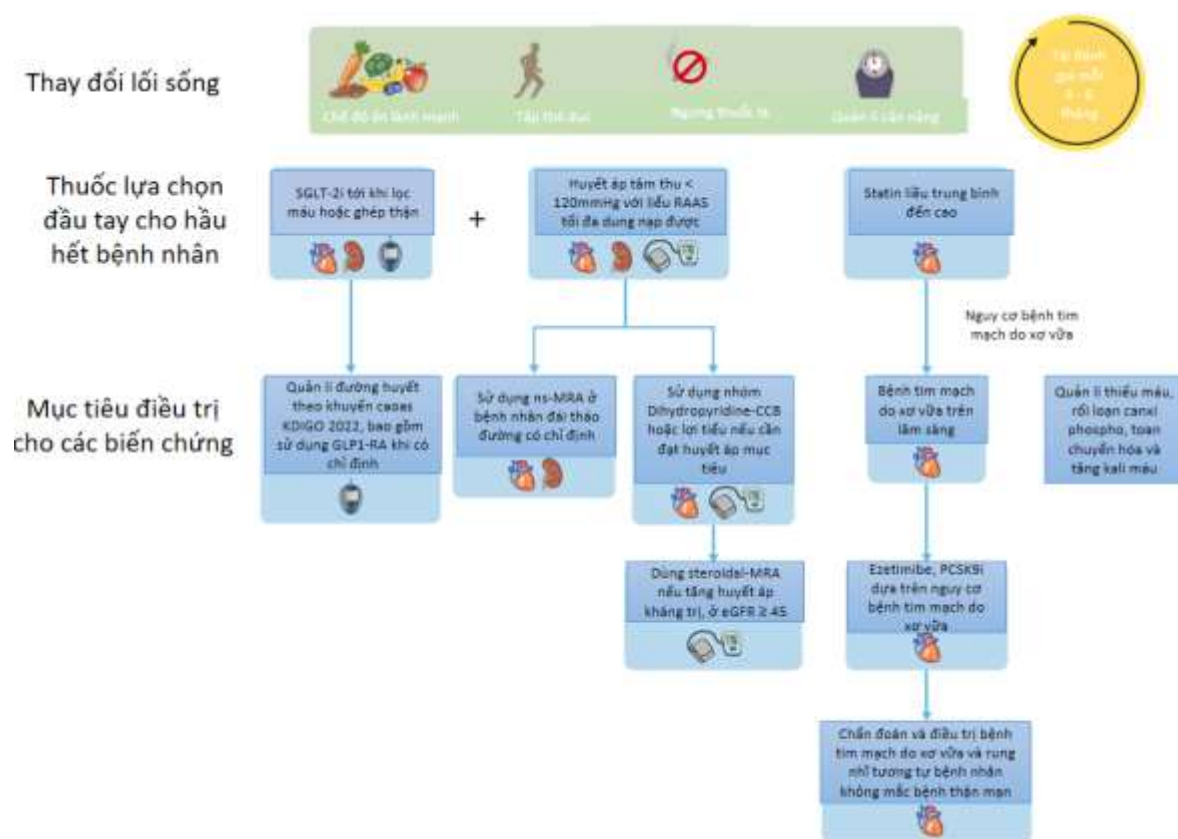
Song song với các lợi ích các nhà lâm sàng cũng thường quan tâm đến các tác dụng phụ của SGLT-2i như nhiễm trùng tiểu, nhiễm nấm sinh dục, hạ đường huyết, nhiễm

toan ceton và tăng nguy cơ cắt cụt chi dưới. Nhiều phân tích gộp về nguy cơ nhiễm toan ceton và cắt cụt chi dưới đều cho thấy hai biến chứng này chỉ gặp ở bệnh nhân đái tháo đường và nguy cơ thấp hơn đáng kể so với lợi ích mà thuốc mang lại.¹⁴ SGLT-2i được chứng minh không gây tăng nguy cơ hạ đường huyết ở cả nhóm mắc và không mắc đái tháo đường.³ Phần lớn các trường hợp nhiễm trùng tiểu ở bệnh nhân sử dụng SGLT2-i được chứng minh thường ít do thuốc này trực tiếp gây ra.³ SGLT-2i gây tăng nhiễm nấm sinh dục ở cả nam và nữ, nhưng thường nhẹ và đáp ứng tốt với thuốc bôi tại chỗ giá rẻ.³

III. CẬP NHẬT CÁC KHUYẾN CÁO CỦA KDIGO 2024 VỀ VIỆC TỐI ƯU VAI TRÒ CỦA SGLT-2I TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN MẠN

KDIGO 2024 nhấn mạnh vai trò của nhóm SGLT-2i trong vai trò giảm biến cố tim mạch và diễn tiến của BTM ở mọi nhóm nguyên nhân.³ Với các bằng chứng về tính hiệu quả và tác dụng phụ không đáng kể, KDIGO 2024 đã khuyến cáo SGLT-2i là thuốc đầu tay nên sử dụng trong điều trị BTM.

Theo KDIGO 2024, chiến lược điều trị BTM cần toàn diện, phối hợp nhiều phương thức, hướng đến mục tiêu bảo vệ cơ quan đích và cải thiện tiên lượng, phù hợp với từng cá nhân (Hình 3).



Hình 3: Phương pháp tiếp cận toàn diện để cải thiện kết quả ở bệnh nhân bệnh thận mạn (CKD)

Các biểu tượng chỉ ra những lợi ích sau: vòng đo huyết áp: hạ huyết áp; máy đo đường huyết: hạ glucose; tim: bảo vệ tim; thận: bảo vệ thận; cân: quản lý cân nặng. Tỷ lệ lọc cầu thận ước tính (eGFR) được trình bày theo đơn vị ml/phút/1,73 m². PCSK9i: chất ức chế Proprotein convertase subtilisin/kexin loại 9. GLP1-RA: đồng vận thụ thể GLP-1. ns-MRA: thuốc đối kháng thụ thể corticoid chuyển hóa muối khoáng không steroid. Steroidal-MRA: thuốc đối kháng thụ thể corticoid chuyển hóa muối khoáng có thuộc tính steroid. Dihydropyridine-CCB: thuốc ức chế kênh canxi nhóm Dihydropyridine.³

Ở bước khởi đầu, thay đổi lối sống được xem là nền tảng. Bệnh nhân cần được tư vấn chế độ ăn phù hợp, tập thể dục ít nhất 150 phút/tuần, bỏ thuốc lá, kiểm soát cân nặng. Sau đó, cùng với nhóm thuốc RAASi và nhóm thuốc statin, nhóm SGLT-2i được khuyến cáo khởi đầu sớm ngay khi có chỉ định.^{3,15} Khác với các hướng dẫn trước đây,

KDIGO 2024 mở rộng thêm nhiều khuyến cáo mức 1A cho chỉ định SGLT-2i, với đa dạng đối tượng BTM, bất kể nguyên nhân bệnh thận mạn và phổ rộng UACR hơn.³

Từ KDIGO 2024, SGLT-2i được chỉ định khởi trị cho các trường hợp sau:

Bệnh nhân BTM có kèm đái tháo đường với eGFR ≥ 20 ml/phút/1,73 m² da (mức khuyến cáo 1A)

Bệnh nhân BTM có kèm suy tim với eGFR ≥ 20 ml/phút/1,73 m² da, bất kể mức albumin niệu (mức khuyến cáo 1A)

Bệnh nhân BTM với eGFR ≥ 20 ml/phút/1,73 m² da có UACR ≥ 200 mg/g (mức khuyến cáo 1A)

Bệnh nhân BTM với eGFR từ 20 đến 45 ml/phút/1,73 m² da có UACR < 200 mg/g (mức khuyến cáo 2B)

Về liều và eGFR khởi trị, KDIGO 2024 giữ nguyên khuyến cáo so với khuyến cáo năm 2022 (Hình 4), dựa trên mức eGFR ở các thử nghiệm lâm sàng đã có kết quả.

	Giai đoạn 3B (eGFR 30-44 ml/phút/1,73m ² da)	Giai đoạn 4 (eGFR 15-29 ml/phút/1,73m ² da) ¹⁾	Giai đoạn 5 (eGFR < 15 ml/phút/1,73m ² da)
SGLT2 inhibitors*			
Canagliflozin	Tối đa 100mg/ngày	Không khuyến cáo khởi động; có thể duy trì 100mg/ngày nếu dung nạp vì lợi ích trên thận và tim mạch đến khi lọc máu	
Dapagliflozin	10mg/ngày	Không khuyến cáo khởi động ở eGFR < 25 ml/phút/1,73 m ² da. Duy trì nếu dung nạp vì lợi ích trên thận và tim mạch đến khi lọc máu	
Empagliflozin	10mg/ngày		Không khuyến cáo khởi động ở eGFR < 20 ml/phút/1,73 m ² da. Duy trì nếu dung nạp vì lợi ích trên thận và tim mạch đến khi lọc máu
Ertugliflozin			Không khuyến cáo ở eGFR < 45 ml/phút/1,73 m ² da

Hình 4: Đồng thuận ADA-KDIGO 2022: liều, eGFR khởi trị SGLT2-i.¹

SGLT-2 inhibitors: thuốc ức chế kênh đồng vận natri - glucose nhóm 2

Do tính an toàn cao đã được chứng minh, việc bắt đầu và duy trì sử dụng SGLT-2i được cho thấy không làm thay đổi tần suất theo dõi BTM so với thông thường. Khi khởi trị, hiện tượng giảm GFR đã được báo cáo và

được xem là hiện tượng thường gặp. KDIGO 2024 nhấn mạnh rằng sự giảm GFR này xảy ra do giảm hiện tượng siêu lọc tại cầu thận khi bắt đầu điều trị. Hiện tượng này có thể được đảo ngược và không phải là dấu hiệu để

ngừng điều trị.³

Hiện tại, chưa có thử nghiệm lâm sàng lớn nào cho thấy nguy cơ tổn thương thận cấp gia tăng nếu bệnh nhân điều trị với SGLT-2i. Một nghiên cứu gộp thậm chí còn cho thấy ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường, SGLT-2i còn giảm đến 23% nguy cơ tổn thương thận cấp.³ KDIGO 2024 chưa đưa ra một hướng dẫn giảm liều hoặc ngưng thuốc cụ thể khi bệnh nhân diễn tiến tổn thương thận cấp khi điều trị SGLT-2i. Nếu bệnh nhân điều trị với SGLT-2i có biểu hiện tổn thương thận cấp, chúng ta nên lượng giá các yếu tố đi kèm như tình trạng mất nước, nhiễm trùng, sử dụng các thuốc độc thận,... để đánh giá chính xác nguyên nhân.

Khi điều trị SGLT-2i, nếu xảy ra tình trạng nhiễm trùng tiết niệu mức độ nhẹ - trung bình, các nghiên cứu cho rằng nên tiếp tục duy trì thuốc song song với điều trị kháng sinh hợp lý và tìm nguyên nhân khác dẫn đến tình trạng này. Nếu tình trạng nhiễm trùng tiết niệu nặng, chúng ta nên xem xét dừng thuốc.³

Nếu đang sử dụng SGLT-2i, KDIGO 2024 khuyến cáo bệnh nhân nên dừng thuốc nếu phải nhịn ăn kéo dài (trên 3 ngày), phẫu thuật hoặc trong tình trạng nguy kịch. Lý do được đưa ra là vì SGLT-2i - thông qua cơ chế tạo thể ceton từ mỡ - có thể làm gia tăng nguy cơ nhiễm toan ceton ở các đối tượng này.³

Tóm lại, cùng với các phương tiện hiện có, KDIGO 2024 đã công nhận SGLT-2i là một thuốc hiệu quả giúp quản lý các biến cố bất lợi và hạn chế tốc độ mất chức năng thận ở bệnh nhân BTM. Với sự đồng thuận cho các nhóm thuốc mới như SGLT-2i, việc điều

trị và quản lý bệnh nhân bệnh thận mạn đã phát triển theo hướng tiếp cận đa yếu tố, giúp tăng các tác động tích cực, đồng thời hạn chế các tác dụng phụ không mong muốn.

SGLT-2i liệu có mang lại nhiều lợi ích lớn như trên ở nhóm đối tượng có GFR thấp hơn, hay BTM lọc máu định kỳ - vốn là nhóm có nguy cơ cao hơn về tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân, hay không? Đây vẫn là câu hỏi còn đang bỏ ngõ. Câu trả lời hiện đang chờ kết quả từ các nghiên cứu đang tiến hành như RENAL LIFECYCLES, DAPA HD, EMPA PRED, EMPA RRED.¹⁶

IV. KẾT LUẬN

SGLT-2i nên được cân nhắc ở mọi bệnh nhân bệnh thận mạn có chỉ định vì những lợi ích rõ ràng, tính an toàn so với giả dược và tác dụng cộng hợp với cả những nhóm thuốc điều trị khác. Hiểu rõ thời điểm khởi động thuốc, liều bắt đầu, cách theo dõi, các phản ứng thường gặp và cách xử trí các tác dụng không mong muốn là những yêu cầu cần có để nhà lâm sàng tối ưu hiệu quả điều trị, tránh ngừng thuốc không hợp lý, giúp mang đến hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân.

Trong những năm tiếp theo, các kết quả từ các nghiên cứu mới đang được tiến hành có thể mở rộng thêm hiểu biết của chúng ta về lợi ích của nhóm thuốc SGLT-2i. Các nhà lâm sàng cần nắm vững kiến thức về nhóm SGLT-2i ngay từ bây giờ để sẵn sàng cho nhiều ứng dụng của nhóm thuốc này trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lv JC et al**, Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease, Adv Exp Med

- Biol. 2019;1165:3-15, DOI: 10.1007/978-981-13-8871-2_1
2. **Xie Y et al**, Analysis of the Global Burden of Disease study highlights the global, regional, and national trends of chronic kidney disease epidemiology from 1990 to 2016, *Kidney Int.* 2018;94:567-581, DOI: 10.1016/j.kint.2018.04.011
 3. KDIGO 2024 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease, 2024, 214-219.
 4. **Csaba P Kovesdy**, Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022, *Kidney Int Suppl* 2022;12:7–11. DOI: 10.1016/j.kisu.2021.11.003
 5. **Nakayama M et al**, Increased risk of cardiovascular events and mortality among non-diabetic chronic kidney disease patients with hypertensive nephropathy: the Gonryo study, *Hypertens Res.* 2011;34(10):1106-1110, DOI: 10.1038/hr.2011.96.
 6. **Jarrick S et al**, Mortality in IgA Nephropathy: A Nationwide Population-Based Cohort Study, Article and online supplemental material. *J Am Soc Nephrol.* 2019;30(5): 866-876, DOI: 10.1681/ASN.2018101017.
 7. **Ninomiya T, Perkovic V, de Galan BE, et al**, Albuminuria and Kidney Function Independently Predict Cardiovascular and Renal Outcomes in Diabetes, *Journal of the American Society of Nephrology*, 2009, vol 20, pages 1813-1821, DOI: 10.1681/ASN.2008121270
 8. **Thomas A. Zelniker et al**, 2020, Mechanisms of Cardiorenal Effects of Sodium-Glucose Cotransporter 2 Inhibitors: JACC State-of-the-Art Review, *Journal of the American College of Cardiology*, Volume 75, Issue 4, Pages 422-434, DOI:10.1016/j.jacc.2019.11.031
 9. **Adriana C. C. Girardi et al**, 2024, Mechanisms of heart failure and chronic kidney disease protection by SGLT2 inhibitors in nondiabetic conditions, *Am J Physiol Cell Physiol*, 2024, 327(3):C525-C544, DOI: 10.1152/ajpcell.00143.2024.

HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU GÂY TÊ MẶT PHẪNG CƠ DỰNG SỐNG TRONG PHẪU THUẬT MỞ CẮT THẬN

Nguyễn Anh Thu¹, Trần Đỗ Anh Vũ², Hà Ngọc Chi¹,
Nguyễn Thị Ngọc Đào¹, Nguyễn Thị Thanh Trúc², Nguyễn Ngọc Châu²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật mở cắt thận thường gây đau nặng, đòi hỏi giảm đau hiệu quả để hỗ trợ hồi phục sau mổ. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (ESP: erector spinae plane) có hiệu quả trong một số phẫu thuật ngực và bụng, và giả thiết rằng nó giúp giảm lượng morphine tiêu thụ trong phẫu thuật này.

Mục tiêu: So sánh lượng morphine tiêu thụ trong 24 giờ sau mổ, điểm đau tại các mốc thời gian sau mổ và tỷ lệ tác dụng không mong muốn giữa hai nhóm có hoặc không gây tê ESP.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mù đơn trên người bệnh cắt thận toàn phần, một phần hoặc cắt thận đơn giản.

Kết quả: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về lượng morphine tiêu thụ trong 24 giờ và điểm đau VAS (visual analogue scale) tại hầu hết các thời điểm, ngoại trừ VAS thời điểm 24 giờ. Không ghi nhận các biến chứng nghiêm trọng. Không khác biệt tỉ lệ buồn nôn, nôn, trung tiện trong 48 giờ đầu.

Kết luận: Gây tê ESP không vượt trội so với gây tê thẩm vết mổ một liều về hiệu quả giảm

đau nhưng là phương pháp an toàn, ít biến chứng, có thể sử dụng trong phẫu thuật mở cắt thận.

Từ khóa: gây tê mặt phẳng cơ dựng sống, phẫu thuật mở cắt thận

SUMMARY

ANALGESIC EFFECT OF ERCTOR SPINAE PLANE BLOCK FOR OPEN NEPHRECTOMY

Introduction: Open nephrectomy often causes severe pain, requiring effective pain management to enhance postoperative recovery. Erector spinae plane (ESP) block has been proven effective in some thoracic and abdominal surgeries, and we now question whether it is also effective and reduce the morphine consumption after open nephrectomy.

Objective: To compare morphine consumption within first 24 hours postoperatively, pain scores at various postoperative time points, and the incidence of adverse events between two groups with or without ESP block.

Methods: A prospective, single-blind randomized controlled trial was conducted on patients undergoing total, partial, or simple nephrectomy.

Results: No significant differences were observed in morphine consumption within 24 hours and VAS pain scores at most time points, except for VAS at 24th hour. No serious complications were recorded. There were no differences in the rates of nausea, vomiting, or flatus within the first 48 hours.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Thu

SĐT: 0973684919

Email: thu.na@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Conclusion: ESP block does not outperform single-dose wound infiltration in pain relief but it is a safe method with low risk of complications, and can be a viable option for postoperative pain management in open nephrectomy.

Keywords: erector spinae plane block (ESP block), open nephrectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật mở cắt thận là một trong những phẫu thuật có mức độ đau nặng[1] do đó phối hợp gây tê vùng trong điều trị giảm đau là yếu tố cần thiết giúp người bệnh hồi phục sớm sau mổ. Gây tê cạnh cột sống là tiêu chuẩn vàng cho phẫu thuật tiếp cận một bên cơ thể, tuy nhiên đây là một kỹ thuật khó, tỉ lệ thất bại của gây tê cạnh cột sống đoạn ngực khi thực hiện theo mốc giải phẫu từ 1,98% - 5,6%, tỉ lệ này giảm khi sử dụng sự hỗ trợ của máy siêu âm còn 2,3% , tỉ lệ biến chứng với tụt huyết áp, lan vào khoang ngoài màng cứng 2,1%, thủng mạch máu, tràn khí màng phổi, tổn thương thần kinh dưới 1%[2]. Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống được thực hiện đầu tiên bởi Forero và cộng sự trên 2 người bệnh đau thần kinh ngực mạn tính mức độ nặng và 2 người bệnh phẫu thuật nội soi lồng ngực[3], từ đó được nghiên cứu có hiệu quả ở nhiều phẫu thuật khác nhau. Với mục đích nghiên cứu phương pháp giảm đau cho phẫu thuật mở cắt thận đạt hiệu quả, dễ thực hiện, nguy cơ biến chứng thấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của gây tê mặt phẳng cơ dựng sống ở phẫu thuật mở cắt thận. Câu hỏi nghiên cứu là gây tê mặt phẳng cơ dựng sống có hiệu quả giảm đau ở người bệnh phẫu thuật mở cắt thận hay không?

Mục tiêu nghiên cứu:

1. So sánh lượng morphine tiêu thụ 24 giờ sau mổ ở người bệnh phẫu thuật mở cắt

thận có hay không có gây tê mặt phẳng cơ dựng sống.

2. So sánh điểm đau sau mổ thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, 24 giờ

3. So sánh tỉ lệ tác dụng không mong muốn sau mổ ở hai nhóm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có chỉ định phẫu thuật mở cắt một phần thận hoặc cắt thận đơn giản hoặc cắt thận tận gốc chương trình tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023.

Tiêu chí chọn:

Người bệnh từ 18 tuổi, ASA I – III, tiếp cận phẫu thuật một bên

Tiêu chí loại trừ:

Người bệnh nghiện thuốc opioid, không hiểu cách sử dụng thiết bị PCA (patient-controlled analgesia: giảm đau do người bệnh kiểm soát), tiền căn đau mạn tính, dị ứng thuốc tê

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Tiến cứu, thử nghiệm ngẫu nhiên có nhóm chứng, mù đơn.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Giả thiết rằng tê mặt phẳng cơ dựng sống giảm 50% lượng morphine tiêu thụ. Dựa vào nghiên cứu của Xavier Capdevila[4], tác giả đưa ra được lượng morphine tiêu thụ trung vị sau 24 giờ là 32,5 (21,5 - 47) mg. Từ công thức của Wan[5] ta tính ra được số trung bình và độ lệch chuẩn $33,7 \pm 20,2$ mg. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$N = \{(Z_{1-\alpha/2} + Z_\beta)^2 \times 2 \times \sigma^2\} / d^2$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ dựa trên phân bố chuẩn xác suất sai lầm loại 1 = 5%.

$Z_\beta = 0,84$ là hiệu lực thống kê (β độ mạnh thống kê 0,8)

Cỡ mẫu có được 22,6 cho mỗi nhóm, do đó nhận vào mẫu 23 trường hợp cho mỗi nhóm. Chúng tôi chia các người bệnh đủ điều kiện chọn vào và không có điều kiện loại trừ thành hai nhóm theo phương pháp chia nhóm ngẫu nhiên theo từng block (permuted block randomization).

Biến số nghiên cứu

a. Biến số độc lập: Gây tê mặt phẳng cơ dựng sống/ gây tê thẩm vết mổ

b. Biến số phụ thuộc:

- Biến số kết cục chính: lượng morphine tiêu thụ 24 giờ sau mổ (mg)

- Biến số kết cục phụ: Điểm đau VAS (visual analogue scale) khi nghỉ, khi vận động thời điểm 1 giờ, 2 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ, 12 giờ, và 24 giờ sau mổ, thời điểm có trung tiện đầu tiên trong 48 giờ đầu sau mổ, buồn nôn, nôn, ngứa sau mổ, tụt huyết áp, nhịp chậm, ngộ độc thuốc tê

c. Biến số nền:

Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, BMI (body mass index): chỉ số khối cơ thể, phân loại ASA, thời gian phẫu thuật, đường tiếp cận phẫu thuật, cắt xương sườn, tổng liều sufentanil trong mổ, loại phẫu thuật.

Quy trình nghiên cứu

Người bệnh được chuẩn bị phẫu thuật, gây mê hồi sức và thực hiện phẫu thuật theo quy trình của bệnh viện. Trước khi kết thúc phẫu thuật 60 phút, truyền nefopam 20 mg pha trong 100 ml Natri chlorua 0,9%, paracetamol 1g trong 100 ml, và tiếp tục các cử tiếp theo cách mỗi 8 giờ.

Ở nhóm C – nhóm chứng: Sau khi đóng lớp phúc mạc, thực hiện gây tê thẩm vết mổ với ropivacaine 0,25% 40 ml (tối đa 2 mg/kg). Đi kim vào lớp mô khoảng 0,5-1 cm (các lớp mô như: tiền phúc mạc, cân cơ, mô

dưới da), sau đó thuốc tê được bơm trong khi kim được rút ngược chậm để hạn chế bơm vào mạch máu. Kim đi theo hình rẽ quạt tại bờ vết mổ. Thê tích thuốc tê phụ thuộc kích thước vết mổ bụng. Thê tích thông thường để tê thêm vết mổ khoảng 1-1,5 ml mỗi 1-2 cm mỗi điểm tê.

Ở nhóm E – nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống: Sau khâu lớp da, thực hiện gây tê mặt phẳng cơ dựng sống dưới hướng dẫn siêu âm với 20 ml ropivacaine 0,5% cùng bên phẫu thuật tại vị trí mỏm ngang đốt sống ngực 8.

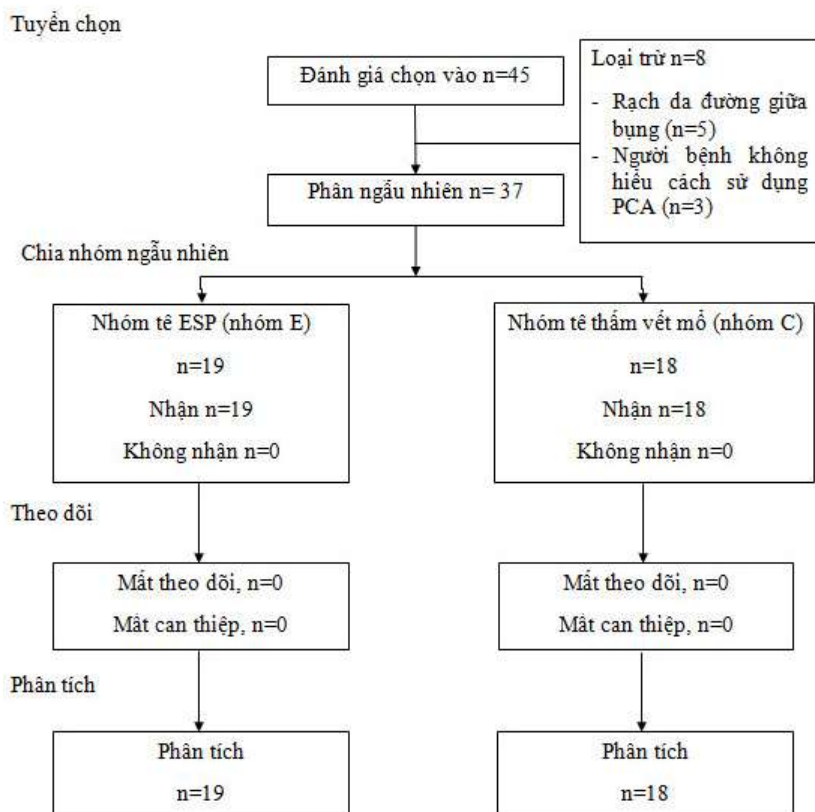
Tại phòng hồi tỉnh, người bệnh được đánh giá mức độ đau theo VAS, tiến hành chuẩn độ morphine ngay khi được tiếp nhận tại phòng hồi tỉnh.

Phương pháp phân tích dữ liệu

Xử lý số liệu với phần mềm STATA 14 và giá trị $p < 0,05$ được xem là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. So sánh hai biến định tính bằng phép kiểm Chi bình phương. So sánh hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Student's t test. So sánh hai biến định lượng không có phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann Whitney u test hay Wilcoxon ranksum test. Đạo đức trong nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 2/2023 đến tháng 9/2023 tại bệnh viện Bình Dân TP Hồ Chí Minh đã có 45 người bệnh được phẫu thuật cắt thận, chúng tôi đã đưa vào nghiên cứu 37 người bệnh, trong đó có 19 người bệnh ở nhóm gây tê mặt phẳng cơ dựng sống (nhóm E) và 18 người bệnh ở nhóm gây tê thẩm vết mổ (nhóm C).



Lưu đồ 3.1. Lưu đồ nghiên cứu

Người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có lứa tuổi trung bình $55,4 \pm 13,3$, tỉ lệ nam 59,5%, nữ 40,5%, phân độ ASA gồm II và III (81,1% và 18,9%), BMI 22,6 (20,1 - 24,8), thời gian phẫu thuật 135 (115 - 170) phút, lượng sufentanil trong mổ 35 (25 - 40) mcg, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm. Tỉ lệ phẫu thuật mở cắt thận đơn giản, cắt một phần thận và cắt thận tận gốc khác biệt không có ý nghĩa giữa hai nhóm (p

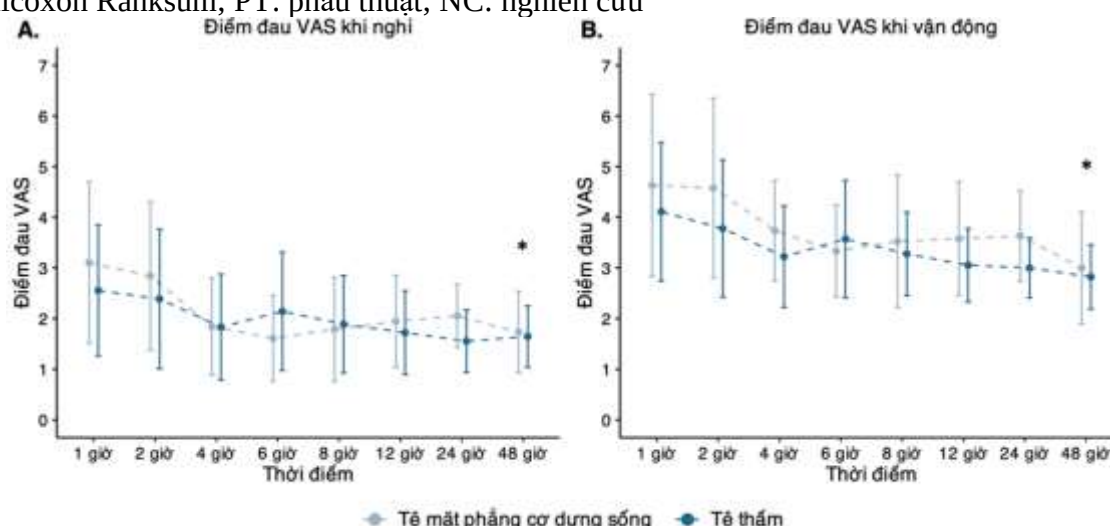
$= 0,637$), và thời gian phẫu thuật cũng không khác biệt giữa các loại phẫu thuật ($p = 0,06$). Tỉ lệ đường rạch da sườn lưng, và xuyên phúc mạc – dưới sườn khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p = 0,86$). Tỉ lệ cắt đầu xương sườn 11 hoặc 12 khác biệt không có ý nghĩa giữa hai nhóm ($p = 0,73$). Lượng sufentanil ở phẫu thuật cắt thận tận gốc cao hơn 2 loại phẫu thuật còn lại ($p = 0,04$).

Bảng 3.1. Lượng morphine tiêu thụ các thời điểm sau phẫu thuật

Tổng lượng morphine tích lũy qua các thời điểm sau PT (mg)	Dân số NC (n = 37)	Nhóm E (n = 19)	Nhóm C (n = 18)	p
1 giờ	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	2 (1 - 3)	0,66
2 giờ	4 (2 - 5)	4 (2 - 5)	3,5 (2 - 5)	0,62
4 giờ	6 (3 - 7)	6 (3 - 8)	6 (3 - 7)	0,51
6 giờ	8 (5 - 11)	10 (6 - 13)	6 (4 - 8)	0,07

8 giờ	10 (6 - 15)	12 (8 - 18)	9 (5 - 13)	0,19
12 giờ	13 (10 - 23)	16 (10 - 23)	11,5 (8 - 16)	0,31
24 giờ	20 (16 - 30)	23 (19 - 36)	18 (13 - 30)	0,31
48 giờ	30 (20 - 40)	34 (20 - 52)	28 (10 - 36,5)	0,42

Số liệu được trình bày bằng trung vị và khoảng tứ phân vị, so sánh bằng kiểm định Wilcoxon Ranksum; PT: phẫu thuật; NC: nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Điểm đau VAS (visual analog scale) khi nghỉ và vận động sau phẫu thuật

*: $p < 0,05$

Không trường hợp ghi nhận nào có triệu chứng tràn khí màng phổi, tiêm vào mạch máu, ngộ độc thuốc tê, nhịp chậm, hạ huyết áp, thở chậm, ngứa.

Bảng 3.2. Tỷ lệ tác dụng không mong muốn ở hai nhóm

	Dân số NC (n = 37)	Nhóm E (n=19)	Nhóm C (n=18)	p
Tác dụng không mong muốn				
Buồn nôn	2 (5,4)	1 (5,26)	1 (5,6)	0,74
Nôn	1 (2,7)	1 (5,26)	0 (0)	0,51
Trung tiện trong 48 giờ sau PT				
Không	13 (38,2)	8 (42,1)	4 (28,6)	0,49
Có	21 (61,8)	11 (57,9)	10 (71,4)	

Số liệu được trình bày bằng n (%), so sánh bằng kiểm định Chi bình phương; NC: nghiên cứu; PT: phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hai phương pháp giảm đau sau phẫu thuật cắt thận gồm gây tê ESP với gây tê thấm vết mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê lượng morphine tiêu thụ giữa

hai nhóm tại các thời điểm sau phẫu thuật, lượng morphine ở nhóm gây tê ESP có xu hướng cao hơn nhóm gây tê thấm vết mổ tại một số thời điểm (6 giờ đến 48 giờ). Điểm đau VAS khi nghỉ - vận động không khác biệt đáng kể, trừ thời điểm 24 giờ, nhóm gây tê ESP có điểm đau cao hơn ($p < 0,05$). Thêm vào đó, tỷ lệ tác dụng không mong muốn không khác biệt giữa hai nhóm về buồn nôn, nôn, trung tiện trong 48 giờ đầu,

và không xuất hiện các biến chứng nghiêm trọng khác.

Phân tích của tác giả Huang đã có những bằng chứng thể hiện gây tê ESP giúp giảm tiêu thụ opioid đáng kể ở các loại phẫu thuật khác nhau[6]. Ở phẫu thuật mở cắt thận, lượng morphin tiêu thụ 24 giờ ở nghiên cứu của Amer 9 (8-10) mg[7], Ellatif $12,1 \pm 1,3$ mg[8] giảm khoảng 50% so với nhóm không gây tê. Tuy nhiên lượng morphine 24 giờ ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với nghiên cứu của hai tác giả. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi có những điểm khác về đặc điểm riêng về phẫu thuật (đường rạch da, cắt xương sườn hay không), vị trí gây tê, thể tích thuốc tê, giảm đau nền cũng như thời điểm gây tê.

Gây tê vùng ức chế sự dẫn truyền thần kinh, điều hòa các tính hiệu đau ở vùng phẫu thuật, thuốc tê còn có tác dụng kháng viêm giảm biểu hiện cytokines, các chất trung gian viêm và giảm môi trường neutrophil[9] có thể làm giảm nhạy cảm đau. Gây tê ESP trước rạch da có thể giúp giảm lượng nhu cầu morphine sau mổ. Theo tác giả Chiavegato điểm đau sau mổ giữa hai đường rạch da sườn lưng và dưới sườn ở người cho thận ở các ngày hậu phẫu không khác biệt có ý nghĩa thống kê [10]. Tuy nhiên, đường mổ sườn lưng có cắt xương sườn có điểm đau cao hơn so với không cắt xương[11]. Thể tích thuốc tê 30 ml so với 20 ml cũng có thể giảm lượng morphin tiêu thụ cũng như VAS sau mổ mà không ghi nhận biến chứng như hạ huyết áp, dị ứng, suy hô hấp, an thần, bí tiểu, nôn[12]. Giảm đau nền ở các nghiên cứu khác với nghiên cứu của chúng tôi khi sử dụng ketorolac có tác dụng giảm đau và giảm đáp ứng viêm. Mặc dù không thấy sự khác biệt về hiệu quả giảm đau giữa ketorolac và nefopam[13,14] nhưng thuốc kháng viêm không steroid có tác dụng kháng viêm có thể gây sự khác biệt giữa các nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi mặc dù chưa cho thấy hiệu quả tương đương với các nghiên cứu của các tác giả, và chưa thể hiện ưu thế hơn gây tê thẩm vết mổ, nhưng khi so sánh với nhóm không gây tê có thiết kế tương đồng của tác giả Capdevila chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ morphine tiêu thụ của chúng tôi thấp hơn 30% so với nhóm không gây tê, được giảm đau nền với acetaminophen, nefopam, PCA morphine. Điều này, giúp chúng tôi tin rằng gây tê ESP có thể có hiệu quả giảm đau trong phẫu thuật mở cắt thận, tuy nhiên cần cỡ mẫu quy mô hơn và có phương pháp nghiên cứu đồng nhất để có thể có kết quả nghiên cứu đáng tin cậy hơn.

Thêm vào đó, điểm đau sau mổ ở hai nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều đạt mức độ thấp sau mổ, tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Ellatif, Amer, Moharam và Sahin. Và một điều không kém phần quan trọng là không ghi nhận biến chứng nguy hiểm nào trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như của các tác giả.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu hiện tại chưa đạt được kì vọng gây tê ESP ưu thế hơn phương gây tê đơn giản tê thẩm vết mổ, tuy nhiên vẫn có hiệu quả giảm tiêu thụ opioid và có điểm đau thấp. Vấn đề này có thể lý giải do đặc điểm của phẫu thuật cắt thận (cắt xương sườn, vị trí rạch da), yếu tố khác như giảm đau nền và quy mô mẫu nhỏ. Nghiên cứu tiếp theo với quy mô mẫu lớn hơn và so sánh với các kỹ thuật giảm đau khác gây tê cạnh cột sống hoặc gây tê ngoài màng cứng sẽ giúp làm rõ hiệu quả thực sự của gây tê ESP trong loại phẫu thuật này. Đồng thời kết quả nghiên cứu này cũng hỗ trợ quan điểm rằng gây tê ESP là một kỹ thuật an toàn và có thể ứng dụng, đặc biệt khi cần tránh các biến chứng tiềm tàng từ các kỹ thuật phức tạp hơn như gây tê ngoài màng cứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gerbershagen HJ, Aduckathil S, van Wijck AJM, Peelen LM, Kalkman CJ, Meissner W.** Pain Intensity on the First Day after Surgery. *Anesthesiology*. 2013 Apr 1;118(4):934–44.
2. **Pawa A, Wojcikiewicz T, Barron A, El-Boghdadly K.** Paravertebral Blocks: Anatomical, Practical, and Future Concepts. *Curr Anesthesiol Rep*. 2019 Sep 11;9(3):263–70.
3. **Forero M, Adhikary SD, Lopez H, Tsui C, Chin KJ.** The Erector Spinae Plane Block. *Reg Anesth Pain Med*. 2016;41(5):621–7.
4. **Capdevila X, Moulard S, Plasse C, Peshaud JL, Molinari N, Dadure C, et al.** Effectiveness of Epidural Analgesia, Continuous Surgical Site Analgesia, and Patient-Controlled Analgesic Morphine for Postoperative Pain Management and Hyperalgesia, Rehabilitation, and Health-Related Quality of Life After Open Nephrectomy. *Anesth Analg*. 2017 Jan;124(1):336–45.
5. **Wan X, Wang W, Liu J, Tong T.** Estimating the sample mean and standard deviation from the sample size, median, range and/or interquartile range. *BMC Med Res Methodol*. 2014 Dec 19;14(1):135.
6. **Huang J, Liu JC.** Ultrasound-guided erector spinae plane block for postoperative analgesia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Anesthesiol*. 2020 Dec 14;20(1):83.
7. **Amer M, Hassan HF, Ramdan ME, El Aidy SM, Hussien MM, Essam A, et al.** Erector Spinae Plane Block as an Alternative Analgesic Technique in Patients Scheduled for Open Renal Surgery: A Randomized Controlled Study. *Open Access Maced J Med Sci*. 2022 Feb 15;10(B):402–7.
8. **Abd Ellatif SE, Abdelnaby SM.** Ultrasound guided erector spinae plane block versus quadratus lumborum block for postoperative analgesia in patient undergoing open nephrectomy: A randomized controlled study. *Egypt J Anaesth*. 2021 Jan 1;37(1):123–34.
9. **Chen Y -Y. K, Boden KA, Schreiber KL.** The role of regional anaesthesia and multimodal analgesia in the prevention of chronic postoperative pain: a narrative review. *Anaesthesia*. 2021 Jan 10;76(S1):8–17.
10. **Chiavegato L, Medina-Pestana J, Tedesco-Silva H, Paisani D, Fiore J, Faresin S.** Surgical Approach Does Not Affect Perioperative Respiratory Morbidity in Living Donor Nephrectomy: Comparison Between Anterior Subcostal Incision and Flank Incision. *Transplant Proc*. 2010 Jun;42(5):1472–5.
11. **Shamim M, Iqbal SA.** Open renal approach: comparative analysis of sub-costal incision versus trans-costal incision with excision of 12th rib. *Pak J Med Sci*. 2009;25(4):557–62.
12. **Zengin M, Sazak H, Baldemir R, Ulger G, Arican D, Kaybal O, et al.** Comparison of analgesic efficacy of different local anesthetic volumes for erector spinae plane block in thoracotomy patients; a prospective randomized trial. *BMC Anesthesiol*. 2023 Feb 6;23(1):42.
13. **Son JS, Doo A, Kwon YJ, Han YJ, Ko S.** A comparison between ketorolac and nefopam as adjuvant analgesics for postoperative patient-controlled analgesia: a randomized, double-blind, prospective study. *Korean J Anesthesiol*. 2017;70(6):612.
14. **Hwang BY, Kwon JY, Lee DW, Kim E, Kim TK, Kim HK.** A Randomized Clinical Trial of Nefopam versus Ketorolac Combined With Oxycodone in Patient-Controlled Analgesia after Gynecologic Surgery. *Int J Med Sci*. 2015;12(8):644–9.

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN VỀ CHĂM SÓC SAU PHẪU THUẬT ROBOT CẮT PHỔI TẠI KHOA NGOẠI LỒNG NGỰC BƯỚU CỔ BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Lê Hoài Thương¹, Nguyễn Thị Hương Trà¹,
Phạm Thị Thanh Sang¹, Phạm Thị Trường An¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân về phẫu thuật Robot tại Khoa Ngoại Lồng Ngực Bướu Cổ, Bệnh viện Bình Dân, trên các tiêu chí về chăm sóc, quy trình điều trị, và dịch vụ y tế.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập dữ liệu qua bảng câu hỏi tự đánh giá của 35 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật Robot tại Khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ Bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Mức độ hài lòng chung về dịch vụ phẫu thuật robot và sự chăm sóc từ đội ngũ y tế là cao. Bệnh nhân đánh giá cao các tiêu chí liên quan đến tư vấn và chăm sóc hậu phẫu. Một số yếu tố như chi phí điều trị và cơ sở vật chất nhận mức hài lòng trung bình.

Kết luận: Bệnh nhân đánh giá cao quy trình phẫu thuật và chăm sóc sau phẫu thuật, nhưng cần cải thiện về cơ sở vật chất và điều chỉnh chi phí điều trị.

Từ khóa: sự hài lòng bệnh nhân, phẫu thuật Robot.

SUMMARY

EVALUATION OF PATIENT SATISFACTION WITH POSTOPERATIVE CARE AFTER ROBOTIC SURGERY AT THORACIC - THYROID SURGERY DEPARTMENT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate patient satisfaction with robotic surgery at the Department of Thoracic Surgery, Binh Dan Hospital, based on criteria related to care, treatment procedures, and medical services.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted using self-assessment questionnaires completed by 35 patients who underwent robotic surgery at the Department of Thoracic Surgery, Binh Dan Hospital.

Results: Overall satisfaction with robotic surgery services and medical care provided by the healthcare team was high. Patients highly appreciated criteria related to consultation and postoperative care. However, certain aspects, such as treatment costs and facility conditions, received moderate satisfaction ratings.

Conclusion: Patients valued the surgical process and postoperative care, but improvements in facility infrastructure and adjustments to treatment costs are necessary.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật là một chỉ số quan trọng phản ánh chất lượng và hiệu quả của dịch vụ y tế tại các bệnh

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Hoài Thương

SĐT: 0772646014

Email: thuongtran140596@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

viện, đặc biệt là đối với những bệnh nhân trải qua các ca phẫu thuật phức tạp. Trong bối cảnh nhu cầu chăm sóc y tế ngày càng cao, không chỉ kết quả điều trị mà trải nghiệm của bệnh nhân trong suốt quá trình phẫu thuật, hậu phẫu và chăm sóc sau mổ cũng ngày càng được chú trọng. Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân qua các tiêu chí như chất lượng chăm sóc, quy trình điều trị và dịch vụ hỗ trợ không chỉ giúp các bệnh viện tối ưu hóa dịch vụ mà còn tạo niềm tin cho bệnh nhân, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe toàn diện.

Phẫu thuật Robot trong điều trị các bệnh lý lồng ngực là một kỹ thuật tiên tiến, hiện đại và được triển khai tại Khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ - Bệnh viện Bình Dân trong những năm gần đây, đánh dấu một bước phát triển quan trọng trong ứng dụng công nghệ cao vào y học phẫu thuật tại Việt Nam. Phương pháp này không chỉ yêu cầu hệ thống trang thiết bị hiện đại mà còn đòi hỏi đội ngũ y bác sĩ được đào tạo chuyên sâu và thành thạo kỹ năng sử dụng hệ thống robot phẫu thuật, mang đến những lợi ích vượt trội như giảm đau, giảm mất máu, giảm nguy cơ biến chứng và rút ngắn thời gian hồi phục cho bệnh nhân. Tuy nhiên, vì là một kỹ thuật mới, mức độ hài lòng của bệnh nhân sau khi trải qua phẫu thuật robot vẫn là một câu hỏi cần được trả lời. Việc đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với phẫu thuật robot cắt phổi không chỉ giúp bệnh viện hiểu rõ hơn về trải nghiệm của bệnh nhân mà còn là cơ sở để điều chỉnh, cải thiện chất lượng dịch vụ y tế, phù hợp với nhu cầu và mong muốn của bệnh nhân. Nếu có những đánh giá tích cực từ phía bệnh nhân, bệnh viện có thể tự tin mở rộng quy mô triển khai và xây dựng thêm các dịch vụ hỗ trợ phù hợp để tối ưu hóa hiệu quả điều trị. Bên cạnh đó sẽ giúp cải

thiện các điểm bất cập hoặc thiếu sót trong quá trình chăm sóc và điều trị, nâng cao chất lượng phẫu thuật robot nói riêng và chất lượng dịch vụ y tế nói chung.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân về phẫu thuật Robot cắt phổi tại Khoa Ngoại Lồng Ngực Bướu Cổ, Bệnh viện Bình Dân, với các mục tiêu nghiên cứu sau đây:

- Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về chăm sóc hậu phẫu.
- Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về quy trình điều trị chăm sóc hậu phẫu.
- Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế hậu phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân phẫu thuật Robot cắt phổi tại Khoa Ngoại Lồng Ngực Bướu Cổ, Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang,

Cỡ mẫu: Toàn bộ các Bệnh nhân phẫu thuật Robot cắt phổi tại Khoa Ngoại Lồng Ngực Bướu Cổ, Bệnh viện Bình Dân.

Cách thu thập số liệu:

Nghiên cứu này được thực hiện bằng cách sử dụng bảng khảo sát câu hỏi, dựa trên Bộ câu hỏi Khảo sát hài lòng người bệnh nội trú của Cục Quản lý Khám chữa bệnh Bộ Y tế và Bộ câu hỏi Khảo sát hài lòng người bệnh của Phòng Quản lý Chất lượng Bệnh viện Bình Dân.

Bộ câu hỏi đã được điều chỉnh để phù hợp với bệnh nhân xuất viện sau phẫu thuật robot cắt phổi với Cronbach alpha là 0,79. Mức điểm đánh giá được chia thành 5 cấp độ: 1 – rất không hài lòng (1–1,80), 2 – không hài lòng (1,81–2,60), 3 – bình thường (2,61–3,40), 4 – hài lòng (3,41–4,20), và 5 – rất hài lòng (4,21–5).

Bệnh nhân sẽ được mời tham gia khảo sát bằng bộ câu hỏi sau khi hoàn tất thủ tục xuất viện. Sau khi thu thập đầy đủ dữ liệu khảo sát, thông tin sẽ được mã hóa, bảo mật và xử lý bằng phần mềm SPSS 20 để cho ra kết quả phân tích cuối cùng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

❖ Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Tuổi của bệnh nhân: Tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,91 \pm 12,299$, với độ tuổi dao động từ 32 đến 81. Số ngày hậu phẫu: Số ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $8,06 \pm 0,802$ ngày, trong đó ít nhất là 7 ngày và nhiều nhất là 10 ngày.

Nơi cư ngụ: 62,9% bệnh nhân sống ở nông thôn, trong khi 37,1% sống ở thành thị. Nghề nghiệp: Đa số bệnh nhân thuộc nhóm không nghề hoặc hưu trí (68,6%), tiếp theo là lao động chân tay (17,1%) và lao động trí óc

(14,3%). Thu nhập: 42,9% bệnh nhân có thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng, 45,7% có thu nhập từ 5-10 triệu đồng/tháng, và 11,4% có thu nhập dưới 5 triệu đồng/tháng.

❖ Kết quả của phẫu Robot cắt phổi.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $165 \pm 65,1$ phút. Lượng máu mất trung bình là $105 \pm 68,48$ mL, thấp hơn so với mổ nội soi và phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả quốc tế khác về phẫu thuật Robot cắt phổi. Biến chứng sau mổ chỉ ghi nhận viêm phổi nhẹ ở 2/26 bệnh nhân (7,7%), không có xì dò khí phế quản hay biến chứng nặng, không tử vong.

Thời gian hậu phẫu trung bình là $7,04 \pm 1,51$ ngày, và thời gian lưu dẫn lưu trung bình $3,38 \pm 0,7$ ngày. Mức độ đau sau mổ thấp và giảm từ $3,62 \pm 0,75$ (ngày đầu hậu phẫu) xuống còn $0,86 \pm 0,53$ (khi xuất viện).

Kết quả sau mổ 100% tốt.

Bảng 1. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về chăm sóc hậu phẫu.

Nội dung			Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh					Điểm trung bình	Mức độ
			1	2	3	4	5		
1	Tư vấn, giải thích vào hậu phẫu 1	N	0	0	0	11	24	$4,69 \pm 0,471$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	31,4	68,6		
2	Tư vấn, hướng dẫn vật lý trị liệu hô hấp	N	0	0	0	9	26	$4,74 \pm 0,443$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	25,7	74,3		
3	Tư vấn về dinh dưỡng	N	0	0	0	17	18	$4,51 \pm 0,507$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	48,6	51,4		
4	Thực hiện đánh giá đau sau mổ	N	0	0	0	9	26	$4,74 \pm 0,443$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	25,7	74,3		
5	Chăm sóc, thay băng vết mổ	N	0	0	0	9	26	$4,74 \pm 0,443$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	25,7	74,3		
6	Thực hiện thuốc, y lệnh	N	0	0	0	11	24	$4,69 \pm 0,471$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	31,4	68,6		
7	Chăm sóc dẫn lưu màng phổi	N	0	0	0	11	24	$4,69 \pm 0,471$	Rất hài lòng
		%	0	0	0	31,4	68,6		

8	Quan tâm nhu cầu người bệnh	N	0	0	0	12	23	4,66 ± 0,482	Rất hài lòng
		%	0	0	0	34,3	65,7		
9	Đổi xử tử tế, tôn trọng	N	0	0	0	12	23	4,66 ± 0,482	Rất hài lòng
		%	0	0	0	34,3	65,7		
10	Trao đổi thông tin	N	0	0	0	5	30	4,86 ± 0,355	Rất hài lòng
		%	0	0	0	14,3	85,7		
11	Dặn dò theo dõi, sử dụng thuốc khi xuất viện	N	0	0	0	14	21	4,60 ± 0,497	Rất hài lòng
		%	0	0	0	40	60		

Nhận xét: Bệnh nhân có mức độ hài lòng rất cao đối với dịch vụ chăm sóc hậu phẫu, với điểm trung bình từ 4,51 trở lên. Tiêu chí có điểm trung bình cao nhất: "Trao đổi thông tin" có điểm trung bình cao nhất là 4,86. Tiêu chí có điểm trung bình thấp nhất: "Tư vấn về dinh dưỡng" có điểm trung bình thấp nhất là 4,51 điểm.

Bảng 2. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về quy trình điều trị chăm sóc hậu phẫu.

Nội dung			Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh					Điểm trung bình	Mức độ
			1	2	3	4	5		
1	Quy trình thực hiện các xét nghiệm trong quá trình điều trị hậu phẫu	N	0	0	0	12	23	4,66 ± 0,482	Rất hài lòng
		%	0	0	0	34,3	65,7		
2	Quy trình thực hiện các thủ thuật trong quá trình điều trị hậu phẫu	N	0	0	0	15	20	4,57 ± 0,502	Rất hài lòng
		%	0	0	0	42,9	57,1		
3	Quy trình xử trí triệu chứng đau, các triệu chứng than phiền khác của người bệnh hậu phẫu	N	0	0	0	16	19	4,54 ± 0,505	Rất hài lòng
		%	0	0	0	45,7	54,3		
4	Quy trình xử trí triệu chứng cấp cứu cho người bệnh hậu phẫu PT Robot	N	0	0	0	8	27	4,77 ± 0,426	Rất hài lòng
		%	0	0	0	22,9	77,1		

Nhận xét: Bệnh nhân có mức độ hài lòng rất cao đối với quy trình điều trị chăm sóc hậu phẫu, với điểm trung bình từ 4,57 đến 4,77.

Bảng 3. Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế hậu phẫu.

Nội dung			Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh					Điểm trung bình	Mức độ
			1	2	3	4	5		
1	Cơ sở vật chất, giường bệnh, phòng bệnh	N	0	0	0	24	11	4,31 ± 0,471	Rất hài lòng
		%	0	0	0	68,6	31,4		
2	Trang thiết bị y tế, vật tư y tế sử dụng	N	0	0	0	20	15	4,43 ± 0,502	Rất hài lòng
		%	0	0	0	57,1	42,9		

3	Chi phí điều trị đi kèm với chất lượng dịch vụ y tế	N	0	0	13	7	15	4,06 ± 0,906	Hài lòng
		%	0	0	37,1	20	42,9		
4	Cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án, thủ tục hành chính xuất viện	N	0	0	0	12	23	4,66 ± 0,482	Rất hài lòng
		%	0	0	0	34,3	65,7		
5	Dẫn dò tái khám sau xuất viện	N	0	0	0	4	31	4,89 ± 0,323	Rất hài lòng
		%	0	0	0	11,4	88,6		

Nhận xét: Mức độ hài lòng chung: Bệnh nhân hài lòng cao với dịch vụ y tế hậu phẫu, với điểm trung bình từ 4,06 đến 4,89. Tiêu chí có điểm trung bình cao nhất: "Dẫn dò tái khám sau xuất viện" có điểm trung bình cao nhất là 4,89 ± 0,323. Tiêu chí có điểm trung bình thấp nhất: "Chi phí điều trị đi kèm với chất lượng dịch vụ y tế" có điểm trung bình thấp nhất là 4,06 ± 0,906.

IV. BÀN LUẬN

❖ Đặc điểm mẫu nghiên cứu và kết quả của phẫu thuật Robot cắt phổi

Phẫu thuật robot là phương pháp an toàn cho mọi lứa tuổi, kể cả người cao tuổi, với tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,91 tuổi, dao động từ 32 đến 81. Nhờ tính chính xác và ít xâm lấn, phẫu thuật robot cắt phổi giúp giảm đau, giảm tổn thương mô và rút ngắn thời gian hồi phục, phù hợp cho nhóm tuổi lớn, vốn có nguy cơ biến chứng cao hơn¹. Dù bệnh viện Bình Dân là bệnh viện được đặt tại thành phố, nhưng có đến 62,9% bệnh nhân đến từ nông thôn, cho thấy niềm tin của bệnh nhân tuyến dưới vào năng lực điều trị và tiến bộ về khoa học kỹ thuật của Bệnh viện Bình Dân. Sự thu hút này phản ánh uy tín của bệnh viện trong việc cung cấp các dịch vụ y tế tiên tiến, đáp ứng nhu cầu điều trị các bệnh lý phức tạp cho bệnh nhân từ các khu vực ít có điều kiện tiếp cận các dịch vụ y tế cao cấp. Tuy nhiên, phẫu thuật robot điều trị bệnh lý lồng ngực vẫn là điều đáng suy nghĩ với những bệnh nhân có

thu nhập thấp, khi đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng (42,9%) dù nhiều người thuộc nhóm hưu trí hoặc không nghề (68,6%). Để nhiều bệnh nhân hơn có thể tiếp cận phương pháp này, tương lai gần sẽ có thêm các chính sách hỗ trợ bảo hiểm hoặc giảm chi phí, giúp phẫu thuật robot trở nên phổ biến và dễ tiếp cận hơn.

Kết quả sớm trong nghiên cứu của chúng tôi khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới cho kết quả tương đương, khẳng định rằng phẫu thuật Robot là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị cắt phổi ở các bệnh lý lồng ngực, với tỷ lệ biến chứng thấp và khả năng kiểm soát tốt trong quá trình phẫu thuật.

❖ Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về chăm sóc hậu phẫu

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ hài lòng rất cao của bệnh nhân với các dịch vụ chăm sóc hậu phẫu tại khoa, với điểm trung bình ở tất cả các tiêu chí đều trên 4,5. Điều này thể hiện sự tận tâm và chất lượng chăm sóc của đội ngũ điều dưỡng tại khoa. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng đã nhấn mạnh rằng sự hài lòng của bệnh nhân phụ thuộc lớn vào chất lượng chăm sóc và đặc biệt là giao tiếp từ người điều dưỡng. Nghiên cứu của tác giả Cheng và cộng sự về phẫu thuật robot cho thấy giao tiếp và hướng dẫn từ điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc giảm lo lắng và tạo động lực cho bệnh nhân. Sự hỗ trợ tỉ mỉ giúp bệnh nhân

hiểu rõ về quá trình hồi phục, từ đó tăng cảm giác an toàn và cải thiện trải nghiệm điều trị². Sự chăm sóc toàn diện và nhất quán của đội ngũ điều dưỡng từ giai đoạn hậu phẫu đến lúc xuất viện, với các tiêu chí đạt điểm hài lòng rất cao. Các tiêu chí như "Tư vấn, giải thích vào hậu phẫu 1" ($4,69 \pm 0,471$), "Tư vấn, hướng dẫn vật lý trị liệu hô hấp" ($4,74 \pm 0,443$), "Tư vấn về dinh dưỡng" ($4,51 \pm 0,507$), "Thực hiện đánh giá đau sau mổ" ($4,74 \pm 0,443$), "Chăm sóc, thay băng vết mổ" ($4,74 \pm 0,443$) và "Dặn dò theo dõi, sử dụng thuốc khi xuất viện" ($4,60 \pm 0,497$) đều đạt mức rất hài lòng, cho thấy điều dưỡng đã chú trọng từng khía cạnh của quá trình hồi phục.

Một điểm nổi bật trong bảng là tiêu chí "Trao đổi thông tin" có điểm hài lòng trung bình cao nhất ($4,86 \pm 0,355$). Nghiên cứu của Singer và cộng sự cũng chỉ ra rằng sự hài lòng của bệnh nhân không chỉ phụ thuộc vào kết quả lâm sàng mà còn phụ thuộc vào cách điều dưỡng giao tiếp và chăm sóc³. Khi bệnh nhân nhận được thông tin rõ ràng, giải đáp thắc mắc và hỗ trợ tâm lý kịp thời, họ sẽ cảm thấy yên tâm hơn, từ đó hợp tác tốt hơn trong quá trình điều trị. Điều dưỡng tại khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ đã làm rất tốt vai trò này, giúp bệnh nhân nắm rõ tình trạng sức khỏe và các bước hồi phục, tạo cảm giác tin cậy và thoải mái.

Ngoài ra, bệnh nhân mổ phổi cần trải qua quá trình hồi phục gồm tập vật lý trị liệu và chăm sóc theo dõi dẫn lưu màng phổi. Sau phẫu thuật, bệnh nhân thường phải giữ dẫn lưu màng phổi trong vài ngày và cần được hướng dẫn tập thở cũng như vận động nhẹ nhàng để phục hồi chức năng hô hấp. Điều dưỡng tại khoa nhận thức rõ điều này và đã chú trọng vào việc tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân trong các hoạt động này. Các tiêu chí

như "tư vấn hướng dẫn vận động và tập vật lý trị liệu hô hấp" và "chăm sóc dẫn lưu màng phổi" đều có mức hài lòng cao, cho thấy khoa đã nhận thức được tầm quan trọng của các hỗ trợ này trong việc giúp bệnh nhân hồi phục nhanh chóng và hiệu quả.

❖ Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về quy trình điều trị chăm sóc hậu phẫu

Xem xét về quy trình điều trị chăm sóc hậu phẫu, mức độ hài lòng rất cao của bệnh nhân hậu phẫu phẫu thuật Robot tại khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ, với các tiêu chí đều đạt điểm trung bình trên 4,5. Điều này phản ánh sự tin tưởng và hài lòng của bệnh nhân đối với chất lượng chăm sóc y tế mà họ nhận được. Một yếu tố then chốt trong quá trình điều trị là sự hợp tác của bệnh nhân. Đối với phẫu thuật lồng ngực, bệnh nhân cần tuân thủ nghiêm ngặt các hướng dẫn từ đội ngũ y tế, chẳng hạn như tập thở và theo dõi tình trạng sức khỏe, để tránh các biến chứng về hô hấp. Sự hợp tác tích cực này, kết hợp với quy trình điều trị rõ ràng và hiệu quả từ phía điều dưỡng và bác sĩ, đã góp phần đạt được mức độ hài lòng cao như kết quả trong bảng.

Ngoài ra, khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ đặc biệt chú trọng vào quy trình quản lý đau sau phẫu thuật, với tiêu chí "Quy trình xử trí triệu chứng đau, các triệu chứng than phiền khác của người bệnh hậu phẫu" đạt mức hài lòng cao ($4,54 \pm 0,505$). Đây là một khía cạnh quan trọng trong điều trị hậu phẫu lồng ngực, bởi việc kiểm soát đau không chỉ giúp bệnh nhân thoải mái hơn mà còn thúc đẩy quá trình hồi phục nhanh hơn. Theo tác giả Goto và Gharagozloo kiểm soát đau hiệu quả là yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân giảm lo âu và tăng cường khả năng vận động, điều này rất có lợi cho việc phục hồi chức năng hô hấp. Các phương pháp kiểm soát

đầu tiên tiến trong phẫu thuật robot, như gây tê vùng và giảm đau đa phương thức, đã góp phần vào mức độ hài lòng cao của bệnh nhân trong nghiên cứu này ^{4,5}.

Đặc biệt, quy trình xử trí các tình huống cấp cứu sau phẫu thuật lồng ngực đạt hiệu quả cao, với tiêu chí “Quy trình xử trí triệu chứng, chăm sóc cấp cứu cho người bệnh hậu phẫu PT Robot” đạt điểm trung bình cao nhất ($4,77 \pm 0,426$). Phẫu thuật điều trị bệnh lý lồng ngực đi kèm với nguy cơ cao về các cấp cứu hô hấp, có thể đe dọa tính mạng nếu không được xử lý kịp thời. Kết quả này cho thấy bệnh nhân đánh giá rất cao năng lực của đội ngũ y tế trong việc ứng phó với các tình huống nguy kịch, phản ánh tay nghề cao và trình độ chuyên môn vững chắc của các bác sĩ và điều dưỡng trong khoa. Sự hài lòng cao của bệnh nhân đối với quy trình này là minh chứng cho sự chuyên nghiệp và tận tâm trong việc bảo vệ an toàn và sức khỏe của họ.

❖ **Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân về dịch vụ y tế hậu phẫu**

Nghiên cứu chúng tôi cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân đối với cơ sở vật chất và dịch vụ y tế hậu phẫu tại khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ, với điểm trung bình trên các tiêu chí đạt mức “Rất hài lòng”. Tuy nhiên, so với các mục tiêu trước, tỷ lệ bệnh nhân đánh giá hài lòng 5 điểm tuyệt đối trong các tiêu chí về cơ sở vật chất và trang thiết bị không cao. Ví dụ, tiêu chí “Cơ sở vật chất, giường bệnh, phòng bệnh” có tỷ lệ 5 điểm là 31,4%, và “Trang thiết bị y tế, vật tư y tế sử dụng” là 42,9%, thấp hơn đáng kể so với các bảng trước, trong đó nhiều tiêu chí đạt trên 60% đánh giá 5 điểm. Mặc dù đạt mức “Rất hài lòng”, điểm trung bình của các tiêu chí này cũng thấp hơn so với các yếu tố khác, với “Cơ sở vật chất, giường bệnh, phòng bệnh” đạt $4,31 \pm 0,471$ và “Trang thiết bị y

tế, vật tư y tế sử dụng” đạt $4,43 \pm 0,502$, cho thấy cơ sở vật chất và trang thiết bị ở mức chấp nhận được nhưng chưa hoàn toàn đáp ứng kỳ vọng cao nhất của bệnh nhân.

Nguyên nhân của điều này có thể là do Bệnh viện Bình Dân là bệnh viện công, tuyến cuối, nơi thường xuyên trong tình trạng quá tải khi phải tiếp nhận số lượng lớn bệnh nhân từ các tuyến dưới chuyển đến. Phòng ốc dù đã được tái đầu tư và sửa chữa, nhưng với tần suất sử dụng cao, cơ sở vật chất dễ bị xuống cấp nhanh chóng, ảnh hưởng đến trải nghiệm của bệnh nhân. Dù bệnh viện đã nỗ lực cải thiện môi trường điều trị, trong điều kiện công suất hoạt động lớn, việc duy trì chất lượng cơ sở vật chất ở mức tốt nhất là một thách thức.

Tiêu chí về chi phí điều trị chỉ đạt mức “Hài lòng” ($4,06 \pm 0,906$), cho thấy chi phí vẫn là một rào cản lớn đối với bệnh nhân, đặc biệt là với những người đến từ nông thôn và người cao tuổi – nhóm thường có thu nhập thấp và gặp nhiều khó khăn về tài chính. Theo nghiên cứu của Patel và cộng sự, chi phí là một yếu tố gây khó khăn trong việc tiếp cận phẫu thuật robot, mặc dù nhiều bệnh nhân sẵn sàng chi trả cao hơn để được tiếp cận dịch vụ tiên tiến ⁶. Trong nghiên cứu này, đa số bệnh nhân tham gia phẫu thuật robot có thu nhập trên 10 triệu đồng/tháng, cho thấy phẫu thuật robot hiện chủ yếu phục vụ nhóm bệnh nhân có khả năng chi trả tốt, trong khi những người có thu nhập thấp vẫn gặp nhiều khó khăn khi tiếp cận dịch vụ này.

Ngoài ra, các tiêu chí “Cung cấp thông tin về hồ sơ bệnh án, thủ tục hành chính xuất viện” và “Đặn dò tái khám sau xuất viện” đạt điểm hài lòng cao (lần lượt là $4,66 \pm 0,482$ và $4,89 \pm 0,323$), cho thấy đội ngũ y tế đã hỗ trợ tích cực trong việc hoàn tất thủ tục hành chính và hướng dẫn bệnh nhân sau xuất viện. Điều này giúp bệnh nhân tự tin và sẵn sàng hơn trong việc tự chăm sóc sức khỏe tại nhà.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân sau phẫu thuật Robot cắt phổi tại khoa Ngoại Lồng ngực Bướu cổ - Bệnh viện Bình Dân có mức độ hài lòng cao về chăm sóc hậu phẫu, đặc biệt là sự hỗ trợ tận tâm từ đội ngũ y tế trong quá trình từ hồi phục đến xuất viện và dặn dò tái khám. Tuy nhiên, các yếu tố như cơ sở vật chất và chi phí điều trị vẫn là thách thức, khi mức độ hài lòng với các tiêu chí này chưa cao bằng các yếu tố khác. Điều này phản ánh những hạn chế về cơ sở vật chất do tình trạng quá tải và chi phí cao của phẫu thuật robot.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- **Nâng cấp cơ sở vật chất:** Đầu tư thêm vào phòng ốc và trang thiết bị y tế để duy trì chất lượng chăm sóc trong điều kiện quá tải.

- **Hỗ trợ tài chính:** Phát triển các chương trình hỗ trợ chi phí, hợp tác với bảo hiểm và tổ chức từ thiện để phẫu thuật robot dễ tiếp cận hơn.

- **Duy trì chất lượng giao tiếp:** Tiếp tục phát huy giao tiếp và hướng dẫn hậu phẫu kỹ lưỡng để bệnh nhân tự tin chăm sóc sức khỏe tại nhà.

Nghiên cứu này chỉ ra những thành công và lĩnh vực cần cải thiện, góp phần giúp bệnh viện nâng cao chất lượng dịch vụ và mang lại trải nghiệm điều trị tích cực cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang H, Liang W, Zhao L, et al.** Robotic Versus Video-assisted Lobectomy/Segmentectomy for Lung Cancer: A Meta-analysis. *Annals of surgery*. Aug 2018;268(2):254-259. doi:10.1097/sla.0000000000002346
2. **Cheng M, Ding R, Xu W, Wang S.** Analyzing robotic surgery impact on recovery quality & emotions. *Heliyon*. Jan 15 2024;10(1): e23905. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e23905
3. **Singer ES, Merritt RE, D'Souza DM, Moffatt-Bruce SD, Kneuert PJ.** Patient Satisfaction After Lung Cancer Surgery: Do Clinical Outcomes Affect Hospital Consumer Assessment of Health Care Providers and Systems Scores? *The Annals of Thoracic Surgery*. 2019;108(6):1656-1663. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.06.080
4. **Farid G.** Pain management following robotic thoracic surgery. *Mini-invasive Surgery*. 2020;4:8. doi:10.20517/2574-1225.2019.62
5. **Goto T.** What is the best pain control after thoracic surgery? *Journal of thoracic disease*. Mar 2018;10(3): 1335-1338. doi:10.21037/jtd.2018.03.63
6. **Patel YS, Kay M, Churchill IF, et al.** Robotic thoracic surgery in Canada: Are patients willing to pay out of pocket? *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. Sep-Oct 2022;65(5):E683-e687. doi:10.1503/cjs.021721

KẾT QUẢ TẠO HÌNH HẸP NIỆU ĐẠO HÀNH THEO PHƯƠNG PHÁP CẮT NỐI TẬN – TẬN HAI LỚP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Chung Tấn Tinh¹, Lê Nguyễn Hải Đăng¹, Lê Thanh Tuấn¹,
Nguyễn Hoàng Nam¹, Đỗ Lệnh Hùng¹,
Mai Bá Tiến Dũng¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chúng tôi giới thiệu phương pháp phẫu thuật tạo hình niệu đạo hành theo phương pháp cắt nối tận – tận hai lớp.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 39 trường hợp (case-series) tạo hình niệu đạo tạo hình niệu đạo hành theo phương pháp cắt nối tận – tận hai lớp tại Bệnh viện Bình Dân từ tháng 04/2022.

Kết quả: Trong 39 trường hợp nghiên cứu ghi nhận đặc điểm lâm sàng chủ yếu là tiểu khó. Tỷ lệ thành công là 38 trường hợp chiếm 97,4%. Tình trạng cải thiện đường tiểu tốt cùng với mức độ hài lòng sau phẫu thuật: IPSS trung bình 6,9 điểm; QoL trung bình 1,14 điểm. Không ghi nhận trường hợp biến chứng như: tổn thương trực tràng, áp xe vùng tầng sinh môn, chảy máu niệu đạo. Khảo sát theo phân độ Clavien – Dindo với tỷ lệ không biến chứng là 79,4%; độ I là 15,4% và độ II là 5,2%.

Kết luận: Đối với hẹp niệu đạo trước ≤ 2 cm ở đoạn niệu đạo hành thì lựa chọn cắt nối tận – tận 2 lớp là một lựa chọn rất phù hợp và khả thi. Chăm sóc sau mổ, tránh nhiễm khuẩn vết mổ, sử dụng ống thông niệu đạo chất liệu silicon là điều

quan trọng góp phần thành công cho phẫu thuật tạo hình cắt nối tận-tận 2 lớp đoạn niệu đạo hành. Phẫu thuật cắt nối tận – tận 2 lớp tại đoạn niệu đạo hành có thể rút thông niệu đạo và xuất viện sớm hơn so với cắt nối tận – tận thông thường.

Từ khóa: hẹp niệu đạo hành, tạo hình niệu đạo hành bằng phương pháp cắt nối tận tận 2 lớp.

SUMMARY

RESULT OF BULBAR URETHROPLASTY USING DOUBLE LAYER END-TO-END ANASTOMOSIS AT BINH DAN HOSPITAL

Background: This study presents the surgical method of bulbar urethroplasty utilizing a two-layer end-to-end anastomosis technique.

Subjects and Methods: We conducted a retrospective analysis of 39 cases involving bulbar urethroplasty utilizing the two-layer end-to-end anastomosis technique at Binh Dan Hospital from April 2022.

Results: Among the 39 cases studied, the primary clinical symptom observed was dysuria. The success rate was 38 cases, yielding a success rate of 97.4%. There was notable improvement in urinary function and postoperative satisfaction, with an average International Prostate Symptom Score (IPSS) of 6.9 points and an average Quality of Life (QoL) score of 1.14 points. No complications occurred, including rectal damage, perineal abscess, or urethral bleeding. The complications were assessed using the Clavien-Dindo classification, which revealed a

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Chung Tấn Tinh

SĐT: 0979060302

Email: bstinh87@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

complication-free rate of 79.4%; Grade I complications accounted for 15.4%, and Grade II complications for 5.2%.

Conclusion: For anterior urethral strictures measuring ≤ 2 cm within the bulbar urethral segment, the two-layer end-to-end anastomosis is a highly suitable and feasible option. Key factors contributing to the success of this surgical technique include effective postoperative care to prevent wound infections and the use of a silicone urethral catheter. The two-layer end-to-end anastomosis technique at the bulbar urethra allows for a quicker recovery and earlier hospital discharge compared to conventional end-to-end anastomosis methods.

Keywords: Bulbar urethral stricture, bulbar urethroplasty, double-layer end-to-end anastomosis technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp niệu đạo là bệnh lý gây ra bởi sự xơ hóa mạn tính làm hẹp lòng niệu đạo mà nguyên nhân là do chấn thương, nhiễm khuẩn niệu đạo mạn tính hay do các thủ thuật, phẫu thuật làm tổn thương niệu đạo.^{1,2,3} Việt Nam là một nước đang phát triển với tai nạn giao thông từ xe gắn máy, tai nạn sinh hoạt như té cầu khí, té cầu thang, té ghe... dẫn đến chấn thương niệu đạo.⁴ Trong chấn thương hệ niệu – sinh dục thì chấn thương niệu đạo trước chiếm khoảng 15% chủ yếu là đoạn niệu đạo hành bị chấn thương do đặc điểm giải phẫu học liên quan đến vùng tầng sinh môn thường hay bị chấn thương.⁴ Do đó bệnh nhân có bệnh lý hẹp niệu đạo hành chiếm tỉ lệ không thấp, triệu chứng của bệnh hẹp niệu đạo hành thường là tiểu khó, bí tiểu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu nặng gây rò niệu đạo, áp xe vùng tầng sinh môn...^{1,5,6} gây ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe, sinh hoạt và công việc của nhiều

bệnh nhân. Từ đó, quá trình điều trị hẹp niệu đạo hành trở nên là vấn đề bức thiết cho các nhà tiết niệu giúp bệnh nhân trở về cuộc sống bình thường mang lại ý nghĩa thiết thực góp phần cải thiện gánh nặng xã hội.

Trên thế giới, kỹ thuật cắt nối tận – tận 2 lớp đoạn niệu đạo hành thường được sử dụng cho đoạn hẹp ngắn vì tỉ lệ thành công cao 87.9% - 98.8%.^{7,8,9} Ngoài ra có nghiên cứu cho thấy kỹ thuật cắt nối tận-tận hai lớp trong niệu đạo hành có kết quả lành miệng nối sớm rất tốt khi không ghi nhận tình trạng thoát thuốc cản quang qua chẩn đoán hình ảnh học sau phẫu thuật.¹⁰ Phương pháp phẫu thuật trên còn được nghiên cứu với kết luận có nhiều triển vọng trong việc rút ngắn thời gian nằm viện cũng như rút ống thông sớm cho bệnh nhân.¹¹

Tại Việt Nam, phẫu thuật cắt nối niệu đạo hành có thể đã được thực hiện nhiều nơi tuy nhiên vẫn chưa có nhiều nghiên cứu báo cáo rộng rãi và đề cập cụ thể về kỹ thuật cắt nối tận – tận 2 lớp. Với những lợi ích của phẫu thuật này đã nêu ở phần trên, chúng tôi muốn thực hiện nghiên cứu báo cáo về kỹ thuật này nhằm đưa ra một cơ sở khoa học bước đầu đánh giá việc điều trị bệnh lý hẹp niệu đạo hành. Qua đó tìm hiểu về kỹ thuật này nếu thực hiện tại Việt Nam có tỉ lệ thành công và biến chứng ra sao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi lấy tất cả hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán hẹp niệu đạo hành và được phẫu thuật cắt nối tận – tận 2 lớp, theo dõi 12 tháng hậu phẫu tại đơn vị Niệu Đạo – khoa Niệu C bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2022 – 11/ 2023.

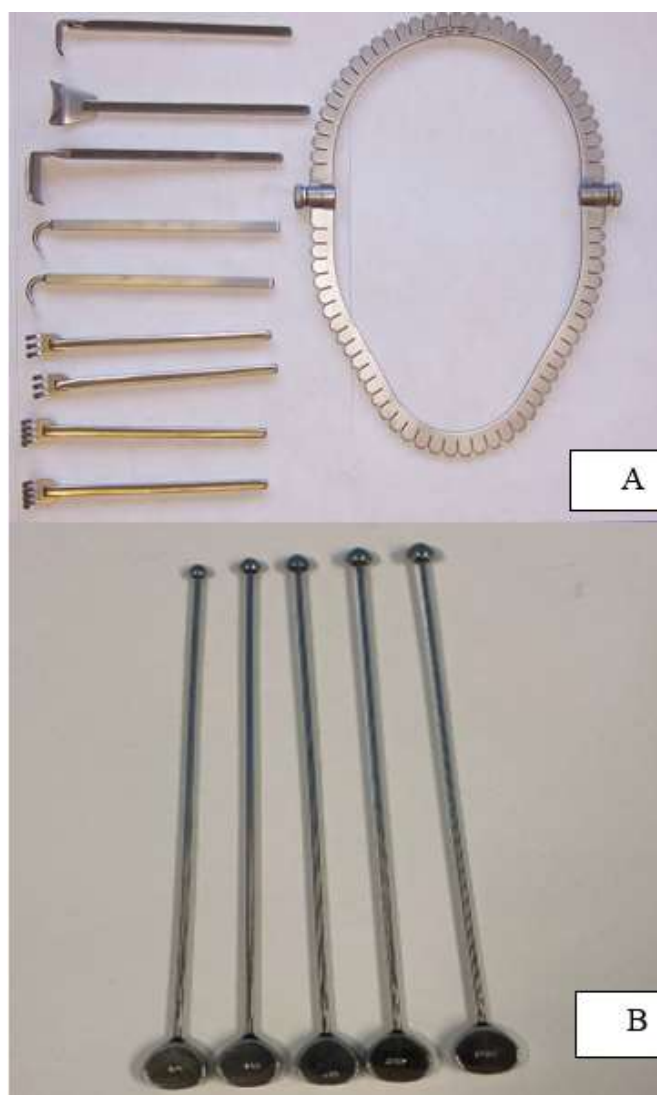
2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Thu thập toàn bộ mẫu thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu từ tháng 1/2022 đến tháng 11/2023 tại bệnh viện Bình Dân.

2.3. Phẫu thuật tạo hình cắt nối tận – tận 2 lớp đoạn niệu đạo hành trong nghiên cứu

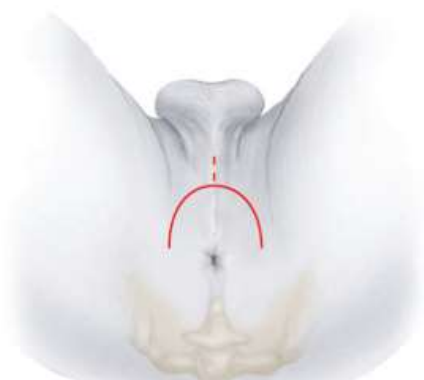
Dụng cụ: tại đơn vị Niệu Đạo - bệnh viện Bình Dân sử dụng một số dụng cụ hỗ trợ cho phẫu thuật bao gồm: máy nội soi niệu đạo – bàng quang ống mềm, bộ banh tự động Jordan – Simpson, bộ bougie thăm dò với kích thước tăng dần.



Hình 2.1: A. Bộ banh Jordan – Simpson; B. Bougie thăm dò kích thước lòng niệu đạo

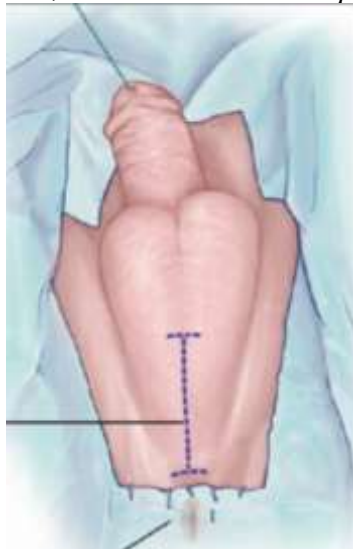
Các bước phẫu thuật bao gồm:

- Tư thế bệnh nhân: sản phụ khoa
- Rạch da vùng tầng sinh môn hình chữ lambda, đỉnh chữ U ngay tại giao điểm tầng sinh môn và bìu hoặc rạch da đường giữa tầng sinh môn.



Hình 2.2: Đường rạch da lambda vùng tầng sinh môn

“Nguồn: Mundy, A.R., *Anastomotic Urethroplasty*. BJU International, 2005”¹²



Hình 2.2: Đường rạch da đường giữa tầng sinh môn

“Nguồn: Martins FE, *Textbook of Male Genitourethral Reconstruction*, 2020”¹³

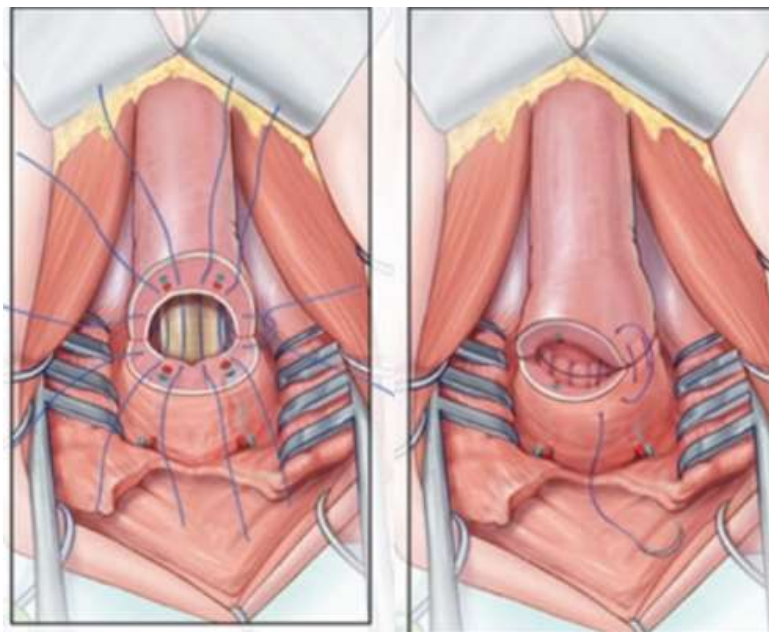
Bóc tách cơ hành xóp niệu đạo, bộc lộ toàn bộ niệu đạo hành.

Xác định đoạn hẹp, cắt bỏ đoạn hẹp và cắt vát 2 đầu đoạn hẹp, cắt lọc hết toàn bộ mô xơ sẹo, thăm dò 2 đầu bằng Bougie đến khi niệu đạo rộng rãi bình thường từ 28Fr – 30Fr.

Tiến hành nối tận – tận tại mặt lưng bằng chỉ đơn sợi 4.0 (chỉ tự tan), khâu 3 mũi rời 1 lớp lấy cả niêm mạc niệu đạo và phần thể xóp mỏng bao quanh tại mặt lưng niệu đạo. Sau đó tiếp tục khâu mũi rời bằng chỉ đơn sợi 5.0 (chỉ tự tan) chủ yếu lấy phần niêm

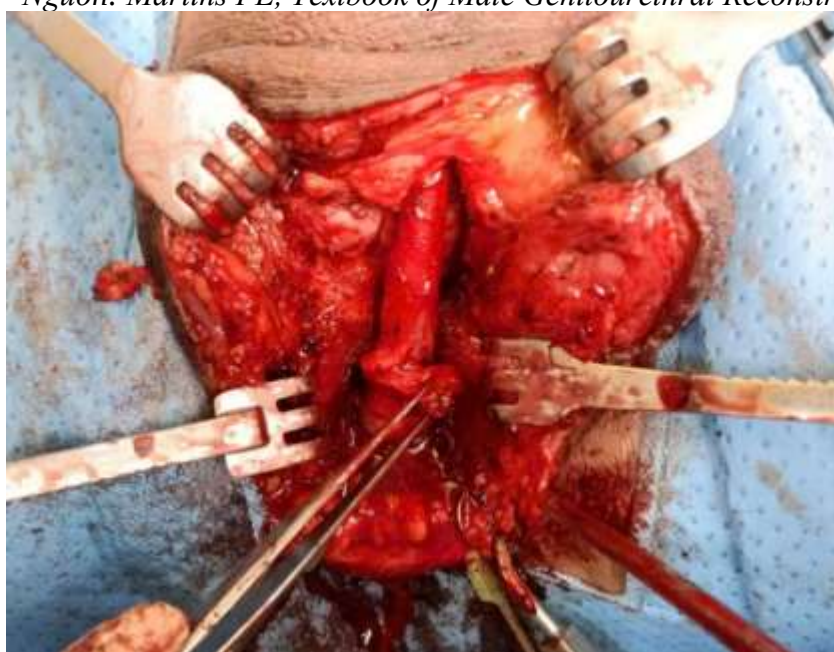
mạc của niệu đạo còn lại và cho nơ chỉ nằm bên trong lòng niệu đạo để tránh tạo khoảng hở khi nối lớp thể xóp tại phần mặt bụng còn lại. Sau cùng là khâu nối phần thể xóp tại mặt bụng còn lại bằng chỉ đơn sợi 5.0 (chỉ tự tan) với mũi liên tục.

Bệnh nhân được đặt thông niệu đạo bằng Foley silicon 14Fr hoặc 16Fr và mở bàng quang ra da bằng Foley silicon 16Fr hoặc 18Fr. Sử dụng dẫn lưu áp lực âm vùng tầng sinh môn. Đóng cân mô dưới da và khâu da lại.



Hình 2.3: Hình mô tả phương pháp cắt nối tận - tận 2 lớp trong nghiên cứu

“Nguồn: Martins FE, Textbook of Male Genitourethral Reconstruction, 2020”¹³



Hình 2.4: Hình ảnh trong phẫu thuật của Bệnh nhân số 25

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 1/2022 đến 12/2023, chúng tôi ghi nhận 39 trường hợp được phẫu thuật cắt nối tận – tận 2 lớp đoạn niệu đạo hành được thực

hiện tại đơn vị Niệu Đạo - bệnh viện Bình Dân với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình là $48,3 \pm 14,4$.

- Độ tuổi bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm trung niên với 56,4%.

- Trường hợp nhỏ tuổi nhất 24 tuổi, lớn nhất 79 tuổi.

3.2. Lý do nhập viện

- Có 15 trường hợp nhập viện vì bí tiểu chiếm 38,5%.

- Có 24 trường hợp nhập viện vì tiểu khó chiếm 61,5 %.

- Như vậy, ghi nhận có 2 lý do nhập viện là tiểu khó và bí tiểu, không ghi nhận lý do

khác, trong đó triệu chứng tiểu khó chiếm nhiều hơn.

3.3. Thời gian từ khi xuất hiện tiểu khó đến khi được phẫu thuật

- Tỉ lệ bệnh nhân từ lúc khởi phát tiểu khó đến khi được can thiệp phẫu thuật niệu đạo trên 12 tháng chiếm 56,4% (22TH).

- Các bệnh nhân chịu đựng tình trạng tiểu khó trên 1 năm chiếm nhiều hơn.

3.4. Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo

Khai thác bệnh sử của bệnh nhân ghi nhận các nguyên nhân bao gồm:

Bảng 3.1: Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo.

Nguyên nhân gây hẹp	Số TH (%)	Tỉ lệ (%)
Chấn thương	26	66,7
Lưu thông niệu đạo lâu ngày	3	7,6
Cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt	1	2,6
Nội soi gấp sỏi niệu đạo	1	2,6
Vô căn	8	20,5
Tổng	39	100

Nhận xét:

- Mẫu nghiên cứu ghi nhận chấn thương niệu đạo là nguyên nhân chính với 26 trường hợp (66,7%).

- Có 8 trường hợp (20,5%) chưa tìm được nguyên nhân gây hẹp được xếp vào nhóm vô căn.

3.5. Kết quả cấy nước tiểu làm kháng sinh đồ

Cả 39 trường hợp (100%) trong mẫu nghiên cứu được cấy nước tiểu trước phẫu thuật, ghi nhận 28/39 trường hợp (71,8%) định danh được vi khuẩn, chi tiết trong bảng:

Bảng 3.2: Kết quả vi khuẩn nuôi cấy định danh.

Loại vi khuẩn	Số TH	Tỉ lệ %
Escherichia coli	9	32,2
Klebsiella pneumoniae	6	21,4
Enterococcus cloacae	3	10,7
Citrobacter freundii	1	3,57
Escherichia faecalis	1	3,57
Proteus mirabilis	1	3,57
Pseudomonas aeruginosa	1	3,57
Pseudomonas ariguania	1	3,57
Pseudomonas stuartii	1	3,57

Staphilococcus aureus	1	3,57
Serratia marcescens	1	3,57
Strenotrophomonas	1	3,57
Streptococcus aralatae	1	3,57
Tổng số	28	100

Nhận xét:

- Escherichia coli là tác nhân gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên mẫu nghiên cứu phổ biến nhất với 9 trường hợp (32,2%).

- Klebsiella pneumoniae chiếm tỉ lệ thứ hai với 6 trường hợp (21,4%).

3.6. Độ dài đoạn hẹp

- Độ dài đoạn hẹp trung bình là $1,3 \pm 0,5$ cm.

- Độ dài đoạn hẹp ngắn nhất là 1 cm, và dài nhất là 2 cm.

3.7. Thời gian phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $127 \pm 36,9$ phút

- Thời gian phẫu thuật lâu nhất là 240 phút

- Thời gian phẫu thuật kết thúc sớm nhất 90 phút.

3.8. Tai biến trong lúc phẫu thuật

- Không ghi nhận trường hợp nào xảy ra tai biến trong lúc phẫu thuật (0%).

3.9. Kết quả sau rút thông niệu đạo

- Tại thời điểm sau phẫu thuật 3 tuần, bệnh nhân được tái khám, rút thông niệu đạo và chụp phim VCUG với kết quả như sau:

Bảng 3.3: Kết quả chụp phim VCUG sau mổ khoảng 3 tuần.

Kết quả chụp VCUG	Số TH (n)	Tỉ lệ (%)
1. Nước tiểu thông tốt, không xì rò	34	87,2
2. Nước tiểu thông, có rò	5	12,8
3. Nước tiểu không qua được	0	0
Tổng	39	100

Nhận xét:

- Tại thời điểm 3 tuần sau phẫu thuật, nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào hẹp niệu đạo tái phát, các bệnh nhân đều tiểu dễ, tiểu thông.

- Mẫu nghiên cứu ghi nhận 5 trường hợp (12,3%) có rò niệu đạo sau phẫu thuật, được lưu thông niệu đạo thêm 01 tuần.

- Cả 5 trường hợp sau lưu thông 1 tuần đều chụp VCUG lại ghi nhận hết rò niệu đạo.

3.10. Kết quả nội soi niệu đạo – bàng quang ngược chiều

- Cả 39 trường hợp (100%) được nội soi niệu đạo ngược chiều tại thời điểm 4 tháng sau phẫu thuật.

- Mẫu nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp (2,6%) ghi nhận máy soi mềm 16Fr không qua được, trường hợp này xếp vào nhóm hẹp niệu đạo được phẫu thuật tạo hình thất bại.

- Tỉ lệ phẫu thuật thành công là 97,4%.

3.11. Kết quả Qmax trên niệu dòng đồ sau phẫu thuật

- Tất cả 39 trường hợp trong mẫu nghiên cứu (100%) được thực hiện phép đo niệu dòng sau phẫu thuật.

- Qmax trung bình là $25,2 \pm 5,3$ ml/s.

- Trường hợp Qmax cao nhất đạt được là 36,5 ml/s.

- Qmax thấp nhất được ghi nhận là 1 trường hợp hẹp niệu đạo tái phát với Qmax là 9 ml/s.

3.12. Kết quả IPSS sau phẫu thuật

- Sau phẫu thuật, bệnh nhân được tái khám ghi nhận điểm số IPSS sau mổ: $6,9 \pm 5,5$ điểm

- Điểm IPSS cao nhất là 30 điểm và thấp nhất là 2 điểm.

3.13. Thời gian lưu thông niệu đạo

- Thời gian lưu thông niệu đạo trung bình là $19,8 \pm 1,5$ ngày (19-28 ngày).

- Bệnh nhân được lưu thông niệu đạo 14 Fr chất liệu silicon, sau xuất viện sẽ mang thông niệu đạo và thông bàng quang ra da sau 3 tuần kể từ ngày phẫu thuật. Tại thời điểm tái khám, bệnh nhân được rút thông niệu đạo bàng quang và chụp phim VCUG. Với những trường hợp niệu đạo thông tốt, bệnh nhân được rút thông bàng quang ra da còn lại. Với những trường hợp nghi ngờ có đường rò bệnh nhân được lưu thông niệu đạo thêm 07 ngày và tái khám kiểm tra qua VCUG lần 2.

- Có 5 trường hợp (12,8%) rò niệu đạo sau phẫu thuật được lưu thông niệu đạo thêm

1 tuần, kết quả chụp VCUG lần 2 ghi nhận cả 5 trường hợp niệu đạo thông tốt, không có đường rò, được rút thông niệu đạo xuất viện.

3.14. Thời gian nằm viện

- Thời gian nằm viện trung bình $10,3 \pm 3,8$ ngày, trong đó, thời gian nằm viện ngắn nhất là 6 ngày, và dài nhất là 21 ngày.

- Số ngày hậu phẫu là $5,4 \pm 1,2$ ngày, trong đó số ngày hậu phẫu thấp nhất là 4 và cao nhất là 9 ngày.

- Mẫu nghiên cứu ghi nhận chỉ một trường hợp thời gian hậu phẫu là 9 ngày do bệnh nhân xảy ra tình trạng thâm dịch vết mổ sau phẫu thuật.

3.15. Biến chứng sau phẫu thuật

- Bệnh nhân sau phẫu thuật được theo dõi tình trạng sinh hiệu, vết mổ, các ống dẫn lưu, thông niệu đạo bàng quang và thông bàng quang ra da. Các biến chứng được ghi nhận và phân độ theo thang điểm Clavien – Dindo.

Bảng 3.4: Các biến chứng hậu phẫu và phân độ

Tên biến chứng	Số TH (n)	Tỉ lệ (%)	Phân độ Clavien - Dindo
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	2,6	II
Thâm dịch vết mổ	1	2,6	I
Viêm mào tinh hoàn	1	2,6	II
Rò niệu đạo	5	12,8	I
Chảy máu	0	0	II

Nhận xét:

- Biến chứng thường gặp nhất là rò niệu đạo với 5 trường hợp (12,8%)

- Các biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, thâm dịch vết mổ, viêm mào tinh hoàn gặp ở 1 trường hợp (2,6%).

3.16. Thời gian dùng kháng sinh sau phẫu thuật

- Tất cả 39 trường hợp (100%) đều được sử dụng kháng sinh điều trị chu phẫu.

- Thời gian dùng kháng sinh sau phẫu thuật trung bình $10,4 \pm 3,6$ ngày, thấp nhất là 5 ngày và lâu nhất là 22 ngày.

3.17. Thời gian lưu ống dẫn lưu

- Thời gian lưu ống dẫn lưu là $4 \pm 0,7$ ngày.

- Trường hợp rút ống dẫn lưu sớm nhất là 3 ngày.

- Thời gian lưu ống dẫn lưu lâu nhất là 7 ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân

4.1.1. Về độ tuổi

Tuổi trung bình của 39 bệnh nhân là 48,3 ± 14,4.

Nhóm tuổi nhiều nhất là 40 – 60 tuổi, kế đến là 18 – 40 tuổi và cuối cùng là trên 60 tuổi.

Tham khảo kết quả của các tác giả khác về tuổi của bệnh nhân nhận thấy nhóm bệnh nhân trong các nghiên cứu đều ghi nhận ở độ tuổi lao động là nằm trong khoảng 38 – 50 tuổi.^{11,34} Với độ tuổi trung bình của Santucci là 38 và của tác giả Waterloos là 50 thì độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 48,3 cho thấy sự tương đồng về đặc điểm độ tuổi trong mẫu nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi tập trung trong những trường hợp hẹp niệu đạo hành, với đoạn hẹp ngắn, thường gặp do nguyên nhân chấn thương và đa số là những trường hợp hẹp niệu đạo phát hiện lần đầu, dẫn đến lứa tuổi thường gặp được áp dụng phương pháp phẫu thuật này thường trẻ và nằm trong độ tuổi lao động. Với độ tuổi trẻ và đa số phát hiện hẹp niệu đạo lần đầu chúng tôi nhận thấy các bệnh nhân ngày càng tự tìm hiểu nhiều thông tin liên quan đến sức khỏe nên được thăm khám và điều trị kịp thời giúp cho quá trình điều trị hẹp niệu đạo được thuận lợi hơn, đây là yếu tố quan trọng vì phẫu thuật tạo hình lần đầu luôn có tỉ lệ thành công cao hơn so với những trường hợp tái phát đã qua can thiệp nhiều lần.

4.1.2. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Theo Barbagli, hẹp niệu đạo là nguyên nhân thường gặp gây rối loạn đường tiểu dưới với triệu chứng gồm tiểu khó, bí tiểu. Hẹp niệu đạo nếu không điều trị tốt là yếu tố

thuận lợi dẫn đến nhiễm khuẩn niệu, sỏi niệu đạo, dày thành bàng quang và túi ngách bàng quang, áp xe và rò vùng đáy chậu.^{14,15}

Trong nghiên cứu này, ghi nhận có 24 trường hợp (61,5%) tiểu khó và 15 trường hợp (38,5%) bí tiểu. Các trường hợp tiểu khó trong hẹp niệu đạo trước thường không đáp ứng điều trị nội và tiểu khó ngày càng tăng dần, trong trường hợp tiểu khó với đoạn hẹp ngắn bệnh nhân có thể miêu tả có “vật cản” tại đường tiểu, khi rặn mạnh qua được “vật cản” sẽ tiểu dễ hơn. Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu đều được can thiệp tạo hình sau 3 tháng kể từ khi chấn thương vì để quá trình hình thành mô xơ sẹo ổn định hoàn toàn để khi phẫu thuật các mô xơ sẹo sẽ được loại bỏ triệt để.¹³ Trong khoảng thời gian chờ đợi để được phẫu thuật tạo hình nếu bệnh nhân có bí tiểu hoặc nhiễm khuẩn đường tiết niệu không đáp ứng điều trị nội khoa sẽ được mở bàng quang ra da trước. Khác với các chấn thương có kèm với vỡ xương chậu các bệnh nhân thường có triệu chứng bí tiểu do niệu đạo bị di lệch nhiều hoặc đứt niệu đạo dẫn đến đa số các bệnh nhân phải chuyển lưu nước tiểu mở bàng quang ra da trước.¹³

4.1.3. Nguyên nhân gây hẹp niệu đạo

Theo McAnich, hầu hết hẹp niệu đạo do chấn thương và viêm nhiễm. Mặc dù hẹp niệu đạo do lậu cầu ngày nay hiếm gặp hơn trước, viêm nhiễm vẫn là nguyên nhân thường gặp. Tổn thương có thể từ bên trong, do các ống thông hoặc dụng cụ nội soi kích thước lớn gây chảy máu. Chấn thương từ ngoài gây tổn thương một phần hoặc hoàn toàn niệu đạo, gây hẹp nhanh và phức tạp.⁶

Mẫu nghiên cứu ghi nhận nguyên nhân chính gây hẹp niệu đạo trước là do chấn thương chiếm 66,7%

Số trường hợp hẹp niệu đạo chưa tìm được nguyên nhân cũng chiếm tỉ lệ cao với

20,5%.

Kết quả này cũng tương tự với kết quả của tác giả Santucci khi chấn thương và chưa tìm được nguyên nhân là nhóm có tỉ lệ cao nhất.⁷

Tại Việt Nam, do tình hình giao thông phức tạp, nhiều trường hợp bị tai nạn giao thông dẫn đến hẹp niệu đạo hành do chấn thương. Bên cạnh đó, bệnh lý lây truyền qua đường tình dục hay những viêm nhiễm niệu đạo vẫn còn là 1 nguyên nhân phổ biến tuy nhiên không phải trường hợp nào cũng đến bệnh viện thăm khám, tầm soát và điều trị dẫn tới nhóm chưa rõ nguyên nhân vẫn chiếm một tỉ lệ cao. Theo Claassen, có tới 81% các bệnh nhân có hẹp niệu đạo ở vùng nông thôn đã từng điều trị bệnh lý niệu đạo lây qua đường tình dục.¹¹

4.1.4. Độ dài đoạn hẹp

Độ dài đoạn hẹp trung bình của chúng tôi là 1,3 cm, tương tự các tác giả trên thế giới có độ dài trung bình từ 1,3 -1,7 cm do chỉ định cắt nối tận – tận được áp dụng cho đoạn hẹp từ 2 cm trở xuống.^{7,16}

Nhìn chung, do chỉ định áp dụng phương pháp phẫu thuật này của Hội Tiết niệu Châu Âu 2024 là dành cho những đoạn hẹp niệu đạo hành với độ dài khoảng từ 2 cm trở xuống,¹⁷ nên độ dài đoạn hẹp trung bình của chúng tôi cũng tương tự như trên thế giới ghi nhận đều là những kết quả < 2 cm.

Với những trường hợp độ dài đoạn hẹp niệu đạo > 2 cm, việc cố gắng thực hiện kỹ thuật này có thể dẫn đến biến chứng ngắn dương vật, cong dương vật về phía mặt bụng, và có thể dẫn tới việc miệng nối niệu đạo quá căng. Do đó, việc khảo sát kỹ độ dài đoạn hẹp trước phẫu thuật bằng phim X-quang niệu đạo ngược dòng kết hợp với X-quang bàng quang niệu đạo lúc đi tiểu và nội soi bàng quang niệu đạo bằng ống soi mềm giúp phẫu thuật viên có thể đưa ra quyết định lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp ngay từ trước thời điểm rạch da. Việc xác định vị trí

đoạn hẹp, chiều dài đoạn hẹp đóng vai trò then chốt trong phẫu thuật tạo hình niệu đạo, việc lựa chọn phương pháp phù hợp với đoạn hẹp giúp phẫu thuật viên có tỉ lệ thành công cao và ít có biến chứng sau phẫu thuật tạo hình do lựa chọn phương pháp không phù hợp trong đó với đoạn hẹp ngắn hoặc dài có thể lựa chọn các kỹ thuật tạo hình như cắt nối tận – tận, hoặc sử dụng vật liệu tự thân.^{18,19,20}

Đối với những đoạn hẹp dài phức tạp, tái phát nhiều lần có thể lựa chọn mở niệu đạo ra tầng sinh môn giúp bệnh nhân có thể tự tiểu được không cần mang ống thông và trở lại với công việc cuộc sống thường ngày.^{21,22}

4.2. Hiệu quả của phẫu thuật cắt nối tận – tận hai lớp đoạn niệu đạo hành trong nghiên cứu

Khi cắt nối tận – tận 2 lớp chính vì lớp niêm mạc và thể xốp phần lớn được nối riêng nên khả năng lành miệng nối là rất tốt. Trong phẫu thuật tạo hình biến chứng sớm thường hay gặp là thoát thuốc cản quang sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận rò niệu đạo tại thời điểm tái khám lần đầu tiên sau phẫu thuật khoảng 3 tuần, bệnh nhân được chỉ định chụp phim X-quang bàng quang niệu đạo khi đi tiểu, kết quả ghi nhận của chúng tôi có 5 trường hợp có xì rò thuốc cản quang khi chụp phim VCUG kiểm tra, tương tự như 2 nghiên cứu của tác giả Barbagli có 8 trường hợp và tác giả Waterloos 6 trường hợp và không ghi nhận trường hợp hẹp niệu đạo tái phát nào ở thời điểm này.^{16,23}

Theo Barbagli khi thực hiện đúng các kỹ thuật tạo hình và các mô xơ sẹo đã được loại bỏ triệt để thì vấn đề rò niệu đạo thường sẽ hết khi đặt lại thông niệu đạo thêm 1 – 2 tuần.^{23,24} Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 5 trường hợp đều ghi nhận không còn xì rò thuốc cản quang sau 1 tuần đặt thông niệu đạo lại cho thấy tính ưu việt của kỹ thuật nối tận – tận 2 lớp, mặc dù có xì rò thuốc cản quang nhưng sau đó vẫn lành tốt chỉ sau 1

tuần là do phần niêm mạc được khâu nối đa số độc lập với phần vật xóp rất dày ở mặt bụng. Khi hiện diện tình trạng xì rò thuốc cản quang, nếu các mô xơ sẹo còn chưa lấy triệt để, quá trình khâu nối thể xóp tại mặt bụng nếu không được khâu nối độc lập 1 lớp riêng sẽ rất dễ gây hiện tượng tai thọ điều đó càng gây thoát nước tiểu ra ngoài theo đường rò và tạo mô xơ sẹo gây hẹp niệu đạo tái phát. Trong kỹ thuật nối tận – tận 2 lớp đã hạn chế các hiện tượng nêu trên cả 5 trường hợp xì rò thuốc đều lành tốt chỉ sau 1 tuần.

Trên thực tế chụp niệu đạo xuôi dòng sau phẫu thuật 3 tuần chủ yếu phát hiện các

trường hợp rò niệu đạo nhiều hơn so với hẹp tái phát, vì thông thường quá trình lành niệu đạo trong nghiên cứu của chúng tôi khi phẫu tích 2 đầu niệu đạo đến khẩu kính từ 28- 30 Fr và nối 2 đầu lại đã hạn chế tối đa việc hẹp miệng nối. Việc phát hiện các trường hợp hẹp tái phát sẽ thường đánh giá tại thời điểm 4 tháng sau phẫu thuật vì lúc đó các mô gần như đã ổn định hoàn toàn khi soi vào với máy soi mềm khẩu kính 16 Fr qua miệng nối dễ dàng giúp chúng tôi đánh giá vị trí tạo hình không hẹp lại và cũng là tiêu chuẩn thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi.



Hình 4.1: Phim VCUG có rò niệu đạo sau mổ 3 tuần của BN 17



Hình 4.2: Phim VCUG sau mổ 4 tuần đã hết rò của BN 17

4.3. Các biến chứng của phẫu thuật tạo hình trong nghiên cứu

Chúng tôi sử dụng thang điểm phân độ Clavien – Dindo để đánh giá các biến chứng. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự những nghiên cứu của 2 tác giả Waterloos và tác giả O.G.Nilsen là không ghi nhận những biến chứng nặng độ IV và V theo phân độ Clavien – Dindo.^{16,25} Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận biến chứng là 79,5 % nằm trong khoảng từ 77,3% đến 89,3 % của các tác giả trên. Phẫu thuật này có vùng phẫu thuật không quá sâu, và không nằm trên đường đi của các mạch máu lớn giúp giảm thiểu tỉ lệ biến chứng xảy ra. Đồng thời, việc tắt cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều được kiểm tra nước tiểu và sử dụng kháng sinh điều trị giúp ngăn ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu và nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật. Biến chứng rò nước tiểu khi chụp phim niệu đạo lúc tái khám được xếp vào phân độ Clavien – Dindo độ I vì biến chứng này không là biến chứng nặng, các nghiên cứu cho thấy rò nước tiểu khi chụp phim niệu đạo khi tái khám sau phẫu thuật tạo hình cắt nối thận – thận không là yếu tố dự đoán cho hẹp tái phát và tỉ lệ thành công của phẫu thuật.^{26,27} Điều đó cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận mối tương quan giữa biến số rò nước tiểu sau chụp phim niệu đạo khi tái khám và biến số hẹp tái phát của mẫu nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có biến chứng được phân độ Clavien – Dindo độ II của nghiên cứu chúng tôi là 2 trường hợp chiếm 5,2% gần tương đồng với các nghiên cứu của tác giả trên. Trong nhóm biến chứng sau phẫu thuật, chúng tôi cũng ghi nhận 3 biến chứng thường gặp nhất là nhiễm khuẩn vết mổ, tụ dịch vùng bìu, tương tự với tác giả Waterloos,

nhưng không giống với tác giả Nilsen khi ghi nhận biến chứng chảy máu là thường gặp nhất.^{16,25} Tuy nhiên điều này nằm ở việc chúng tôi chọn tiêu chuẩn biến chứng chảy máu là mất máu đến ngưỡng cần truyền máu, trong khi tác giả Nilsen xếp cả những trường hợp chảy máu hậu phẫu vào biến chứng chảy máu dù bệnh nhân không cần truyền máu. Với kết quả biến chứng phẫu thuật được phân tích như trên thì đây hoàn toàn là kỹ thuật an toàn có thể áp dụng rộng rãi cho nhiều phẫu thuật viên tại nhiều bệnh viện trong cả nước.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá kết quả từ nghiên cứu này chúng tôi đánh giá phương pháp:

- Đối với hẹp niệu đạo trước ≤ 2 cm ở đoạn niệu đạo hành thì lựa chọn cắt nối thận – thận 2 lớp là một lựa chọn rất phù hợp và khả thi.

- Trì hoãn phẫu thuật tạo hình sau 3 tháng kể từ lúc bệnh nhân có phẫu thuật hoặc thủ thuật trên niệu đạo để đánh giá đoạn hẹp chính xác cũng như cho tỉ lệ thành công phẫu thuật cao hơn. Cần mở bàng quang ra da trước cho bệnh nhân khi có bí tiểu hoặc để điều trị nhiễm khuẩn đối với các trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu không đáp ứng điều trị nội.

- Chăm sóc sau mổ, tránh nhiễm khuẩn vết mổ, sử dụng ống thông niệu đạo chất liệu silicon là điều quan trọng góp phần thành công cho phẫu thuật tạo hình cắt nối thận-tận 2 lớp đoạn niệu đạo hành.

- Phẫu thuật cắt nối thận – thận 2 lớp tại đoạn niệu đạo hành có thể rút thông niệu đạo và xuất viện sớm hơn so với cắt nối thận – thận thông thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bandhauer K.** Historical Highlights in the Development of Urethral Surgery. In: Schreiter F, Jordan GH, eds. Urethral Reconstructive Surgery. Springer Berlin Heidelberg; 2006:5-10.
2. **Jordan G. H CC, Chris H** Urethral stricture: Male Anterior Urethral stricture. 2010;10:61-104.
3. **Lê Ngọc Từ.** Hẹp niệu đạo nam giới Bệnh học Tiết niệu. Y học Hà Nội 2007:159-165.
4. **Từ Thành Trí Dũng.** Phẫu thuật phục hồi sớm trong chấn thương vỡ niệu đạo hành. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Dược TP.HCM; 2000.
5. **Ngô Gia Hy.** Bế tắc đường tiểu. Niệu học. NXB Y Học; 1982:77-93.
6. **Latini JM, McAninch JW, Brandes SB, Chung JY, Rosenstein D.** SIU/ICUD Consultation On Urethral Strictures: Epidemiology, etiology, anatomy, and nomenclature of urethral stenoses, strictures, and pelvic fracture urethral disruption injuries. Urology. Mar 2014;83(3 Suppl):S1-7. doi:10.1016/j.urology.2013.09.009
7. **Santucci RA, Mario LA, Aninch JWMc.** Anastomotic Urethroplasty For Bulbar Urethral Stricture: Analysis Of 168 Patients. The Journal of Urology. 2002/04/01/ 2002;167(4):1715-1719. doi:10.1016/s0022-5347(05)65184-1
8. **Suh JG, Choi WS, Paick JS, Kim SW.** Surgical Outcome of Excision and End-to-End Anastomosis for Bulbar Urethral Stricture. Korean journal of urology. Jul 2013;54(7): 442-7. doi:10.4111/kju.2013.54.7.442
9. **Eltahawy EA, Virasoro R, Schlossberg SM, McCammon KA, Jordan GH.** Long-term followup for excision and primary anastomosis for anterior urethral strictures. J Urol. May 2007;177(5):1803-6. doi:10.1016/j.juro.2007.01.033
10. **Terlecki RP, Steele, M. C., Valadez, C., & Morey, A. F..** Low Yield of Early Postoperative Imaging After Anastomotic Urethroplasty. Urology, 78(2), . 2011:450–453. doi:10.1016/j.urology.2011.01.071
11. **Claassen FM MF, Mutambirwa SBA, Potgieter L, Botes L, Kotze HF, Smit FE. .** Anastomotic Urethroplasty with Double Layer Continuous Running Suture Re-Anastomosis Versus Interrupted Suture Re-Anastomosis for Infective Bulbar Urethral Strictures: A Prospective Randomised Trial. J Clin Med 2022;11(15):4252. doi:10.3390/jcm11154252.
12. **Mundy AR.** Anastomotic urethroplasty. BJU International. 2005;96(6): 921–944. doi:10.1111/j.1464-410x.2005.05774.x
13. **Martins FE, Kulkarni, S. B., & Köhler, T. S.** Textbook of Male Genitourethral Reconstruction. 2020;doi:10.1007/978-3-030-21447-0
14. **Barbagli G MF, Guazzoni G, Larcher A, Fossati N, Sansalone S, Lazzeri M** "Ventral Oral Mucosal Onlay Graft Urethroplasty in Nontraumatic Bulbar Urethral Strictures: Surgical Technique and Multivariable Analysis of Results in 214 Patients". European Urology, 64 (3),. 2013;pp. 440–447.
15. **Morton A, Tariq A, Dunglison N, Esler R, Roberts MJ.** Etiology and management of urethral calculi: A systematic review of contemporary series. Asian journal of urology. Jan 2024;11(1):10-18. doi:10.1016/j.ajur.2021.12.011
16. **Waterloos M, Verla, W., Oosterlinck, W., François, P., & Lumen.** N.Excision and Primary Anastomosis for Short Bulbar Strictures: Is It Safe to Change from the

- Transecting towards the Nontransecting Technique? BioMed Research International,. 2018;2018, 1–8.
17. **N. Lumen FC-J, K. Dimitropoulos TG, F.E. Martins, N. Osman,, A. Ploumidis SR, M. Waterloos, Guidelines Associates: R. Barratt GC, F. Esperto WV, R. Shepherd.** European Association of Urology Guidelines on Urethral Stricture. 2024;1-74.
 18. **Nilsen OJ, Holm HV, Ekerhult TO, et al.** To Transect or Not Transect: Results from the Scandinavian Urethroplasty Study, A Multicentre Randomised Study of Bulbar Urethroplasty Comparing Excision and Primary Anastomosis Versus Buccal Mucosal Grafting. European urology. Apr 2022;81(4): 375-382. doi:10.1016/j.eururo.2021.12.017
 19. **Omar RG, Khalil MM, Alezaby H, Sebaey A, Sherif H, Mohey A.** Evaluation of erectile function after anastomotic vs substitutional urethroplasty for bulbar urethral stricture. Arab journal of urology. Aug 18 2020;18(4): 226-232. doi:10.1080/2090598x.2020.1805965
 20. **Oszczudlowski M, Yepes C, Dobruch J, Martins FE.** Outcomes of transecting versus non-transecting urethroplasty for bulbar urethral stricture: a meta-analysis. BJU Int. Sep 2023;132(3): 252-261. doi:10.1111/bju.16108
 21. **Arya MC, Singhal A, Vasudeo V, et al.** Perineal urethrostomy: A single-stage viable option for complex anterior urethral strictures. Urology annals. Apr-Jun 2021; 13(2):142-149. doi:10.4103/ua.Ua_111_20
 22. **Murphy GP, Fergus KB, Gaither TW, et al.** Urinary and Sexual Function after Perineal Urethrostomy for Urethral Stricture Disease: An Analysis from the TURNS. J Urol. May 2019;201(5): 956-961. doi:10.1097/ju.0000000000000027
 23. **Barbagli G, De Angelis, M., Romano, G., & Lazzeri, M.** Long-Term Followup of Bulbar End-to-End Anastomosis: A Retrospective Analysis of 153 Patients in a Single Center Experience. The Journal of Urology 178(6). 2007:2470–2473. doi:10.1016/j.juro.2007.08.018
 24. **Cotter KJ, Hahn AE, Voelzke BB, et al.** Trends in Urethral Stricture Disease Etiology and Urethroplasty Technique From a Multi-institutional Surgical Outcomes Research Group. Urology. Aug 2019;130:167-174. doi:10.1016/j.urology.2019.01.046
 25. **Ole Jacob Nilsen a b, , Henriette Veiby Holm a, Teresa O. Ekerhult c,d, Klas Lindqvist c,d, Beata Grabowska e, Beata Persson e, Jukka Sairanen f.** To Transect or Not Transect: Results from the Scandinavian Urethroplasty Study, A Multicentre Randomised Study of Bulbar Urethroplasty Comparing Excision and Primary Anastomosis Versus Buccal Mucosal Grafting. 2022:375-382. doi:https://doi.org/10.1016/j.eururo.2021.12.017
 26. **Giudice CR, Gil, S. A., Carminatti, T., Becher, E., Tobia, I. P., & Favre, G. A. .** Postoperative urinary extravasation does not impact anterior urethroplasty surgical outcomes: a Latin American large cohort study. International Urology and Nephrology. 2020;doi:10.1007/s11255-020-02497-9
 27. **Bansal A SS, Gupta A, Singh K, Patodia M, Aeron R.** Early removal of urinary catheter after excision and primary anastomosis in anterior urethral stricture. Turk J Urol. 2016;42(2):80. doi:10.5152/tud.2016.48921

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HỘI CHỨNG TAKOTSUBO SAU PHẪU THUẬT HARTMANN REVERSAL TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Huỳnh Nguyễn Hạnh Tiên¹, Võ Hiếu Hạnh¹
Hồ Thị Hòa Bình¹, Đinh Hoài Thanh¹, Hầu Thị Như Ý¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Hội chứng Takotsubo (bệnh cơ tim Takotsubo) đặc trưng bởi bất thường vận động thành thất trái làm suy giảm đột ngột chức năng tâm thu thất trái, thường có biểu hiện lâm sàng tương tự hội chứng vành cấp nhưng có thể hồi phục được. Trong hầu hết những trường hợp được báo cáo, các yếu tố stress về mặt cảm xúc hoặc thể chất đã được xác định là yếu tố thúc đẩy. Stress quanh phẫu thuật cũng được đề cập đến như là yếu tố thúc đẩy trong một số trường hợp. Các bác sĩ nên cảnh giác trước chẩn đoán này ở bệnh nhân có diễn tiến lâm sàng tương tự nhồi máu cơ tim cấp, khi tiếp xúc với các tác nhân gây căng thẳng mà không ghi nhận tiền căn bệnh lý tim mạch.

Thiết kế: Báo cáo ca lâm sàng, Chúng tôi nêu một trường hợp bệnh nhân nữ 70 tuổi được chẩn đoán hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật Hartmann reversal.

Kết luận: Ca lâm sàng cho thấy chẩn đoán và điều trị Takotsubo rất phức tạp, mặc dù hầu hết các trường hợp, tiên lượng ngắn hạn là thuận lợi, với sự phục hồi hoàn toàn chức năng tâm thất. Chẩn đoán có thể là thách thức và các bác sĩ

lâm sàng khi phải tìm kiếm các dấu hiệu phân biệt hội chứng Takotsubo với các nguyên nhân khác gây tổn thương cơ tim cấp tính.

Từ khóa: Takotsubo, Hartmann reversal, hội chứng vành cấp

SUMMARY

TAKOTSUBO SYNDROME IN A POSTOPERATIVE HARTMANN REVERSAL SURGERY PATIENT AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Takotsubo syndrome (Takotsubo cardiomyopathy) is characterized by a sudden deterioration of left ventricular function, often mimicking the clinical presentation of an acute coronary syndrome but can be reversible. In most case reports, emotional or physical stress factors have been identified as a trigger, and perioperative stress has been suggested as the trigger in some cases. Emergency physicians should be aware of this, as even patients without previous cardiac pathologies, when exposed to stressors (such as surgery like this case report), can develop emergency symptomatology like myocardial infarction.

Methods: Case report, we represent a case of a 70-year-old female patient diagnosing Takotsubo cardiomyopathy after Hartmann Reversal surgery.

Conclusions: This clinical case illustrates that diagnosing and treating Takotsubo cardiomyopathy is highly complex, although in most instances, the short-term prognosis is

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính:

Huỳnh Nguyễn Hạnh Tiên

SĐT: 0909371267

Email:huynhnguyenhanhtien771992@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

positive, with complete recovery of ventricular function. Diagnosing can be challenging, and clinicians must look for differentiating signs of Takotsubo syndrome from other causes of acute myocardial injury.

Keywords: Takotsubo, Hartmann reversal, acute coronary syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Takotsubo (còn gọi là bệnh cơ tim Takotsubo, hội chứng trái tim tan vỡ, bệnh cơ tim do stress) là một hội chứng đặc trưng bởi rối loạn chức năng tâm thu thoáng qua, chủ yếu ở thất trái, biểu hiện tương tự như nhồi máu cơ tim, nhưng không có bằng chứng tắc nghẽn mạch vành hay mảng xơ vữa cấp tính qua chụp mạch vành¹.

Bệnh xảy ra ở khoảng 1 -2 % bệnh nhân có biểu hiện nghi ngờ hội chứng vành cấp được chẩn đoán bằng động học troponin hoặc nghi ngờ nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên¹. Trên lâm sàng khó phân biệt hội chứng Takotsubo và nhồi máu cơ tim cấp tại thời điểm tiếp cận. Tiếp cận ban đầu theo hướng chẩn đoán và xử trí nhồi máu cơ tim cấp, bao gồm: theo dõi biến đổi điện tâm đồ, động học Troponin I, khởi động điều trị kháng kết tập tiểu cầu, kháng đông, statin và chụp mạch vành cấp cứu. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng Takotsubo vẫn chưa được hiểu rõ. Sự khởi phát của bệnh thường liên quan stress về cảm xúc hoặc thể chất dữ dội (ví dụ, cái chết người thân,... hoặc bệnh lý cấp tính)¹. Hiện nay, các dữ liệu về hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật còn hạn chế.

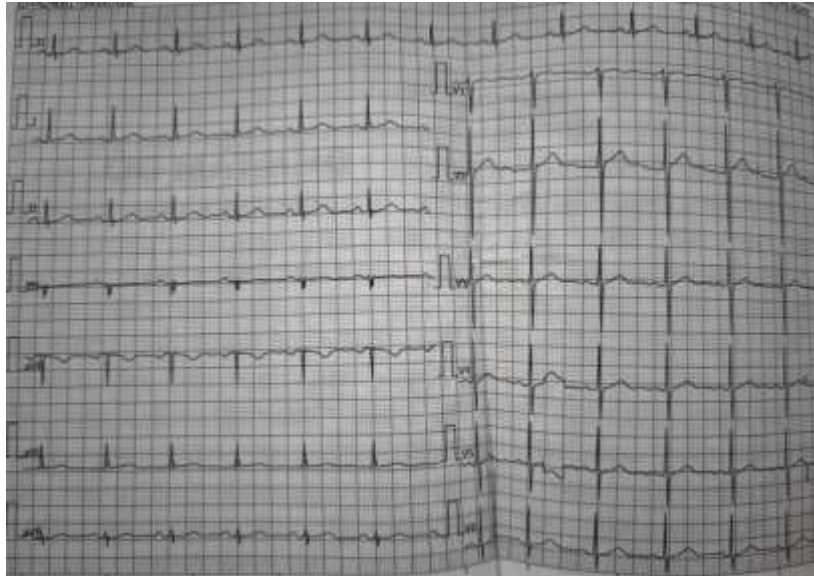
Sau đây, chúng tôi xin báo cáo trường hợp một bệnh nhân nữ đã được chẩn đoán hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật Hartmann reversal tại bệnh viện Bình Dân.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

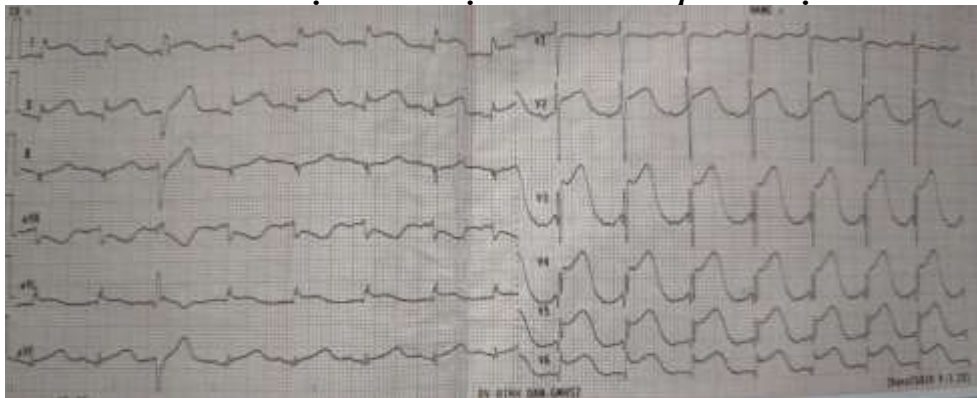
Bệnh nhân nữ 70 tuổi, tiền căn tăng huyết áp kiểm soát tốt bằng Losartan và Amlodipin, không ghi nhận tiền căn bệnh lý nội khoa khác. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng thấp giai đoạn T3N0M0 và trải qua hóa trị tân hỗ trợ theo phác đồ mFolFirinix 5 chu kỳ trước đó. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Hartman cách 8 tháng. Trong lần nhập viện này, bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Hartmann reversal.

Vào thời điểm trước phẫu thuật, ghi nhận sinh hiệu của bệnh nhân: mạch = 90 lần/phút, huyết áp = 120/70 mmHg, SpO₂ = 99% /khí trời, không âm thổi tim và phổi không rale. Điện tâm đồ (ECG): nhịp xoang, không bất thường đoạn ST-T (hình 1). X-quang ngực: không tổn thương nhu mô phổi. Siêu âm tim: phân suất tống máu thất trái (LVEF) 75%, không rối loạn vận động vùng, không phì đại hoặc giãn các buồng tim, không hẹp hở van tim. Các xét nghiệm tiền phẫu còn lại trong giới hạn bình thường.

Ca phẫu thuật phức tạp kéo dài 7,5 giờ. Tổng lượng dịch truyền trong thời gian phẫu thuật là 3500ml bao gồm một đơn vị hồng cầu lắng với thể tích 350ml, lượng nước tiểu và lượng máu mất lần lượt là 500 ml và 700 ml. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được chuyển đến phòng hồi tỉnh, dấu hiệu sinh tồn được ghi nhận: SpO₂ = 98% (thở máy kiểm soát A/C, VT 400ml, PEEP 5 cm H₂O, FiO₂ 50% tần số 12 lần/phút), huyết áp = 120/60 mmHg và mạch = 90 lần/phút. Sau 1 giờ theo dõi, huyết áp bệnh nhân đột ngột giảm còn 60/40 mmHg và nhịp tim là 40 lần/phút. Đo ECG lúc này ghi nhận đoạn ST chênh lên ở tất cả các chuyển đạo (hình 2). Siêu âm tim cấp cứu tại giường cho thấy chức năng tâm thu thất trái giảm đáng kể còn 40%, giảm động các vùng từ phần giữa, dưới vách liên thất đến mỏm thất trái, trong khi có hình ảnh tăng động ở đáy tim. Chức năng thất phải trong giới hạn bình thường (hình 3).



Hình 1: Điện tâm đồ bệnh nhân trước phẫu thuật



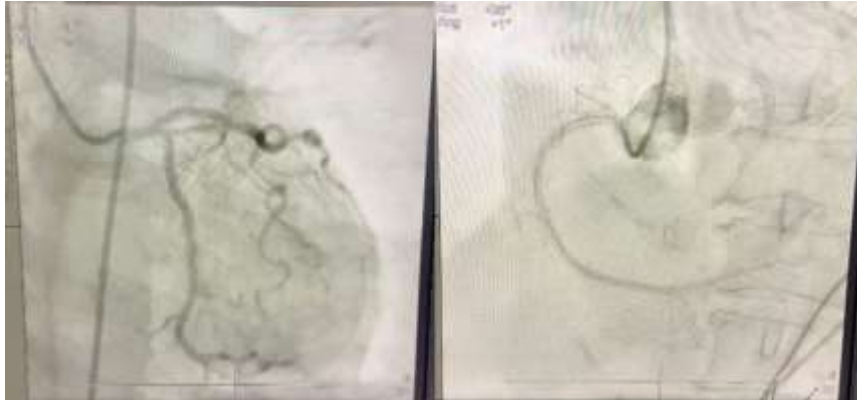
**Hình 2: Điện tâm đồ lúc bệnh nhân tụt huyết áp
(ST-T chênch lên ở V2-V6, DI, DII, aVL, Avf, chênch xuống Avr)**



**Hình 3: Siêu âm tim cấp cứu ghi nhận lúc bệnh nhân tụt huyết áp:
giảm động các vùng từ phần giữa, dưới vách liên thất đến mỏm thất trái**

Bệnh nhân được chẩn đoán: Theo dõi nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên Killip IV – giờ thứ nhất – hậu phẫu ngày 0 phẫu thuật Hartmann reversal. Bệnh nhân được xử trí: nor-adrenaline 0,2 mg/kg/phút, dobutamine 0,5mcg/kg/phút và chụp mạch vành cấp cứu.

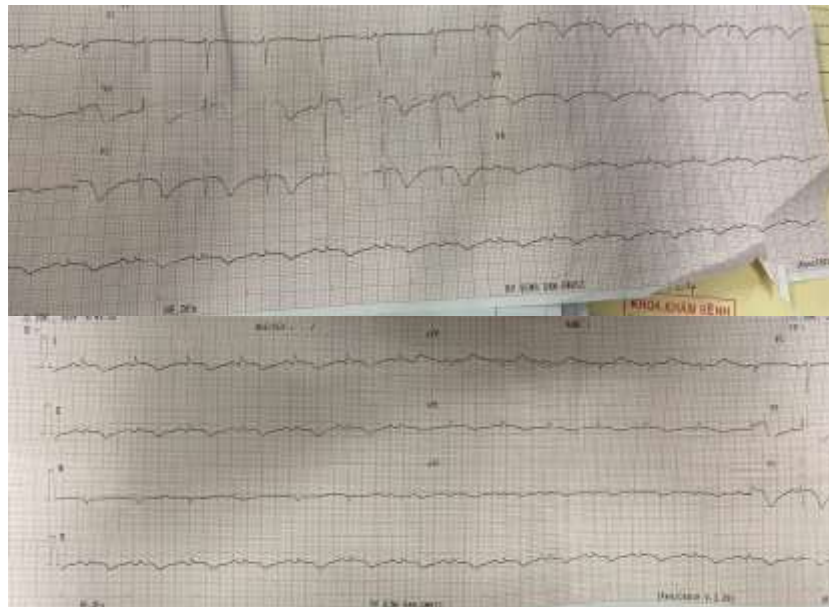
Kết quả chụp mạch vành ghi nhận các nhánh mạch vành bình thường, không hẹp (hình 4). CT- scan bụng trước phẫu thuật không ghi nhận hình ảnh u tủy thượng thận. Tất cả những dữ liệu trên hướng tới chẩn đoán hội chứng Takotsubo ở bệnh nhân này.



Hình 4: Hình ảnh chụp mạch vành: Không hẹp các nhánh mạch vành

Bệnh nhân được tiếp tục hồi sức tích cực, hỗ trợ hô hấp, kháng sinh phổ rộng và giảm dần liều vận mạch ban đầu. Ngày hậu phẫu thứ hai, siêu âm tim lặp lại cho thấy EF cải thiện rõ rệt, ECG ghi nhận sóng T chuyển âm

ở các chuyển đạo V2-V6, DI, DII, DIII, aVF (hình 5). Trên lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn và tình trạng hô hấp ổn định. Bệnh nhân được rút nội khí quản và hỗ trợ oxy qua canula mũi.



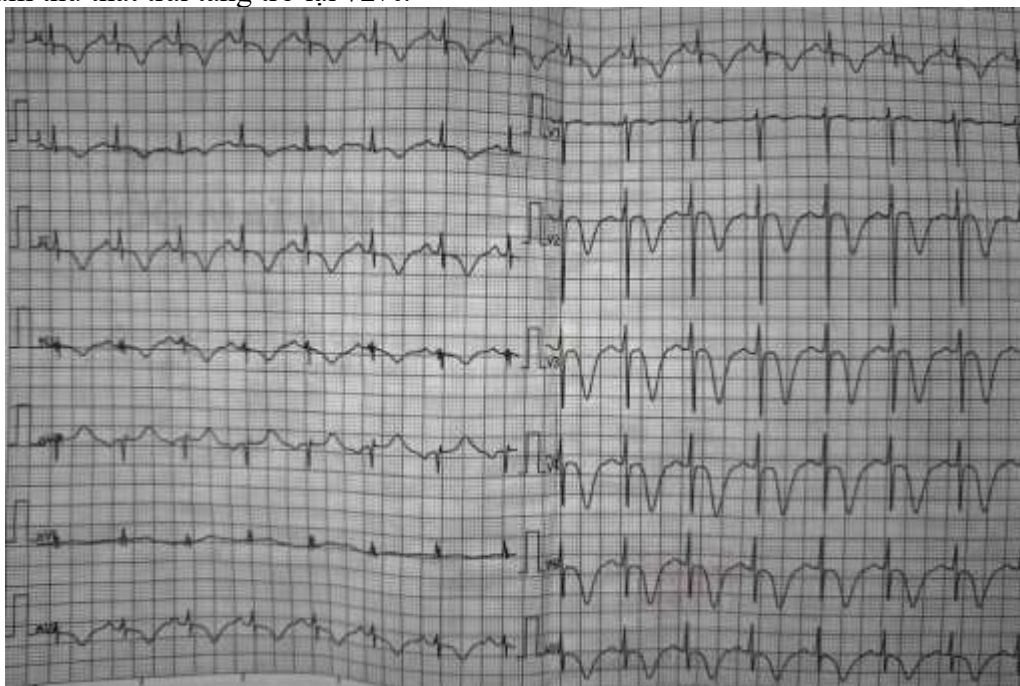
Hình 5: Điện tâm đồ ghi nhận vào ngày hậu phẫu thứ hai (sóng T chuyển âm ở các chuyển đạo V2-V6, DI, DII, DIII, aVF)

Vào ngày hậu phẫu thứ 4, bệnh nhân được chuyển Khoa Ngoại Tiêu Hóa. Lâm sàng tiến triển thuận lợi cho đến khi xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 10. Khi xuất viện, bệnh nhân được tiếp tục điều trị bằng Losartan, Amlodipin.

Bảng 1: Diễn tiến cận lâm sàng trong quá trình điều trị.

	21/6	22/6	24/6	26/6
WBC (k.uL)	5.79	12.08	9.43	10.2
Neu (%)	80.3	87.7	85	77.3
Hgb (g/dl)	10.7	10.0	8.3	9,5
PLT (K/uL)	162	143	94	143
Procalcitonin (ng/mL)		3.4		0.5
Troponin I (ng/L)	0.011	3.373	1.208	
BNP (pg/mL)	52.9	514.9		

Sau một tháng theo dõi, không ghi nhận biến cố tim mạch mới xuất hiện trên bệnh nhân. Mặc dù hình ảnh T âm vẫn được ghi nhận ở các chuyển đạo V2-V6, DI, DII, DIII, aVF trên ECG (hình 6), nhưng trên siêu âm tim rối loạn vận động vùng thất trái đã hồi phục và chức năng tâm thu thất trái tăng trở lại 72%.



**Hình 6: Điện tâm đồ ghi nhận sau một tháng theo dõi
(T âm vẫn được ghi nhận ở các chuyển đạo V2-V6, DI, DII, DIII, aVF)**

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán hội chứng Takotsubo thường gặp khó khăn vì các đặc điểm lâm sàng có nhiều điểm tương đồng với hội chứng mạch

vành cấp. Tuy nhiên, hội chứng Takotsubo vẫn có một số đặc điểm riêng biệt. Hội chứng này đặc trưng bởi tình trạng giảm động/bất động/loạn động đặc trưng ở vùng

đỉnh (phình mồm-apical ballooning) và tăng động vùng đáy mà không ghi nhận tắc nghẽn mạch vành².

Hội chứng Takotsubo thường gặp ở phụ nữ sau mãn kinh², tương tự như trong trường hợp ca lâm sàng báo cáo. Điều này được giải thích do phụ nữ sau mãn kinh có sự sụt giảm estrogen đáng kể dẫn đến tình trạng tăng cường giao cảm và rối loạn chức năng nội mô, rối loạn chức năng vi mạch. Các đặc tính bảo vệ tim của estrogen bao gồm chống lại căng thẳng do catecholamine gây ra thông qua đó điều chỉnh khả năng co bóp của tim, cải thiện chức năng nội mô và giảm độ nhạy của thụ thể β -adrenergic³.

Nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Takotsubo đã được thảo luận trong nhiều

năm qua, trong đó tiêu chuẩn chẩn đoán của Mayo Clinic được biết đến rộng rãi nhất, tuy nhiên tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội suy tim thuộc Hiệp hội tim mạch châu Âu toàn diện và chi tiết hơn. Gần đây, tiêu chuẩn chẩn đoán Takotsubo quốc tế (Tiêu chuẩn InterTAK) đã được đề xuất (bảng 2)². Mặc dù chưa có sự đồng thuận trên toàn thế giới, hầu hết các hiệp hội y học đều đồng ý những đặc điểm chính của hội chứng Takotsubo bao gồm: 1/ Các bất thường vận động vùng thất trái thoáng qua mà không theo phân bố mạch máu, 2/ Không có tắc nghẽn ở động mạch vành hoặc các tổn thương khác và 3/ Khả năng hồi phục chức năng tâm thu mà không có tổn thương xơ hóa cơ tim do nhồi máu.

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Takotsubo theo Mayo Clinic, InterTAK, Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC)²

Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Takotsubo của Mayo Clinic 1. Giảm động, vô động hoặc rối loạn vận động vùng tại vùng mồm hoặc vùng giữa thất trái, rối loạn vận động vùng này vượt quá sự chi phối của một nhánh mạch vành thượng mạc; và thường đi kèm yếu tố stress. 2. Không có bệnh mạch vành tắc nghẽn hoặc bằng chứng vỡ mảng xơ vữa cấp tính qua chụp mạch vành. 3. Có các bất thường mới xuất hiện trên điện tâm đồ (ST chênh lên hoặc T âm), hoặc tăng men tim Troponin. 4. Không có u tủy thượng thận và viêm cơ tim.
Tiêu chuẩn chẩn đoán Takotsubo công bố bởi InterTAK 1. Bất thường vận động vùng (giảm động, vô động hoặc loạn động) thoáng qua của thành cơ tim thất trái và/hoặc thành thất phải, với vùng chi phối nhiều hơn một nhánh mạch vành thượng tâm mạc. Các trường hợp hiếm gặp có thể bất thường vận động vùng theo chi phối của một động mạch vành duy nhất: thường gặp ở thể TTS khu trú 2. Có thể có yếu tố kích hoạt cảm xúc và/hoặc thể chất (nhưng không bắt buộc) 3. Các bất thường về thần kinh (đột quỵ, cơn thoáng thiếu máu não, xuất huyết não) hoặc u tủy thượng thận có thể đóng vai trò là tác nhân.

4. Bất thường ECG mới xuất hiện (ST chênh lên, ST chênh xuống, Sóng T âm, QTc dài).
Hiếm gặp các trường hợp ECG không thay đổi.
5. Tăng các dấu ấn sinh học đặc hiệu (tăng men tim Troponin, Creatine kinase, BNP)
6. Hẹp động mạch vành đáng kể (CAD) không phải là yếu tố loại trừ
7. Không có bằng chứng về viêm cơ tim (bắt buộc loại trừ bằng CMR)
8. Ảnh hưởng chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh

Tiêu chuẩn chẩn đoán Takotsubo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC)

1. Các bất thường vận động vùng thoáng qua của thất trái và/hoặc thất phải, thường xảy ra nhưng không phải luôn luôn, trước một kích hoạt căng thẳng về cảm xúc hoặc thể chất.
2. Các bất thường về vận động vùng thường vượt ra ngoài phân bố của một nhánh mạch vành thượng tâm mạc, dẫn đến rối loạn chức năng các vùng tâm thất liên quan.
3. Không có dấu hiệu của bệnh động mạch vành do xơ vữa bao gồm vỡ mảng xơ vữa cấp tính, hình thành huyết khối và bóc tách mạch vành hoặc các tình trạng bệnh lý khác gây ra rối loạn chức năng thất trái tạm thời (ví dụ như bệnh cơ tim phì đại, viêm cơ tim do virus).
4. Bất thường mới xuất hiện và có thể hồi phục trên điện tâm đồ (đoạn ST chênh lên, đoạn ST chênh xuống, block nhánh trái, đảo ngược sóng T và / hoặc kéo dài QTc) trong giai đoạn cấp tính (3 tháng).
5. Mức độ BNP hoặc NTproBNP trong huyết thanh tăng đáng kể trong giai đoạn cấp tính.
6. Troponin tăng với độ biến thiên tương đối thấp (có sự không tương xứng giữa mức tăng troponin và vùng cơ tim bị rối loạn chức năng).
7. Phục hồi chức năng tâm thu thất trên hình ảnh học khi theo dõi (3 đến 6 tháng).

Mặc dù các cơ chế bệnh sinh chính xác vẫn chưa được hiểu đầy đủ, nhưng sự gia tăng adrenergic nội sinh là giả thiết được chấp nhận nhiều nhất cho cơ chế bệnh sinh của hội chứng Takotsubo⁴. Việc giải phóng catecholamine và phản ứng của tim đối với catecholamine đóng vai trò quan trọng trong việc gây ra hội chứng Takotsubo. Sự gia tăng đáp ứng của mào thất trái với catecholamine và hiệu ứng inotropic âm tính được thấy mạnh nhất ở mào tim, điều này có thể giải thích cho tình trạng phình mào đặc trưng của thất trái⁵. Các yếu tố gây viêm liên quan đến hoạt hóa giao cảm. Các stress do phẫu thuật ngoài tim như xuất huyết, mất nước, chấn thương tác động lên các cơ quan và hệ thần kinh góp phần gây ra trạng thái tăng tiết

catecholamine⁶. Cho đến hiện tại, cơ chế gây bệnh cơ tim do stress sau phẫu thuật vẫn chưa rõ ràng, nhưng tỷ lệ mắc bệnh dường như có liên quan đến thời gian phẫu thuật kéo dài, mất máu trong quá trình phẫu thuật và đau sau phẫu thuật. Trong trường hợp ca lâm sàng này, điện tâm đồ ghi nhận đoạn ST chênh lên ở các chuyển đạo trước tim tại thời điểm hạ huyết áp và T âm vào ngày hôm sau ở các chuyển đạo V2 đến V6. Troponin I-hs tăng và có động học sau đó (0.011->3.373->1.208 ng/L), BNP cũng tăng đáng kể so với ban đầu. Siêu âm tim ghi nhận phân suất tống máu giảm, rối loạn vận động vùng thất trái với giảm động mào nhưng tăng động đáy. Chụp mạch vành không phát hiện tổn thương hoặc tắc nghẽn ở thân chung động

mạch vành trái, động mạch liên thất trước, động mạch mũ và động mạch vành phải. Những phát hiện này đều gợi ý hội chứng Takotsubo.

Ngoài ra, trường hợp của chúng tôi là bệnh nhân ung thư trực tràng, có thể là yếu tố thúc đẩy sinh lý bệnh. Guzzo và cộng sự đã chỉ ra rằng bệnh nhân ung thư có tỷ lệ cao (38%) mắc hội chứng Takotsubo trong thời kỳ quanh phẫu thuật⁷. Các khối u ác tính kích hoạt hệ thống giao cảm với sự gia tăng lưu thông catecholamine là lý thuyết được chấp nhận rộng rãi nhất⁸.

Thời gian khởi phát trung bình thường là ngày đầu tiên sau phẫu thuật^{3,6}, tương tự như bệnh nhân của chúng tôi (1 giờ sau phẫu thuật). Giai đoạn sau khi phẫu thuật có thể là giai đoạn đặc biệt dễ bị tổn thương do tình trạng giãn mạch khi ngừng thuốc gây mê, nồng độ catecholamine trong huyết tương thay đổi đột ngột và áp lực trong lồng ngực tăng cấp tính, tất cả những điều này có thể góp phần gây ra hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật⁶.

Bệnh nhân được duy trì huyết áp tối ưu bằng norepinephrine và dobutamine ở liều chuẩn, kiểm soát cơn đau tốt, cung cấp oxy tối ưu, điều trị nhiễm trùng tích cực cũng đóng vai trò quan trọng trong quá trình quản lý sau phẫu thuật. Bệnh nhân của chúng tôi không có biến chứng nghiêm trọng nào của bệnh cơ tim do stress như tắc nghẽn đường ra thất trái (14-25%), loạn nhịp tim (25%), huyết khối tắc mạch toàn thân (2-9%)². Việc quản lý hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật vẫn còn nhiều thách thức. Chưa có thử nghiệm ngẫu nhiên nào xác định các phương pháp để tối ưu quản lý những bệnh nhân này.

Mục tiêu của điều trị là chăm sóc hỗ trợ cho đến khi hồi phục và giảm thiểu các biến chứng. Tỷ lệ tử vong nội viện của hội chứng Takotsubo sau phẫu thuật lên tới 10-18%. Hầu hết các trường hợp tử vong được ghi nhận do sốc tim và rung thất. Sự hồi phục của khả năng co bóp thất trái diễn ra dần dần, thông thường từ một đến hai tuần (có thể xảy ra nhanh trong 48 giờ hoặc trễ đến 6 tuần). Trong trường hợp lâm sàng này, bệnh nhân được xuất viện với lâm sàng ổn định và sau một tháng theo dõi, ECG vẫn có hình ảnh T âm ở các chuyển đạo V2-V6, DI, DII, DIII, aVF, dù trên siêu âm tim rối loạn vận động vùng thất trái đã hồi phục hoàn toàn (72%). Điều này tương đồng với những báo cáo trước đây. Singh và cộng sự đề cập rằng sự hồi phục sóng T có thể kéo dài hơn sự hồi phục của khả năng co bóp cơ tim, có thể kéo dài nhiều tuần hoặc nhiều tháng. Điều này ngược lại với sự hồi phục đồng thời của cả chức năng co bóp và điện tâm đồ sau khi được tái tưới máu trong bệnh cảnh thiếu máu cơ tim.

V. KẾT LUẬN

Ca lâm sàng này cho thấy chẩn đoán và điều trị Takotsubo rất phức tạp, mặc dù hầu hết các trường hợp, tiên lượng ngắn hạn là thuận lợi, với sự phục hồi hoàn toàn chức năng tâm thất. Chẩn đoán có thể là thách thức và các bác sĩ lâm sàng khi phải tìm kiếm các dấu hiệu phân biệt hội chứng Takotsubo với các nguyên nhân khác gây tổn thương cơ tim cấp tính. Cũng nên thực hiện nhiều nghiên cứu chất lượng hơn để xác định lựa chọn điều trị tốt nhất cho những bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kurowski V, Kaiser A, von Hof K, et al.** Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (takotsubo cardiomyopathy) frequency, mechanisms, and prognosis. 2007;132(3): 809-816.
2. **Medina de Chazal H, Del Buono MG, Keyser-Marcus L, et al.** Stress cardiomyopathy diagnosis and treatment: JACC state-of-the-art review. 2018;72(16): 1955-1971.
3. **Bouchaala A, Nafii O, Belharty N, Mesfioui M-B, Oukerraj L, Cherti M.** Surgery as precipitating factor of takotsubo cardiomyopathy, characteristics and challenges: A case series. IHJ Cardiovascular Reports. 2024/01/01/ 2024;8(1):32-35. doi:https://doi.org/10.1016/j.ihjcvr.2024.04.002
4. **Singh T, Khan H, Gamble DT, Scally C, Newby DE, Dawson D.** Takotsubo Syndrome: Pathophysiology, Emerging Concepts, and Clinical Implications. Circulation. Mar 29 2022;145(13):1002-1019. doi:10.1161/circulationaha.121.055854
5. **Paur H, Wright PT, Sikkell MB, et al.** High Levels of Circulating Epinephrine Trigger Apical Cardiodepression in a β_2 -Adrenergic Receptor/G_i-Dependent Manner. 2012;126(6):697-706. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.112.111591
6. **Shang Z, Zhao M, Cai J, et al.** Perioperative Takotsubo syndrome after non-cardiac surgery: a retrospective nested case-control study. ESC heart failure. Oct 2022;9(5): 3149-3159. doi:10.1002/ehf2.14015
7. **García Guzzo ME, Sánchez Novas D, Iglesias FÁ, Deluca Bisurgi D, Domenech G, Terrasa SAJCJoAJcda.** Implications anesthésiques du syndrome périopératoire de Takotsubo: une étude de cohorte rétrospective. 2021;68:1747-1755.
8. **Desai A, Noor A, Joshi S, Kim ASJC-o.** Takotsubo cardiomyopathy in cancer patients. 2019;5:1-16.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG NỘI SOI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BÌNH DƯƠNG

Phạm Nguyên Tiến¹, Lê Phước Thành¹, Dương Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả và một số yếu tố liên quan của phương pháp tán sỏi thận bằng ống soi mềm tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận bằng ống soi mềm tại BVĐK Bình Dương trong thời gian từ tháng 4/2024 đến 10/2024.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.

Kết quả: Tuổi trung bình $49,84 \pm 12,68$ (26-84 tuổi), trong đó nam 46 (51,7%), nữ 43 (48,3%). Có 30,3% bệnh nhân có sonde JJ trước phẫu thuật. Bệnh nhân có giãn đài – bể thận độ I chiếm 45%. Kích thước sỏi trung bình $13,74 \pm 4,53$ (6-26 mm) với số bệnh nhân có 1 viên sỏi duy nhất chiếm 64%. Đánh giá thang điểm R.I.R.S trước phẫu thuật có bệnh nhân ở nhóm R.I.R.S từ 5 đến 7 điểm chiếm đa số. Thời gian phẫu thuật trung bình $61,85 \pm 21,61$ phút (15 - 80). Biến chứng theo phân loại Clavien - Dindo: độ I: 8 (8,8%), độ II: 8 (8,8%), độ IV: 1 (1,1%). Thời gian hậu phẫu trung bình $3,32 \pm 1,97$ ngày (1 - 13). Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng đạt 89,8% với các bệnh nhân có điểm R.I.R.S từ 4 đến 7 đạt tỷ lệ sạch sỏi >94%. Tỷ lệ sạch sỏi có tương quan

với số lượng sỏi nhưng không tương quan với việc có sonde JJ trước phẫu thuật

Kết luận: Phẫu thuật nội soi mềm tán sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương là một phương pháp ít xâm hại, an toàn, hồi phục nhanh và đạt tỷ lệ sạch sỏi cao.

Từ khóa: Sỏi thận, tán sỏi nội soi ống mềm.

SUMMARY

THE RESULTS OF KIDNEY STONES TREATMENT USING FLEXIBLE URETEROSCOPYS AT BINH DUONG HOSPITAL

Objective: To evaluate the outcomes and associated factors of flexible ureteroscopic for kidney stones management at Binh Duong General Hospital.

Subjects and Methods: Patients treated with flexible ureteroscopic lithotripsy at Binh Duong General Hospital from April 2024 to October 2024.

Study Design: Prospective study.

Results: The mean age of the patients was 49.84 ± 12.68 years (range 26–84 years), with males comprising 46 (51.7%) and females 43 (48.3%). 30.3% of patients has JJ stents preoperatively. Patients with grade I renal calyx and pelvis dilation accounted for 45%. The mean stone size was 13.74 ± 4.53 mm (range 6–26 mm), with 64% of patients having a single stone. Preoperative R.I.R.S. score assessment showed the majority of patients being between 5 and 7 points. The average surgery duration was 61.85 ± 21.61 minutes (range 15–80 minutes). Complications, as classified by the Clavien-

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Phước Thành

SĐT: 0976852005

Email: lpthanh1012@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Dindo, included grade I (8 cases, 8.8%) grade II (8 cases, 8.8%), and grade IV (1 case, 1.1%). The mean postoperative hospital stay was 3.32 ± 1.97 days (range 1–13 days). The stone-free rate at 1 month post-surgery was 89.8%, with patients scoring 4–7 points on the R.I.R.S. scale achieving a stone-free rate of over 94%. The stone-free rate was correlated with the number of stones but not with the presence of preoperative JJ stents.

Conclusion: Flexible ureteroscopic lithotripsy for kidney stones at Binh Duong General Hospital is a minimally invasive, safe procedure with rapid recovery and a high stone-free rate.

Keywords: Kidney stones, flexible ureteroscopic lithotripsy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi có thể gây tắc đường tiết niệu, nhiễm khuẩn, suy thận, nguy hại sức khỏe và tính mạng người bệnh. Với sự tiến bộ trong lĩnh vực khoa học và công nghệ, nhiều phương pháp xâm lấn tối thiểu đã được áp dụng để chữa trị sỏi thận như tán sỏi ngoài cơ thể, nội soi lấy sỏi thận qua da và nội soi ống mềm [11].

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy tán sỏi nội soi bằng ống mềm (NSM) có tỷ lệ sạch sỏi cao với mức độ tổn thương thận ít hơn cũng như tỷ lệ biến chứng chảy máu thấp hơn. Omer F Bozkurt [5] khi so sánh NSM và tán sỏi qua da để điều trị sỏi đài dưới kích thước từ 15 - 20mm cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ sạch sỏi của 2 phương pháp này (94,6% so với 97,6%).

Năm 1987, Bagley và cộng sự [3] giới thiệu ống soi niệu quản mềm với một kênh làm việc, biến nội soi niệu quản từ chẩn đoán thành một thủ thuật can thiệp. Ống soi niệu quản sử dụng một lần với bó sợi quang được

giới thiệu đầu tiên vào năm 2011 bởi Lumenis và cộng sự [4]. Năm 2016, Boston Scientific [6] đã giới thiệu ống soi niệu quản kỹ thuật số sử dụng một lần đầu tiên. Sự ra đời và cải tiến của các thế hệ ống soi mềm giúp tiếp cận sỏi qua đường tự nhiên, vì vậy tránh được tổn thương nhu mô thận và giảm nguy cơ chảy máu, cải thiện hiệu quả cũng như giảm chi phí phẫu thuật đã giúp nhiều bệnh nhân có cơ hội tiếp cận với các kỹ thuật cao trong điều trị sỏi thận.

Năm 2024, Hội Tiết niệu châu Âu [2] đã khuyến cáo phương pháp điều trị đầu tay với sỏi thận < 2cm là nội soi ống mềm, kể cả các trường hợp sỏi thận đài dưới có kích thước > 2cm nhưng chống chỉ định với phương pháp lấy sỏi thận qua da.

Tại Việt Nam, tán sỏi nội soi ống mềm đã được thực hiện và phát triển tại nhiều bệnh viện lớn như Bệnh viện Bình Dân, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện TƯ Huế. Tại BVĐK tỉnh Bình Dương, nội soi ống mềm cũng đã được triển khai thực hiện từ năm 2019 mang lại những kết quả đáng kể. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài ***“Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng nội soi ống mềm tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 89 bệnh nhân có sỏi thận được điều trị bằng phẫu thuật nội soi ngược dòng tán sỏi bằng ống soi mềm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024. Bệnh nhân đáp ứng được điều kiện phẫu thuật, được tư vấn đầy đủ về kỹ thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu

2.3. Quy trình thực hiện

2.3.1. Phương tiện phẫu thuật:

Dàn máy nội soi tiết niệu, máy tán sỏi laser với sợi laser tán sỏi 272 μ m, ống soi niệu quản bán cứng 7,5/9,5Fr, ống nội soi mềm 8,5Fr dùng 1 lần gấp được hai hướng 270 độ, giá đỡ niệu quản có kênh hút đường kính 10/12Fr hoặc 9/11Fr, chiều dài 36 hoặc 46 cm, máy bơm nước, dây dẫn đường ura nước 0,035 inch, ống thông JJ 6-7Fr, rọ lấy sỏi nitinol 1,8Fr.

2.3.2. Điều kiện phẫu thuật:

Bệnh nhân được đảm bảo không có nhiễm trùng tiểu trước phẫu thuật: xác định bằng nuôi cấy nước tiểu âm tính, các trường hợp có kết quả nuôi cấy dương tính thì điều trị kháng sinh theo kháng sinh đồ đủ 5 ngày và thực hiện lại nuôi cấy nước tiểu đến khi âm tính. Ngoài ra, xét nghiệm phân tích tế bào máu cần đạt số lượng bạch cầu máu dưới 10.000/uL để loại trừ các nhiễm trùng toàn thân khác.

Bệnh nhân được kiểm soát các bệnh lý nội khoa: đái tháo đường, tim mạch, hô hấp và được đảm bảo cho phương pháp vô cảm là gây mê nội khí quản.

2.4. Quy trình kỹ thuật

Bệnh nhân được gây mê toàn thân, đặt ở tư thế tán sỏi.

Điều chỉnh máy C-arm vào vị trí bệnh nhân để có thể khảo sát từ bảng quang lên đến hệ thống đài bể thận.

Soi bàng quang, khảo sát 2 lỗ niệu quản. Trong trường hợp có đặt sonde JJ từ trước, tháo sonde JJ. Luồn dây dẫn vào lỗ niệu quản bên cần tán sỏi. Thực hiện nội soi ngược dòng bằng ống soi bán cứng theo dây dẫn đến bể thận. Trong trường hợp có sỏi niệu quản, thực hiện tán sỏi niệu quản trước.

Đặt giá đỡ niệu quản trượt đồng trục với dây dẫn, vào niệu quản đến khúc nối bể thận – niệu quản dưới hướng dẫn của C-arm. Sử dụng giá đỡ chiều dài 36 cm với nữ và 46 cm với nam, rút bỏ dây dẫn và nòng của giá đỡ niệu quản.

Đưa ống soi mềm vào giá đỡ, sử dụng máy bơm với dung dịch nước muối sinh lý, áp lực bơm 200 cm H₂O. Dùng ống soi mềm khảo sát bể thận và các đài thận, phối hợp với C-arm, xác định vị trí, kích thước sỏi. Sử dụng rọ để di chuyển sỏi ở các vị trí khó, gấp máy nhiều về bể thận hoặc các vị trí gấp máy ít hơn. Đưa sợi laser tán sỏi holmium 272 μ m qua kênh thao tác, tiến hành tán sỏi. Cài đặt laser lúc tán sỏi: long pulse. Hiệu quả làm vỡ sỏi (Fragmenting/Pop-corning): năng lượng 1 – 1.5J, tần số 10Hz. Hiệu quả tạo bụi (Dusting): năng lượng 0.5 – 0.8J, tần số 20 – 25Hz.

Sau tán sỏi, đặt lại dây dẫn đường và đặt sonde JJ niệu quản. Đặt thông tiểu lưu.



Hình 1. Các bước trong quy trình phẫu thuật

(Từ trái sang: 1. Đưa ống soi mềm, tiếp cận sỏi thận dưới hướng dẫn C-ARM; 2. Tán sỏi bằng dây laser mềm; 3. Kiểm tra sạch sỏi sau tán bằng C-ARM)

2.5. Các biến nghiên cứu

2.5.1. Trước phẫu thuật:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, lý do vào viện.

Tiền sử phẫu thuật niệu cùng bên với bên phẫu thuật lần này, có sonde JJ trước phẫu thuật.

Đặt điểm sỏi theo thang điểm R.I.R.S [11]: Tỷ trọng sỏi, góc bể thận - đài dưới, chiều dài đài thận, kích thước sỏi; số lượng, vị trí, mức độ ứ nước thận.

Bảng 1. Thang điểm R.I.R.S

Tỷ trọng sỏi	>1000HU	1 điểm
	<1000HU	2 điểm
Góc bể thận-đài dưới	Không phải sỏi đài dưới	1 điểm
	Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới (RIPA) > 30°	2 điểm
	Sỏi đài dưới có góc bể thận đài dưới (RIPA) <30°	3 điểm
Chiều dài đài thận	>25mm	1 điểm
	<25mm	2 điểm
Kích thước sỏi	< 10 mm	1 điểm
	10 – 20 mm	2 điểm
	> 20 mm	3 điểm

2.5.2. Các đặc điểm trong và sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật: Đánh giá sạch sỏi ngay tức thì, thời gian phẫu thuật, các biến chứng sau phẫu thuật, thời gian hậu phẫu.

Tái khám sau phẫu thuật 1 tháng: Khám lâm sàng, chụp KUB. Đánh giá là sạch sỏi nếu trên phim KUB sạch sỏi hoàn toàn hoặc các mảnh sỏi còn lại < 4mm, rút thông JJ hoặc tư vấn cho bệnh nhân hướng điều trị tiếp theo.

2.6. Các tiêu chuẩn đánh giá

Sạch sỏi: Đánh giá bằng chụp phim X-quang hệ niệu hoặc siêu âm: không còn thấy vết cản quang tại vị trí bóng thận hoặc có các mảnh sỏi, đám sỏi có kích thước lớn nhất $\leq$ 4mm thì được xem là sạch sỏi [7].

Các biến chứng sau phẫu thuật: được ghi nhận trong, sau phẫu thuật và các biến chứng muộn. Các biến chứng này được phân loại theo Clavien – Dindo.

2.7. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu, có 89 bệnh nhân được tán sỏi thận bằng ống soi mềm từ tháng 4/2024 đến tháng 10/2024, tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bình Dương với tuổi trung bình là $49,84 \pm 12,68$ (26-84). Trong đó có 46 nam (51,7%) và 43 nữ (48,3%).

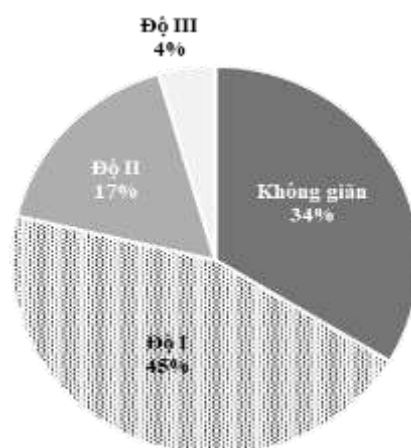
44.9% bệnh nhân vào viện là do đau thắt lưng, 30.3% bệnh nhân là do tiểu máu, tiểu buốt và 24.7% bệnh nhân còn lại đến viện để tái khám cho một số bệnh lý trước đó.

3.2. Đặc điểm trước phẫu thuật

Bảng 2. Tiền sử can thiệp hệ niệu cùng bên và đặt sonde niệu quản trước phẫu thuật

Đặc điểm		Số lượng (tỷ lệ)
Tiền sử can thiệp cùng bên	Không có can thiệp	73%
	NSNQ	16,7 %
	PCNL	4,4 %
	TSNCT	2,2 %
	MLS THẬN	1,1 %
	PTNS SPM LẤY SỎI	1,1 %
	NS MỀM	1.1 %
Có sonde JJ trước phẫu thuật		27 (30,3%)

73% bệnh nhân chưa có tiền sử can thiệp niệu khoa cùng bên, 27 bệnh nhân đã đặt sonde JJ trước phẫu thuật.

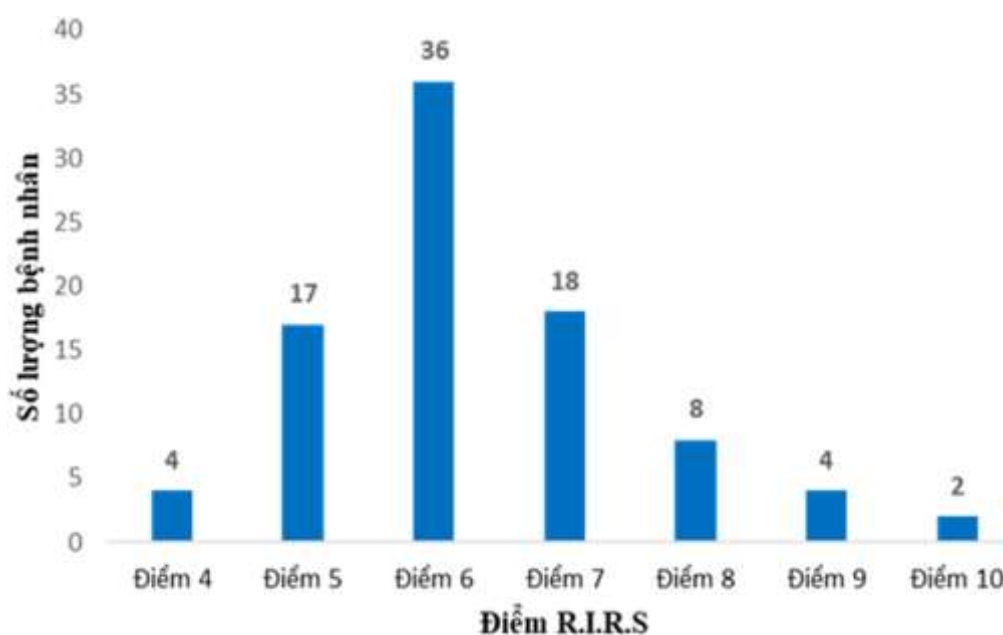
**Biểu đồ 1. Mức độ giãn của đài - bể thận**

Đa số bệnh nhân có mức độ giãn đài bể thận nhẹ hoặc không giãn (79%), trong đó giãn độ I chiếm tỷ lệ cao nhất (45%).

Bảng 3. Số lượng và vị trí sỏi

Đặc điểm		Số lượng (tỷ lệ)
Số lượng sỏi	1 viên	64 %
	2 viên	28 %
	3 viên	2,2 %
	>3 viên	5,8
Vị trí sỏi	Bể thận	26 (29,3%)
	Đài trên	3 (3,4%)
	Đài giữa	9 (10,1%)
	Đài dưới	24 (26,9%)
	Nhiều vị trí	6 (6,7%)
	Đài dưới kết hợp với vị trí khác	21 (23,6%)
Kích thước sỏi lớn nhất trung bình		13,74 ± 4,53 mm

Trường hợp bệnh nhân có 1 viên sỏi chiếm tỉ lệ cao nhất (64%) và chủ yếu ở vị trí bể thận, Kích thước sỏi lớn nhất trung bình là 13,74 ± 4,53 mm

**Biểu đồ 2. Phân bố điểm R.I.R.S**

Bệnh nhân có điểm R.I.R.S tập trung chủ yếu từ 5 đến 7 điểm

3.3. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật:

Bảng 4. Đặc điểm chu phẫu

Đặc điểm	Giá trị
Thời gian phẫu thuật (phút)	61,85 ± 21,61 (15-80)
Thời gian hậu phẫu (ngày)	3,32 ± 1,97 (1 – 13)
Tỷ lệ sạch sỏi tức thì	65 (73,1%)
Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng	80 (89,8%)

Thời gian phẫu thuật trung bình là 61,40 ± 19,91 phút, tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng tăng lên so với tỷ lệ sạch sỏi tức thì.

Các tai biến, biến chứng:

Bảng 5. Thống kê biến chứng

Biến chứng	Số lượng	Phân độ Clavien - dindo
Chảy máu niệu mạc trong phẫu thuật	5 (5,5%)	1
Tiểu máu ngắn hạn	3 (3,4%)	1
Sốt	5 (5,5%)	2
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	2 (2,2%)	2
Choáng nhiễm trùng từ đường tiết niệu	1 (1,1%)	4

13 trường hợp (14,3%) có biến chứng độ I, 3 trường hợp (3,3%) có biến chứng độ II không ghi nhận biến chứng độ III.

3.4. Các yếu tố liên quan

Bảng 6. Liên quan giữa số lượng sỏi và tỷ lệ sạch sỏi

Số lượng sỏi	Không sạch	Sạch	p
1 viên	1	56	p < 0,05
2 viên	4	21	
>= 3 viên	4	3	

Số lượng sỏi có tương quan với tỷ lệ sạch sỏi (p < 0,05)

Bảng 7. Liên quan giữa đặt JJ và tỉ lệ sạch sỏi

Đặt JJ	Không sạch	Sạch	p
Không JJ	5	57	p > 0,05
Có JJ	4	23	

Có sonde JJ trước phẫu thuật không tương quan với tỷ lệ sạch sỏi

Bảng 8. Liên quan giữa điểm R.I.R.S và tỷ lệ sạch sỏi.

Điểm R.I.R.S	4	5	6	7	8	9	10	Tổng
Số lượng	4	17	36	18	8	4	2	89
Số lượng sạch sỏi (tỷ lệ)	4 (100%)	17 (100%)	35 (97.2%)	17 (94.4%)	5 (62.5%)	2 (50%)	0 (0%)	80 (89.8%)

Tỷ lệ sạch sỏi cao tập trung ở điểm R.I.R.S: 4-7

IV. BÀN LUẬN

Trong hơn 1 thập kỷ qua, NSM là một phương pháp quan trọng để điều trị sỏi thận có kích thước <2cm và thể hiện ưu thế trong những tình huống lâm sàng phức tạp nhất như mang thai, béo phì, bệnh đông máu, sỏi đài thận và dị tật thận [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu 89 trường hợp với tuổi trung bình là $49,84 \pm 12,68$ (26-84), trong đó có 46 nam (51,7%) và 43 nữ (48,3%). 44.9% vào viện vì do đau thắt lưng, 24,7% vào viện với lý do hẹn tái khám của kỹ thuật trước để giải quyết tiếp nguyên nhân sỏi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước sỏi trung bình là $13,74 \pm 4,53$ mm với 80 trường hợp (89,9%) có kích thước ≤ 20 mm và 9 trường hợp (10,1%) có kích thước > 20 mm. Chúng tôi ghi nhận 65 trường hợp (73,1%) sạch sỏi ngay trong phẫu thuật và tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng phẫu thuật được đánh giá dựa trên

phim hệ tiết niệu không chuẩn bị là 89,8% với 80 trường hợp. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng tăng có ý nghĩa thống kê so với sau mổ sớm. Việc đánh giá tình trạng sỏi sau mổ sớm có thể dương tính giả do mảnh vụn sỏi có thể tự tống xuất mà không gây biến cố bất lợi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với với tác giả Hoàng Long (2022)[1] và Francesco B (2016) [8] khi so sánh về các thông số trước và sau phẫu thuật (bảng 9).

Có 5 trường hợp chảy máu trong phẫu thuật do tổn thương niệu mạc chiếm tỷ lệ 5,5%; 5 trường hợp (5.5%) sốt và 3 trường hợp (3,4%) tiểu máu sau phẫu thuật. Chúng tôi tiến hành điều trị nội khoa và hạn chế vận động, các trường hợp này đều có diễn tiến ổn định. Có 1 trường hợp sốc nhiễm khuẩn xảy ra ở bệnh nhân đã được tán sỏi NSM với viên sỏi bể thận, kích thước 15 mm trong khoảng thời gian 60 phút. Sốc nhiễm khuẩn của nội soi niệu quản – thận ngược dòng chiếm tỷ lệ 0,3%, nguồn nhiễm khuẩn có thể từ vi khuẩn đường niệu hoặc bản thân sỏi nhiễm khuẩn.

Phẫu thuật viên cần quan tâm đến áp lực nước trong quá trình nội soi. Trong quá trình phẫu thuật có thể cấy nước tiểu từ thận hoặc sỏi để định hướng kháng sinh điều trị hậu phẫu đối với bệnh nhân có yếu tố nguy cơ [3]. Bệnh nhân này được điều trị nội khoa tích cực sau phẫu thuật với kháng sinh phổi

hợp với kháng viêm, sau đó tình trạng bệnh nhân ổn định, xuất viện sau 13 ngày. Theo nghiên cứu đa trung tâm của Francesco B. & cộng sự [8] cho thấy, tổng tỷ lệ biến chứng khi NSM là 15,1% và không ghi nhận biến chứng nào lớn hơn độ IIIa theo phân loại Clavien-Dindo

Bảng 9. So sánh kết quả nghiên cứu với các tác giả

Kết quả	Tác giả	Phạm Nguyên Tiến 2024 (N= 89)	Hoàng Long 2022 (N=84) [1]	Francesco. B 2016 (N=356) [8]
Kích thước sỏi (mm)		13,74 ± 4,53	12,6 ± 3,3	12,5 ± 5,3
Thời gian phẫu thuật (phút)		61,85 ± 21,61	56,4 ± 14,5	63,5
Thời gian hậu phẫu		3,32 ± 1,97	1,4 ± 1,1	
Tỷ lệ đặt JJ trước phẫu thuật		27 (30,3%)	26 (31%)	77 (21,6%)
Tỷ lệ sạch sỏi tức thì		65 (73,1%)	88,1 %	
Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng		80 (89,8%)	91,7 %	73,6%
Biến chứng độ 1		14,3 %	7,2 %	9 %
Biến chứng độ 2		3,3 %	8,4 %	4,9 %
Biến chứng độ 3		0 %	0 %	0,5 %
Biến chứng độ 4		1,1 %	0 %	0 %

Chúng tôi tiến hành xem xét các mối tương quan của các biến độc lập trong nghiên cứu tác động lên tỉ lệ sạch sỏi trong phương pháp điều trị sỏi thận bằng nội soi ống mềm. Không có mối tương quan giữa việc có đặt sonde JJ trước phẫu thuật với khả năng sạch sỏi nhưng tỉ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật có tương quan với số lượng viên sỏi và điểm R.I.R.S.

Việc đặt sonde JJ trước phẫu thuật nhằm mục đích giảm tổn thương niệu quản và giúp việc đặt giá đỡ được thuận lợi. Trong nghiên cứu của Ghalib Lidawi (2023) [9], bệnh nhân được chia thành 2 nhóm bao gồm nhóm A với 80 trường hợp có đặt sonde JJ và nhóm B với 210 trường hợp không đặt sonde JJ. Nhóm A có tỷ lệ sạch sỏi cao hơn, giảm tỷ lệ biến chứng và giảm tỷ lệ đặt sonde JJ sau phẫu thuật. Tuy nhiên, theo nghiên cứu đa trung tâm của Hyeong Dong Yuk [10] chỉ ra

rằng, việc đặt sonde JJ trước NSM không ảnh hưởng đến kết quả tán sỏi mà nó chỉ ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công khi đặt giá đỡ niệu quản. Nghiên cứu này cũng khuyến cáo rằng, việc đặt sonde JJ trước NSM không cần thiết, tuy nhiên có thể cân nhắc đặt sonde JJ trước hay không tùy thuộc vào đặc điểm của từng bệnh nhân.

Số lượng viên sỏi làm gia tăng gánh nặng sỏi và diện tích tích lũy của sỏi. Ngoài ra, nhiều sỏi ở nhiều vị trí cần thời gian lâu hơn trong việc thao tác di chuyển dụng cụ để tán sỏi và lấy các mảnh sỏi ra ngoài. Điểm R.I.R.S được tính cho từng viên sỏi đài thận, có tổng cộng 123 viên sỏi đài thận và điểm R.I.R.S trung bình là $6,33 \pm 1,26$. Phân bố điểm R.I.R.S trong nghiên cứu này chủ yếu tập trung trong nhóm điểm 5-7. Tác giả Xiao Y và cộng sự (2017) [11], nhận định rằng gánh nặng sỏi (diện tích tích lũy sỏi) là một

yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng sạch sỏi sau RIRS và dựa vào thể tích sỏi tích lũy được tính toán sẽ ước tính được tỉ lệ sạch sỏi trước phẫu thuật. Đồng thời qua việc xây dựng mô hình R.I.R.S tác giả kết luận hệ thống tính điểm R.I.R.S có thể dự đoán thuận lợi kết quả của R.I.R.S, đặc biệt là tỉ lệ sạch sỏi của bệnh sỏi thận, có thể hỗ trợ không chỉ việc đưa ra quyết định lâm sàng mà còn tư vấn cho bệnh nhân.

Hạn chế của nghiên cứu là số lượng mẫu còn hạn chế cùng với việc thực hiện nghiên cứu đơn trung tâm. Việc thu thập các thông tin nghiên cứu trước phẫu thuật khi áp dụng thang điểm R.I.R.S có thể tồn tại những sai lệch nhất định và điều này có ảnh hưởng đến sự chính xác.

V. KẾT LUẬN

Nội soi ngược dòng tán sỏi thận bằng ống soi mềm là phương pháp hiệu quả trong điều trị sỏi thận với tỷ lệ thành công cao, hồi phục sớm, ít đau sau phẫu thuật và tỷ lệ biến chứng thấp.

Số lượng viên sỏi thận và điểm R.I.R.S của bệnh nhân có sự ảnh hưởng đến tỉ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Long, Nguyễn Hoài Bắc (2022).** Đánh giá kết quả sớm của tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm kỹ thuật số trong điều trị sỏi tiết niệu. TCNCYH 159 (11) - 2022, tr 105-113.
2. **A. Skolarikos (Chair), H. Jung, A. Neisius, et al.** Guidelines on Urolithiasis. European Association Guidelines. 2024.
3. **Bagley DH, Huffman JL, Lyon ES. (1987)** Flexible ureteropyeloscopy: diagnosis and treatment in the upper urinary tract. J Urol. 1987; 138:280-5.
4. **Bansal H, Swain S, Sharma GK, Mathanya M, Trivedi S, Dwivedi US, et al. (2011).** Polyscope: a new era in flexible ureterorenoscopy. J Endourol. 2011; 25:317-21.
5. **Bozkurt OF, Resorlu B, Yildiz Y, et al, (2011).** Retrograde intra-renal surgery versus percutaneous nephrolithotomy in the management of lower-pole renal stones with a diameter of 15 to 20 mm. J Endourol. 2011; 25: 1131-5.
6. **Butticè S, Sener TE, Netsch C, Emiliani E, Pappalardo R, Magno C. (2016)** LithoVue™: A new single-use digital flexible ureteroscope. Cent European J Urol. 2016; 69:302-5.
7. **C. Türk, T. Knoll, A. Petrik, K. et al. Guidelines on Urolithiasis.** European Association Guidelines. 2014. Available at http://uroweb.org/wp-content/uploads/22-Urolithiasis_LR.pdf
8. **Francesco Berardinelli, Silvia Proietti, Luca Cindolo.** A prospective multicenter European study on flexible ureterorenoscopy for the management of renal stone. Int Braz J Urol. 2016; 42:479-86.
9. **Ghalib L., F., Rami A., M., Muhammad, A., Mohsin, Abdel-R.R., Ronen (2023),** "Facilitated ureteroscopy using DJ sonde implantation in ureterolithiasis: A retrospective study", Journal of International Medical Research. 51(5), pp. 1-8.
10. **Hyeong Dong Yuk, Juhyun Park, Sung Yong Cho, et al.** The effect of preoperative ureteral sondeing in retrograde Intrarenal surgery: A multicenter, propensity score-matched study. BMC Urology. 2020; 20:147.
11. **Xiao Y, Li D, Chen L, Xu Y, Zhang D, Shao Y, Lu J.** The R.I.R.S. scoring system: An innovative scoring system for predicting stone-free rate following retrograde intrarenal surgery. BMC Urol. 2017 Nov 21;17(1):105. doi: 10.1186/s12894-017-0297-0. PMID: 29162070; PMCID: PMC5696735.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG TẠO HÌNH BỂ THẬN - NIỆU QUẢN KIỂU CẮT RỜI CÓ ROBOT HỖ TRỢ

Đỗ Anh Toàn^{1,2}, Phan Thành Thống¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi ổ bụng với robot hỗ trợ đã được áp dụng trên người lớn từ tháng 11/2016 tại bệnh viện Bình Dân. Phẫu thuật nội soi tạo hình bể thận – niệu quản có hỗ trợ của robot đã được áp dụng từ lâu. Hiện nay, ngoài bệnh viện Bình Dân cũng có một số đơn vị đã thực hiện kỹ thuật này nhưng vẫn chưa có nghiên cứu nào trong nước được báo cáo. Vì vậy, câu hỏi đặt ra là phương pháp phẫu thuật nội soi tạo hình bể thận – niệu quản kiểu cắt rời có hỗ trợ của robot có hiệu quả và tính an toàn như thế nào?

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình bể thận – niệu quản kiểu cắt rời có robot hỗ trợ.

Đối tượng & Phương pháp nghiên cứu: Số liệu thu thập từ 55 trường hợp phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình bể thận – niệu quản kiểu cắt rời có robot hỗ trợ tại bệnh viện Bình Dân từ 1/2017 đến 06/2024. Bệnh nhân được theo dõi sau mổ ít nhất 6 tháng để đánh giá hiệu quả bên cạnh tính an toàn của phương pháp này. Kết quả chính bao gồm tỉ lệ tai biến-biến chứng quanh phẫu thuật và sự cải thiện triệu chứng lâm sàng cũng như trên hình ảnh học- chức năng thận liên quan.

Kết quả: Qua 55 TH nghiên cứu ghi nhận có 24/55 TH (43,6%) bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật niệu quản cùng bên. Thời gian mổ trung bình: $154,69 \pm 61,17$ phút, lượng máu mất trung bình là $68 \pm 43,14$ ml. Phân độ biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo có 47/55 TH (85,5%) không biến chứng, 6/55 TH (10,9%) độ I, 1/55 TH (1,8%) độ II, 1/55 TH (1,8%) độ III. Kết quả theo dõi với thời gian theo dõi trung bình $32,12 \pm 9,85$ tháng ghi nhận 36/40 TH (90%) phẫu thuật thành công, 1 TH bị tụ dịch sau phúc mạc do xì chỗ khâu nối phải mổ mở tạo hình lại, 2 TH hẹp niệu quản tái phát phải đặt lại JJ và thay định kỳ, 1 TH hẹp niệu quản tái phát, thận mất chức năng được cắt thận.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình bể thận – niệu quản kiểu cắt rời có robot hỗ trợ là phương pháp đầy hứa hẹn, an toàn, hiệu quả và có thể là một lựa chọn thay thế cho mổ mở trong những trường hợp hẹp bể thận-niệu quản phức tạp, hẹp tái phát. Cần thực hiện với số lượng lớn hơn với thời gian theo dõi dài hạn để có thể đánh giá kết quả lâu dài của phương pháp này.

Từ khóa: Tạo hình bể thận- niệu quản, Phẫu thuật nội soi với hỗ trợ bằng robot.

SUMMARY

OUTCOMES OF ROBOT-ASSISTED LAPAROSCOPIC TRANSPERITONEAL DISMEMBERED PYELO-URETERAL PLASTY

Introduction: Robot-assisted laparoscopic transperitoneal surgery has been implemented in adults since November 2016 at Binh Dan Hospital. Laparoscopic surgery for pyelo-ureteral

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Tiết niệu học, Đại học Y Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thành Thống

SĐT: 0987797171

Email: phanthanhthong2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

plasty with robot assistance has been long applied. Currently, besides Binh Dan Hospital, there are some units performing this technique but there has been no reported domestic research. Therefore, the question arises as to how effective and safe is the laparoscopic surgery for dismembered pyelo-ureteral plasty with robotic assistance?

Objective: To evaluate the outcomes of robot-assisted laparoscopic transperitoneal dismembered pyelo-ureteral plasty.

Material and Methods: Data collected from 55 cases of robot-assisted laparoscopic transperitoneal dismembered pyelo-ureteral plasty at Binh Dan Hospital from January 2017 to June 2024. Patients were followed up for at least 6 months to evaluate the effectiveness and safety of this method. The main results include the rate of perioperative complications and improvements in clinical symptoms as well as renal imaging functional outcomes.

Results: Out of 55 studied cases, 24/55 (43,6%) patients had history of ipsilateral ureteral surgery. Mean operative time: 154,69 minutes $\pm$ 61,17, mean blood loss: 68 $\pm$ 43,14ml. According to Clavien-Dindo classification, surgical complication rates were 47/55 (85,5%) without complications, 6/55 (10,9%) grade I, 1/55 (1,8) grade II and 1/55 (1,8%) grade III. Follow-up results over an average of 32,12 $\pm$ 9,85 months showed 36/40 cases (90%) had successful surgeries, 1 case developed retroperitoneal fluid extravacation due to suture leak requiring open revision, and 2 case had recurrent ureteral stricture requiring JJ stent placement and periodic replacement, 1 case of recurrent ureteral stenosis, kidney failure, nephrectomy.

Conclusion: Robot-assisted laparoscopic transperitoneal dismembered pyelo-ureteral plasty is a promising, safe, and effective method

and could be an alternative to open surgery in complex, recurrent renal pelvis-ureteral strictures. Larger-scale studies with long-term follow-up are needed to evaluate the long-term outcomes of this method.

Keywords: Pyelo-ureteral plasty, robot-assisted laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo sự phát triển của khoa học kỹ thuật, trên thế giới đã ứng dụng sự hỗ trợ của robot trong phẫu thuật nội soi tạo hình bể thận – niệu quản để hạn chế các nhược điểm của phẫu thuật nội soi truyền thống. Năm 1999 tác giả Sung và cộng sự đã báo cáo trường hợp đầu tiên phẫu thuật nội soi tạo hình bể thận dưới sự hỗ trợ của robot¹. Sau đó nhiều nghiên cứu lần lượt được công bố cho đến ngày nay: Yohannes (2002), Uberoi (2009), Wang (2019), Lukkanawong (2022). Tất cả các nghiên cứu đều kết luận rằng đây là phẫu thuật an toàn, khả thi và đem lại những lợi ích nhất định cho bệnh nhân^{2,3,4,5}.

Tại Việt Nam tháng 11/2016 phẫu thuật robot lần đầu tiên được tiến hành ở bệnh nhân người lớn tại bệnh viện Bình Dân với hệ thống robot da Vinci. Tính đến 12/2022 có 1804 trường hợp được phẫu thuật robot⁶. Năm 2017, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự đã báo cáo 7 trường hợp đầu tiên được tạo hình đường tiết niệu trên bằng phương pháp nội soi có robot hỗ trợ với kết quả đáng khích lệ⁷. Bài viết này đánh giá kết quả của 20 TH tạo bể thận – niệu quản bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng với robot hỗ trợ thực hiện tại bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Từ 1/2017 đến 6/2024, 55 BN đã được PTNS với robot hỗ trợ tạo hình bể thận niệu quản tại bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá trước mổ

Bệnh nhân bị tắc nghẽn bể thận–niệu quản (ureteropelvic junction obstruction–UPJO) được đánh giá trước mổ bằng MSCT hệ niệu có tiêm cản quang và xạ hình thận để xác định tình trạng tắc nghẽn chức năng (functional obstruction) và đánh giá chức năng thận riêng rẽ. Bệnh nhân được đánh giá

có tắc nghẽn nếu $T1/2 > 20$ phút sau khi thải.

Các thông tin trước mổ như tuổi, giới tính, BMI, bệnh kết hợp, tiền căn điều trị phẫu thuật, phẫu thuật vùng bụng trước đây được ghi nhận. Các thông số trong và sau khi mổ được thu nhập là lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện sau mổ cũng như các tai biến-biến chứng trong và sau khi phẫu thuật. Sau mổ bệnh nhân được theo dõi ít nhất 6 tháng để đánh giá tình trạng hẹp niệu quản tái phát.

Dụng cụ phẫu thuật: Hệ thống robot phẫu thuật da Vinci với bốn cánh tay.



Hình 1. Hệ thống robot phẫu thuật DaVinci

A. Tháp (Tower). B. Bàn điều khiển (Console). C. Dụng cụ



A



B



C

Hình 2. Tư thế bệnh nhân và phân bố các rô-ca trong phẫu thuật

A. Tư thế bệnh nhân. B. Vị trí các rô-ca.
C. Docking

Kỹ thuật mổ: nội soi ổ bụng trong phúc mạc có robot hỗ trợ tạo hình cắt rời (Hynes-Anderson). Nếu có mạch máu cực dưới bất ngang sẽ chuyển vị niệu quản ra trước. Nếu bệnh nhân có bệnh lý khác như sỏi thận, nang thận cũng được xử lý trong cuộc mổ

Chuyển lưu nước tiểu trong mổ bằng thông JJ bể thận niệu quản. Đoạn niệu quản hẹp được gửi thử giải phẫu bệnh lý.

Đánh giá kết quả

Kết quả phẫu thuật bao gồm kết quả quanh phẫu thuật theo hồi cứu hồ sơ và kết quả theo dõi bệnh nhân đến thời điểm hiện tại.

Tính đến thời điểm hiện tại phẫu thuật được gọi là thành công khi bệnh nhân cải

thiện triệu chứng lâm sàng về đau hông lưng hay không có nhiễm khuẩn tái diễn. Hình ảnh trên MSCCT ghi nhận có giảm độ ứ nước so với trước mổ hoặc xạ hình thận không ghi nhận bế tắc hay có đáp ứng với test Lasix. Các TH phải mổ lại lần 2 hoặc đặt JJ dài hạn được xem là thất bại.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm bệnh nhân

- Giới tính: nam 26/55 TH (47,3%), nữ 29/55 TH (52,7%).
- Tuổi trung bình: $46,98 \pm 17,52$ (17-85).
- BMI: Tỷ lệ béo phì là 25,5%.
- Lý do vào viện: Đau hông lưng 48/55 BN (87,3%), có 6/55 BN (10,9%) nhập viện vì tình cờ phát hiện thận ứ nước, 1/55 BN vào viện vì nhiễm khuẩn đường tiết niệu

Bảng 1: Tiền căn phẫu thuật trên niệu quản được tạo hình

Tiền sử ngoại khoa	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nội soi tán sỏi niệu quản cùng bên niệu quản tạo hình	7	12,7
Nội soi xẻ hẹp niệu quản cùng bên niệu quản tạo hình	5	9,1
PT nội soi tạo hình khúc nối cùng bên niệu quản tạo hình	4	7,3
PT nội soi lấy sỏi niệu quản cùng bên niệu quản tạo hình	3	5,5
Mở thận ra da cùng bên niệu quản tạo hình	3	5,5
Mổ mở lấy sỏi thận cùng bên niệu quản tạo hình	2	3,6
Tổng	24	43,6

- Có 12/55 BN (21,8%) có vết mổ cũ cùng bên niệu quản PT. Trong đó có 4 BN đã PT tạo hình khúc nối, 3 BN PT nội soi lấy sỏi niệu quản, 3 BN mổ mở lấy sỏi thận, 2 BN đã mở thận ra da.

Bảng 2: Độ ứ nước thận trước mổ trên MSCT:

Mức độ ứ nước trên MSCT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không ứ nước	1	1,8
Ứ nước độ 1	3	5,5
Ứ nước độ 2	24	43,6
Ứ nước độ 3	25	45,5
Ứ nước độ 4	2	3,6
Tổng	55	100

- Chức năng thận trước mổ: creatinin/ máu: $80,8 \pm 20,5$ umol/L; eGFR: $86,8 \pm 25$ mL/phút
- Xạ ký thận ĐVPX trước phẫu thuật ở 26/55 BN chiếm 47,27%, kết quả ghi nhận 14/26 BN (53,8%) đáp ứng tốt với test Lasix, 16/26 BN (61,54%) đáp ứng kém với test Lasix, 3 BN không đáp ứng với test Lasix và 3 BN được ghi nhận không bài tiết khi thực hiện xạ ký thận ĐVPX.

Bảng 3: Bất thường kèm theo hẹp khúc nối bể thận-niệu quản

Bất thường kèm theo hẹp khúc nối	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Mạch máu bất thường	14	25,5
Sỏi thận	4	7,3
Thận móng ngựa	2	3,6
Thận đôi hoàn toàn	1	1,8
Nang thận	1	1,8
Không có bất thường	33	60
Tổng	55	100

Bảng 4: Kỹ thuật mổ

Phương pháp PT	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tạo hình nối tận tận đơn thuần	27	49,1
Tạo hình + chuyển vị niệu quản	14	25,5
Tạo hình + làm nhỏ bể thận	8	14,5
Tạo hình + lấy sỏi thận	2	3,6
Tạo hình + cắt eo thận móng ngựa	2	3,6
Tạo hình + cắt nang thận	2	3,6
Tổng	55	100

Kết quả quanh phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình: $154,69 \pm 61,17$ phút (50-330).
- Có 44/55 BN (80%) được sử dụng tổng cộng 5 trocar trong phẫu thuật. Trong đó 42/55 BN (76,4%) sử dụng 3 trocar robot bao gồm 1 trocar đèn và 2 cánh tay robot, 13/55 BN (23,6%) có sử dụng thêm cánh tay robot thứ 4.

- Lượng máu mất trung bình: $68 \pm 43,14$ ml (10-300). Không có TH nào cần truyền máu trong lúc mổ
- Thời gian rút thông niệu đạo: $3,36 \pm 1,13$ ngày (1-6)
- Thời gian rút ống dẫn lưu: $4,55 \pm 1,16$ ngày (2-7)
- Thời gian nằm viện sau mổ: $5,51 \pm 2,17$ ngày (2-13)

Bảng 5: Biến chứng phẫu thuật theo Clavien-Dindo

Phân độ biến chứng theo Clavien-Dindo	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Không biến chứng	47	85,5
Độ I	6	10,9
Độ II	1	1,8
Độ III	1	1,8
Độ IV, V	0	0
Tổng	55	100

- Có 47/55 BN (85,5%) không có tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật, 5 BN sốt sau phẫu thuật, trong số 5 BN đó có 2 BN có kết quả cấy nước tiểu dương tính (*Pseudomonas* và *E. coli*), 1 BN tổn thương tĩnh mạch thận, 1 BN tụ máu sau phẫu thuật phải truyền máu sau phẫu thuật, 1 BN rò nước tiểu phải mổ mở tạo hình.

Theo dõi sau mổ

- Thời gian theo dõi trung bình: $32,12 \pm 9,85$ tháng, có 12/40 BN (30%) được theo dõi sau rút JJ dưới 24 tháng, 12/40 BN (30%) được theo dõi từ 24 – 48 tháng, 16/40 BN (40%) được theo dõi trên 48 tháng.

Bảng 6: Kết quả theo dõi sau mổ

Nội dung theo dõi	Sau mổ (N=40)		Trước mổ (N=55)		P
	Số TH	Tỉ lệ (%)	Số TH	Tỉ lệ (%)	
Đau hông lưng	3	7,5%	48	87,3%	<0,05
Không ứ nước	8	20	1	2,5	<0,05
Ứ nước độ 1	13	32,5	2	5	<0,05
Ứ nước độ 2	10	25	18	45	<0,05
Ứ nước độ 3	7	17,5	18	45	<0,05
Ứ nước độ 4	2	5	1	2,5	<0,05

- Xạ hình thận sau mổ được thực hiện 16/40 TH (40%) có 10/16 BN (62,5%) không bế tắc sau mổ với xạ ký thận ĐVPX, 4/16 BN (25%) đáp ứng với test Lasix, 1 BN không đáp ứng với test Lasix và 1 BN thận không bài tiết.

- Đánh giá dựa vào lâm sàng hết đau + độ giảm ứ nước trên MSCT/ xạ hình thận không tắc nghẽn ghi nhận tỷ lệ thành công 36/40 (90%)

Trong 55 TH nghiên cứu chúng ta thấy rõ sự nổi bật về tiền căn phẫu thuật niệu quản cùng bên trước đó của bệnh nhân. Cụ thể có 24/55 TH (43,6%) đã có can thiệp trước đó, trong đó có 12/55 BN (21,8%) có vết mổ cũ cùng bên niệu quản PT: 4 BN đã PT tạo hình khúc nối, 3 BN PT nội soi lấy sỏi niệu quản, 3 BN mổ mở lấy sỏi thận, 2 BN đã mổ thận ra da. Đây là các TH có vết mổ cũ nên nội soi thông thường sẽ rất dễ thất bại do sự viêm dính quanh niệu quản. Qua đó làm nổi bật lên ưu thế của robot trong các trường hợp này. Năm 2019 tác giả Wang và cs báo cáo so sánh 2 nhóm tạo hình niệu quản hẹp tái

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu**

phát bằng mổ mở và nội soi có robot hỗ trợ thấy phẫu thuật robot hiệu quả tương đương mổ mở nhưng có thời gian mổ ngắn hơn và máu mất ít hơn⁴. Bên cạnh đó chỉ số khối cơ thể trong mẫu nghiên cứu có (25,5%) béo phì, đây cũng là các trường hợp có thể gây khó khăn rất nhiều cho phẫu thuật nội soi thông thường. Phẫu thuật nội soi với hỗ trợ robot cho phép bác sĩ Tiết niệu thực hiện thao tác mổ một cách thuận lợi nhờ tính năng phóng đại hình ảnh với hình ảnh HD-3D rõ nét, tăng sự khéo léo của đôi tay giúp khâu nối chính xác với chức năng giả lập cử động cổ tay trong cơ thể người bệnh

(Endowrist®). Ngoài ra, ưu điểm vượt trội hơn của phẫu thuật có robot hỗ trợ so với phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn là tư thế phẫu thuật viên trong phẫu thuật robot rất thoải mái và ít mất sức lao động (ergonomic), giúp thời gian hoàn thành đường cong học tập ngắn hơn². Như vậy, ngoài các bệnh lý ung thư cần phẫu thuật cắt bỏ tận gốc và nạo hạch vùng phức tạp, các phẫu thuật tạo hình đường tiểu, nhất là các trường hợp tạo hình lại trước đây thường phải mổ mở, nay có thể mổ nội soi với sự trợ giúp của hệ thống robot phẫu thuật đem lại lợi ích nhất định cho người bệnh.

Bảng 7: So sánh một số nghiên cứu

Tác giả, năm	Số BN/Đơn vị thận	Kỹ thuật mổ	Thời gian mổ (phút)	Máu mất (mL)	Thời gian nằm viện (ngày)	Biến chứng (Độ nặng) (%)	Thời gian theo dõi (tháng)	Thành công (%)
Palese, 2005 ⁸	38	Hynes-Anderson	225,6 ± 59,3	77,3 ± 55,3	2,9	Không	12,2	94,7
Vipul Patel 2005 ⁹	50	Hynes-Anderson	122	40	1,1		11,7	96
Wang, 2019 ⁴	22, hẹp NQ tái phát	Hynes-Anderson Nối tận tận	124,55	100	-	2/22 (9,09%)	30	85,71
Chúng tôi, 2024	55	Hynes-Anderson ± lấy sạn thận, cắt nang, chuyển vị niệu quản, cắt eo thận	154,69 ± 61,17	68 ± 43,14	5,51 ± 2,17	8/55 (14,5%)	32,12 ± 9,85	90

Các báo cáo của các tác giả nước ngoài cho thấy tỉ lệ thành công cao: 84,6% - 96% khi thực hiện tạo hình bể thận- niệu quản với phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ. Nhìn chung kết quả quanh phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều so với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Năm 2014 Mario hồi cứu 131 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình bể thận- niệu quản qua nội soi có sự hỗ trợ của robot. Trong đó có

17 trường hợp là được coi là phức tạp: thận móng ngựa ở 3 bệnh nhân, có phẫu thuật điều trị hẹp bể thận- niệu quản trước đó 14 bệnh nhân. Nghiên cứu chia thành 2 nhóm: phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản lần đầu (nhóm 1) và phẫu thuật tạo hình bể thận - niệu quản ở nhóm phức tạp (nhóm 2). Kết quả: Thời gian mổ trung bình là 117,36 ± 33,5 phút ở nhóm 1 và 153,56 ± 31,1 phút ở nhóm 2 (p= 0 .002). Thời gian nằm viện

trung bình là $5,19 \pm 1,66$ ngày ở nhóm 1 và $5,90 \pm 2,33$ ngày ở nhóm 2 ($p = 0,326$). Nhóm 1 có 1 bệnh nhân phải chuyển mổ mở do khó khăn về kỹ thuật. Tại thời điểm 3 tháng tỷ lệ thành công (lâm sàng và X-quang) chiếm 93% ở nhóm 1 và 88,2% ở nhóm 2. Qua nghiên cứu tác giả nhận thấy phẫu thuật tạo hình bể thận – niệu quản bằng robot khả thi và hiệu quả, tỷ lệ thành công cao ngay cả trong tình huống phức tạp¹⁰.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được mời đến để theo dõi ghi nhận 37/40 TH hết đau hông lưng, 32/40 (80%) TH thận đều giảm độ ứ nước so với trước mổ, có 4 TH được xem là thất bại: 1 TH bị rò nước tiểu sau mổ được mổ mở tạo hình lại, sau đó bệnh nhân được đặt JJ và thay định kỳ, 2 TH sau 2 tháng rút JJ ghi nhận hẹp tái phát nên được đặt JJ thay định kỳ, 1 TH hẹp niệu quản tái phát, thận mất chức năng được cắt thận.

V. KẾT LUẬN

Kết quả qua 55 trường hợp quả phẫu thuật nội soi ổ bụng tạo hình bể thận – niệu quản kiểu cắt rời có robot hỗ trợ cho thấy đây là phương pháp đầy hứa hẹn, an toàn, hiệu quả và có thể là một lựa chọn thay thế cho mổ mở trong những trường hợp hẹp bể thận-niệu quản phức tạp, hẹp tái phát. Cần thực hiện với số lượng lớn hơn với thời gian theo dõi dài hạn để có thể đánh giá kết quả lâu dài của phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung, G. T., Gill, I. S., Hsu, T. H.** (1999), “Robotic-assisted laparoscopic pyeloplasty: a pilot study”, *Urology*, 53(6), pp.1099–1103.
2. **Yohannes** (2002) Yohannes, P., Rotariu, P., Pinto, P., Smith, A. D., & Lee, B. R. (2002), Comparison of robotic versus laparoscopic skills: is there a difference in the learning curve? *Urology*, 60(1), 39–45.
3. **Uberoi, J., Disick, G. I. S., Munver, R.** (2009), “Minimally invasive surgical management of pelvic-ureteric junction obstruction: update on the current status of robotic-assisted pyeloplasty”, *BJU International*, 104(11), pp.1722–1729.
4. **Qing Wang, Yuchao Lu, Henglong Hu and et al** (2019), “Management of recurrent ureteral stricture: a retrospectively comparative study with robot-assisted laparoscopic surgery versus open approach”, *PeerJ*, 7, pp. 8166
5. **Niwat Lukkanawong, Masashi Honda, Shogo Teraoka and et al** (2022), A Comparison Between Laparoscopic and Robot-Assisted Laparoscopic Pyeloplasty in Patients with Ureteropelvic Junction Obstruction”, *Yonago Acta Medica*, 65(2), pp.126–131
6. **Trần Vĩnh Hưng** (2023), “Kết quả 6 năm ứng dụng phẫu thuật robot tại Bệnh viện Bình Dân: Triển vọng và hội nhập”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 525, tháng 4, số đặc biệt, tr.5-14.
7. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Vĩnh Hưng, Đỗ Vũ Phương, Đỗ Anh Toàn và cộng sự** (2017), kết quả bước đầu qua 7 trường hợp được phẫu thuật nội soi ổ bụng với robot hỗ trợ tạo hình đường niệu trên tại bệnh viện Bình Dân, *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 21, số 6, tr. 51-57.
8. **Palese M.A., Munver R., Phillips C.K., Dinlenc C., Stifelman M.D., DelPizzo J.J.** (2005), Robot-assisted laparoscopic dismembered pyeloplasty. *JSLs*; 9: 252–7
9. **Patel, V.** (2005), Robotic-assisted laparoscopic dismembered pyeloplasty, *Urology*, 66(1), pp.45–49.
10. **Mario F. Chammas Jr, MD, Anuar I. Mitre, MD, PhD, Nicolas Hubert and et al** (2014), Robotic Laparoscopic Pyeloplasty, *JSLs*. 18(1), pp.110–115.

PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ ROBOT HỖ TRỢ TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ Ở BỆNH NHÂN THẬN ĐỘC NHẤT

Trần Hữu Toàn¹, Văn Thành Trung¹,
Trịnh Nguyên Bách¹, Đoàn Thanh Khải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ban đầu tính khả thi và hiệu quả của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ tạo hình bàng quang trực vị ở bệnh nhân có thận độc nhất.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 3 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang trực vị trên thận độc nhất từ 8/2019-8/2022 tại bệnh viện Bình Dân

Kết quả: Trong thời gian theo dõi trung bình 28 tháng (24–36 tháng). Các biến chứng bao gồm nhiễm khuẩn niệu ở 3 bệnh nhân, 1 trường hợp ngược dòng bàng tân tạo-niệu quản, không trường hợp rò nước tiểu, không trường hợp nào tắc ruột, không có trường hợp nào diễn tiến suy thận. Tiểu có kiểm soát ban ngày 3/3 trường hợp, tiểu có kiểm soát ban đêm 2/3 trường hợp.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân có thận độc nhất là an toàn và khả thi, đồng thời không ảnh hưởng nhiều đến chức năng thận sau mổ.

Từ khóa: ung thư bàng quang, bàng quang trực vị, thận độc nhất

SUMMARY

ROBOTIC-ASSISTED LAPAROSCOPIC NEOBLADDER RECONSTRUCTION IN SOLITARY KIDNEY PATIENTS

Objective: Initial assessment of the feasibility and effectiveness of robot-assisted laparoscopic surgery with orthotopic neobladder in patients with solitary kidneys.

Method: A retrospective descriptive study in 3 cases of patients with solitary kidney who underwent robotic assisted laparoscopic radical cystectomy with orthotopic neobladder in Binh Dan hospital from 8/2019-8/2022.

Results: During follow-up median 28 months (24–36 months). Complications included urinary infection in 3 patients, 1 case of ureter - neobladder retrograde, no case of urine leakage, no case of intestinal obstruction, and no case of kidney failure. Continent during the day in 3/3 cases, continent at night in 2/3 cases.

Conclusion: Robot-assisted laparoscopic surgery for orthotopic neobladder in patients with solitary kidney is safe and feasible, and does not greatly affect postoperative kidney function.

Keywords: bladder cancer, orthotopic neobladder, solitary kidney

¹Bệnh viện Bình Dân - Khoa Nội soi niệu

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Toàn

SĐT: 0933237542

Email: drtranhuutoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

I. MỞ ĐẦU

Cắt bàng quang tận gốc là phương pháp điều trị ung thư bàng quang xâm lấn cơ hiệu quả nhất. Vấn đề đặt ra là chọn phương pháp chuyển lưu nước tiểu nào sau khi cắt bàng

quang: Mở hai niệu quản ra da, chuyển lưu qua ống hồi tràng hoặc tạo hình bàng quang trực vị. Phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn ưu tiên khi cắt bàng quang [1]. Bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua đường tự nhiên và là phương thức chuyển lưu nước tiểu mang đến chất lượng cuộc sống sau mổ tốt nhất. Tuy nhiên đối với những bệnh nhân có thận độc nhất phải cắt bỏ bàng quang do ung thư thì việc tạo hình bàng quang trực vị cần thận trọng hơn do vấn đề suy giảm chức năng thận sau mổ [1].

Theo nghiên cứu của một số tác giả Furukawa J [1], Helmy Aly A [2] thực hiện phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân có thận độc nhất sau khi cắt bàng quang tận gốc, kết quả cho thấy kỹ thuật này an toàn, không ảnh hưởng chức năng thận sau mổ. Các tác giả này kết luận rằng thận độc nhất không phải là chống chỉ định của tạo hình bàng quang trực vị. Chúng tôi đã thực hiện hai trường hợp mổ mở cắt bàng quang tạo hình trực vị trên bệnh nhân có thận độc nhất cho kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi tiếp tục áp dụng phẫu thuật robot trên nhóm bệnh nhân này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị trên ba bệnh nhân có thận độc nhất.

Bảng 1: Đặc điểm các bệnh nhân

Đặc điểm	Trường hợp 1	Trường hợp 2	Trường hợp 3
Giới tính	Nam	Nam	Nam
Tuổi	45	53	70
Nguyên nhân thận độc nhất	Đã cắt thận trái do bướu niệu mạc	Đã cắt thận phải do bướu niệu mạc	Đã cắt thận phải do bướu niệu mạc
cTNM	T2N0M0	T3N0M0	T2N0M0

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả 3 trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang trực vị trên thận độc nhất từ 8/2019-8/2022 tại bệnh viện Bình Dân.

Chỉ định phẫu thuật:

BN được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ trên thận độc nhất và có chỉ định cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang tân tạo trực vị có tiêu chuẩn như sau:

- T1 nguy cơ cao, T 2-4a, N0, M0.
- Bướu không xâm lấn niệu đạo tuyến tiền liệt ở nam và không xâm lấn cổ bàng quang ở nữ.
- Chức năng thận $eGFR > 50\text{ml/ph}/1.73\text{m}^2$ da [9]

Các tiêu chuẩn trên được chẩn đoán trước mổ bằng hình ảnh MRI hoặc CT scan bụng chậu có cản quang và thực hiện nội soi bàng quang đánh giá tình trạng bướu.

Định nghĩa các biến số quan trọng

Kiểm soát nước tiểu ban ngày hoặc ban đêm: Dùng ít hơn một tả ban ngày hoặc ban đêm [10]

Hẹp niệu quản-bàng quang tân tạo: được xác định bởi có dấu hiệu tắc nghẽn bao gồm sự hiện diện của thận ứ nước tăng lên, nhu mô mỏng, suy giảm chức năng thận [11].

Giải phẫu bệnh	Carcinoma tế bào chuyển tiếp biệt hóa trung bình	Carcinoma tế bào chuyển tiếp biệt hóa trung bình	Carcinoma tế bào chuyển tiếp biệt hóa kém
eGFR trước mổ (ml/ph/1.73m ² da)	91	95	92
Kiểu tạo hình bàng quang trực vị	V shape	V shape	V shape

Bảng 2: Các biến số liên quan phẫu thuật

Biến số	TH 1	TH 2	TH 3
Thời gian mổ (phút)	450	420	380
Lượng máu mất (ml)	400	600	300
eGFR sau mổ (ml/ph/1.73m ² da)	88	91	90
Thời gian rút ống dẫn lưu (ngày)	3	5	3
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6	8	7

Bảng 3: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	TH 1	TH 2	TH 3
Nhiễm khuẩn niệu	X	X	X
Rò bàng quang tân tạo	0	0	0
Tắt ruột	0	0	0
Hẹp miệng nối niệu quản-bàng quang tân tạo	0	0	0
Hẹp cổ bàng quang tân tạo	0	0	0
Ngược dòng bàng quang - niệu quản	X	0	0
Kiểm soát nước tiểu ban ngày	X	X	X
Kiểm soát nước tiểu ban đêm	X	X	0
Sỏi bàng quang	0	0	0

Bảng 4: Chức năng thận theo thời gian

GFR (ml/ph/1.73m ² da)	TH 1	TH 2	TH 3
Trước mổ	91	95	92
Sau mổ 3 tháng	89	91	92
Sau mổ 12 tháng	90	89	88
Sau mổ 24 tháng	89	90	91

Không có trường hợp nào rối loạn điện giải, mất cân bằng kiềm toan trong quá trình theo dõi

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi ghi nhận 3 bệnh nhân trước đó đã cắt thận niệu quản và 1 phần bàng quang do ung thư tế bào chuyển tiếp tại bề thận, những trường hợp này sau đó được theo dõi và phát hiện bướu tái phát ở bàng quang, sau

cắt đốt nội soi ghi nhận bướu xâm lấn cơ. Tất cả 3 trường hợp này có chỉ định phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị.

Thời gian phẫu thuật trung bình 417 phút, lượng máu mất trung bình 433 ml, tương đương với các nghiên cứu về phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang trực vị của các tác giả khác.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật

Tác giả	n	Kiểu tạo hình	Thời gian (phút)	Lượng máu mất (ml)
Pruthi (2010) [3]	3	U	318	221
Sim (2015) [4]	73	Y	442	347
Butt (2015) [5]	4	Hautmann (W)	523	238
Koie (2018) [6]	22	U	430	300
Văn Thành Trung (2023) [7]	38	V	420	468
Fumitaka (2023) [8]	10	Ves.Pa	496	524
Chúng tôi	3	V	417	433

Độ lọc cầu thận của 3 bệnh nhân này trước và sau mổ không thay đổi nhiều, đặc biệt không có bệnh nhân nào có tổn thương thận cấp sau mổ do mất máu hoặc do ứ nước thận, điều này cần đặc biệt chú ý đối với những bệnh nhân có thận độc nhất về mặt chức năng (thận đối bên bị teo, dẫn mất chức năng) hoặc thận độc nhất về phương diện giải phẫu. Sau mổ thời gian đầu chúng tôi theo dõi nghiêm ngặt lượng nước tiểu thông qua thông bàng quang niệu đạo và thông bàng quang ra da. Điều quan trọng chúng tôi đặc biệt chú ý bơm rửa bàng quang mỗi ngày tránh trường hợp các dịch tiết của đoạn hồi tràng làm bàng quang tân tạo gây nghẹt

thông JJ niệu quản, thông bàng quang, gây ra sự bê tắc sau thận độc nhất và dễ dàng dẫn tới tình trạng suy thận.

Tất cả trường hợp được áp dụng chương trình tăng cường hồi phục sau mổ (ERAS), đồng thời không biến chứng nặng sau mổ, không có trường hợp cần can thiệp lần 2. Do đó rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ (trung bình 7 ngày).

Bệnh nhân được theo dõi, kiểm tra định kỳ mỗi 3 tháng: đánh giá độ lọc cầu thận, ion đồ và chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang nhằm phát hiện các vấn đề về tái phát tại chỗ, di căn, hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo trực vị.

**Hình 1: MSCT trường hợp 2 sau mổ 6 tháng**

Chúng tôi ghi nhận không có trường hợp nào suy giảm chức năng thận sau mổ cũng như không rối loạn điện giải và mất cân bằng toan kiềm.

Các biến chứng chủ yếu là nhiễm khuẩn niệu xảy ra ở cả ba bệnh nhân, được nhập viện dùng kháng sinh điều trị và bơm rửa bàng quang, tình trạng ổn định và xuất viện sau 5-7 ngày. Trong thời gian theo dõi chúng

tôi chưa ghi nhận các trường hợp nào hẹp cổ bàng quang tân tạo, hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo. Có một trường hợp ngược dòng bàng quang – niệu quản nhưng không ảnh hưởng nhiều đến chức năng thận.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật robot tạo hình bàng quang trực vị trên bệnh nhân có thận độc nhất là phẫu thuật phức tạp và nhiều thử thách. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy mức độ là an toàn và khả thi khi thực hiện phẫu thuật này trên bệnh nhân có hai thận và một số nghiên cứu trên thận độc nhất. Trong nghiên cứu này số lượng trường hợp còn hạn chế nhưng các số liệu vẫn cho thấy tính khả thi của phẫu thuật này không ảnh hưởng nhiều đến chức năng thận ở bệnh nhân có thận độc nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Furukawa J, Miyake H, Hara I, Takenaka A, Fujisawa M.** Clinical outcome of orthotopic neobladder replacement in patients with a solitary functioning kidney. *Int J Urol.* 2007 May;14(5):398-401
2. **Helmy Aly A, Ezzat A, Hamed A.** Orthotopic neobladder reconstruction after radical cystectomy in patients with a solitary functioning kidney: clinical outcome and evaluation. *J Egypt Natl Canc Inst.* 2011 Dec;23(4):133-40.
3. **Pruthi, R.S.; Nix, J.; McRackan, D.; Hickerson, A.; Nielsen, M.E.; Raynor, M.; Wallen, E.M.** Robotic-assisted laparoscopic intracorporeal urinary diversion. *Eur. Urol.* 2010, 57, 1013–1021.
4. **Sim, A.; Todenhöfer, T.; Mischinger, J.; Halalsheh, O.; Fahmy, O.; Boettge, J.; Rausch, S.; Bier, S.; Aufderklamm, S.; Liatsikos, E.; et al.** Y pouch neobladder-a simplified method of intracorporeal neobladder after robotic cystectomy. *J. Endourol.* 2015, 29, 387–389.
5. **Butt, Z.A.; Forbes, E.; Zorn, J.; Martin, B.** Robotic radical cystectomy with intracorporeal neobladder: Initial experience and outcomes. *Can. Urol. Assoc. J.* 2015, 9, E156–E159.
6. **Koie, T.; Ohyama, C.; Yoneyama, T.; Nagasaka, H.; Yamamoto, H.; Imai, A.; Hatakeyama, S.; Hashimoto, Y.** Robotic cross-folded U-configuration intracorporeal ileal neobladder for muscle-invasive bladder cancer: Initial experience and functional outcomes. *Int. J. Med. Robot.* 2018, 14, e1955.
7. **Văn Thành Trung và cộng sự (2023),** “Đánh giá kết quả phẫu thuật Robot cắt bàng quang tân gốc-tạo hình bàng quang trực vị tại bệnh viện Bình Dân” . Tạp chí Y học Việt Nam, tập 525, tr 562-571.
8. **Fumitaka Shimizu.; Satoru Muto.; Kosuke Kitamura.** Robot-Assisted Radical Cystectomy with Modified Vesica Ileale Padovana (VIP) Neobladder Configuration Using a Hybrid Approach: Initial Experience. *J. Pers. Med.* 2023, 13(5), 802.
9. **Mills, R. D., & Studer, U. E.** (1999). Metabolic consequences of continent urinary diversion. *The Journal of urology*, 161(4), 1057–1066.
10. **Tyritzis, S. I., Hosseini, A., Collins, J., Nyberg, T., Jonsson, M. N., Laurin, O., Khazaeli, D., Adding, C., Schumacher, M., & Wiklund, N. P.** (2013). Oncologic, functional, and complications outcomes of robot-assisted radical cystectomy with totally intracorporeal neobladder diversion. *European urology*, 64(5), 734–741.
11. **Benson, C. R., Ajay, D., Barrett-Harlow, B. L., Cunningham, K. G., Bootwala, Y., Pendleton, C., Li, H., Ayoub, H. I., Graber, W. J., & Westney, O. L.** (2021). Ureteroenteric anastomosis in orthotopic neobladder creation: do urinary tract infections impact stricture rate?. *World journal of urology*, 39(4), 1171–1176.

PHẪU THUẬT NỘI SOI VÀ PHẪU THUẬT ROBOT CẮT MỘT PHẦN THẬN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TẾ BÀO THẬN GIAI ĐOẠN CT2N0M0: KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trần Đỗ Hữu Toàn¹, Phạm Phú Phát¹, Trang Võ Anh Vinh¹,
Nguyễn Hoàng Luân¹, Võ Thị Thanh Huyền¹, Dương Phúc Hải¹,
Đỗ Anh Toàn¹, Đỗ Lệnh Hùng¹, Phan Trường Bảo¹, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật robot cắt một phần thận trong điều trị ung thư tế bào thận (RCC) giai đoạn cT2N0M0 tại bệnh viện Bình Dân

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Các bệnh nhân được bướu thận giai đoạn cT2N0M0 và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là carcinom tế bào thận (RCC) được phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn hoặc phẫu thuật robot cắt một phần thận từ 01/2023 đến 09/2024. Các biến số được ghi nhận bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, kết quả phẫu thuật: thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, biên phẫu thuật, chức năng thận sau mổ 48 giờ, biến chứng liên quan phẫu thuật.

Kết quả: Kích thước bướu trung bình là 87,3 ± 23,6 mm. Có 05/12 trường hợp phẫu thuật robot cắt một phần thận; 07/12 trường hợp lựa

chọn phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn. Thời gian mổ trung bình là 177,5 ± 37,7 phút. Lượng máu mất trung bình là 258,3 ml. Thời gian thiếu máu nóng là 25,8 ± 9,6 phút. Tỷ lệ biến chứng là 33,3 % (4/12 trường hợp). Không có biến chứng nặng. Biên phẫu thuật âm tính trong 100% các trường hợp.

Kết luận: Đối với ung thư tế bào thận cT2N0M0, phẫu thuật cắt một phần thận bước đầu cho thấy là an toàn và khả thi trong các trường hợp chọn lọc và bệnh nhân được tư vấn kỹ về lợi ích và nguy cơ. Sự ứng dụng robot hỗ trợ giúp tăng tính khả thi, cải thiện kết quả phẫu thuật, đặc biệt là về mặt giảm lượng máu mất và giảm thời gian thiếu máu nóng.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi cắt một phần thận, ung thư tế bào thận, phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn, phẫu thuật robot

SUMMARY

CONVENTIONAL LAPAROSCOPIC AND ROBOT – ASSISTED LAPAROSCOPIC PARTIAL NEPHRECTOMY FOR cT2N0M0 RENAL CELL CARCINOMA: INITIAL EXPERIENCE AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: To evaluate the early results of conventional laparoscopic and robot – assisted laparoscopic partial nephrectomy in treatment of cT2N0M0 RCC at Binh Dan Hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

²Bộ môn Thận niệu – Nam khoa, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn
SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Subjects and research methods: This is a prospective, descriptive study. Data were collected on 12 patients with cT2N0M0, who had undergone laparoscopic (with and without robot assisted) partial nephrectomy, from January 2023 to September 2024. Demographic, radiological growth patterns of the tumors and intraoperative data were collected. Post-operative complications and pathological data were also recorded.

Result: 05/12 patients underwent robot-assisted partial nephrectomy (RAPN), while the remaining 07/12 cases received conventional laparoscopic partial nephrectomy. Radiological tumor size was $87,3 \pm 23,6$ mm. The average operative time was $177,5 \pm 37,7$ minutes. The mean estimated blood loss was 258,3 ml. Warm ischemia time (WIT) was $25,8 \pm 9,6$ min. No major complications occurred. Negative margin was recorded in 100% cases.

Conclusion: For cT2N0M0 renal cell carcinoma, partial nephrectomy has been initially shown to be safe and feasible in selected cases. Robotic assistance has increased feasibility and improved surgical outcomes, especially reduced blood loss and warm ischemia time.

Keywords: partial nephrectomy, conventional laparoscopy, robot – assisted laparoscopy, renal cell carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tế bào thận (RCC: Renal cell carcinoma) giai đoạn khu trú không chỉ bao gồm các bướu T1 mà còn cả các bướu giai đoạn T2N0M0 theo phân loại TNM. Phẫu thuật cắt một phần thận đã và đang thay thế cắt thận tận gốc, trở thành điều trị tiêu chuẩn của ung thư tế bào thận giai đoạn khu trú, không phụ thuộc kích thước. Hướng dẫn điều trị của Hội Tiết niệu châu Âu (EAU) từ năm 2020 đã khuyến cáo cân nhắc lựa chọn cắt một phần thận điều trị bướu thận giai đoạn

T2 trong một số trường hợp. Theo bản cập nhật mới nhất của Mạng lưới ung thư toàn diện quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) năm 2024, đối với ung thư tế bào thận giai đoạn T2 (bướu lớn hơn 7 cm), cắt một phần thận là điều trị ưu tiên hơn cắt thận tận gốc nếu khả thi về mặt kỹ thuật.^{1,2}

Tại bệnh viện Bình Dân, dựa trên báo cáo phẫu thuật nội soi cắt một phần thận điều trị ung thư tế bào thận T1bN0M0 cho kết quả khả quan về mặt ung thư học và bảo tồn chức năng thận với thời gian theo dõi trung bình là 13,6 tháng của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và Phạm Phú Phát (2023), các phẫu thuật viên dần tự tin và bắt đầu tiến hành cắt một phần thận chọn lọc cho một số trường hợp bướu kích thước lớn hơn 7 cm. Sự ứng dụng robot hỗ trợ giúp cắt một phần thận trở nên khả thi hơn trong các trường hợp bướu có độ khó cao: bướu kích thước lớn, bướu vùng rốn thận,...³⁻⁵

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào thận (RCC) giai đoạn khu trú được điều trị tại bệnh viện Bình Dân

Tiêu chuẩn chọn mẫu: thỏa tất cả các tiêu chuẩn (1) Bướu thận nghi ngờ ác tính trên CT scan với đặc điểm tăng đậm độ sau tiêm thuốc cản quang và (2) Kích thước bướu ≥ 7 cm, bướu còn khu trú, chưa xâm lấn mỡ quanh thận, không có di căn hạch hoặc di căn xa

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ không phải là carcinom tế bào thận (RCC) hoặc (2) bệnh nhân không đồng ý cắt một phần thận, lựa chọn cắt thận tận gốc

Phương pháp nghiên cứu:

Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến tháng 09/2024

Các bệnh nhân được thu thập và đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật, các kết quả liên quan phẫu thuật: triệu chứng, chức năng thận trước mổ, thời gian mổ, thời gian thiếu máu nóng (WIT), lượng máu mất, biên phẫu thuật, chức năng thận sau mổ 48 - 72 giờ, biến chứng liên quan phẫu thuật được phân loại theo phân loại Clavien - Dindo.

Các bệnh nhân được tư vấn về lợi ích và nguy cơ, đồng ý lựa chọn phương pháp phẫu

thuật cắt một phần thận. Ngoài ra, các bệnh nhân cũng sẽ được tư vấn và lựa chọn một trong hai phương pháp phẫu thuật nội soi (PTNS) tiêu chuẩn và phẫu thuật (PT) robot. Thống kê khác biệt có ý nghĩa khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01/2023 đến 09/2024, có 12 bệnh nhân (BN) thỏa các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm bệnh nhân và tính chất bướu

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân và tính chất khối bướu

Đặc điểm	Giá trị
Số trường hợp	12
Tuổi trung bình	38,1 (15 – 55)
Nam/Nữ	5/7
Bướu trái/phải	7/5
Kích thước bướu (mm)	87,3 ± 23,6 (70 – 120) mm
Bướu rốn thận (Hilar tumor)	6/12 TH (50%)
Vị trí	
• Cực trên (%)	16.7 %
• Giữa (%)	58.3 %
• Cực dưới (%)	25.0 %
Vị trí	
• Mặt trước (%)	50.0 %
• Trung gian	33.3 %
• Mặt sau (%)	16.7 %
Tính chất chìm (endophytic)	
• <50%	25.0 %
• >50%	75.0 %

Bướu kích thước lớn đồng nghĩa sẽ tăng khả năng tiếp xúc hệ thống đài bể thận và mạch máu thận (đặc biệt là các cấu trúc vùng rốn thận). Do đó, ghi nhận có đến 6/12 trường hợp là bướu vùng rốn thận (Hilar tumor). Định nghĩa bướu vùng rốn thận dựa theo Kutikov và Uzzo (tác giả thang điểm

R.E.N.A.L.): trên CT scan hoặc MRI, bướu thận có bờ biên tiếp xúc với mạch máu thận (động mạch hoặc tĩnh mạch thận) hoặc phân nhánh đầu tiên của mạch máu thận.⁶

3.2. Kết quả phẫu thuật

Kết quả sớm của phẫu thuật được tóm tắt trong bảng 2

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
PT robot/ PTNS tiêu chuẩn	5/7 TH
PT ngả xuyên phúc mạc	100%
Hand – assisted (hỗ trợ của bàn tay)	1/12 TH (PTNS tiêu chuẩn)
Chuyển mổ mở/ chuyển cắt thận tận gốc	0/12 TH
Lượng máu mất (cc)	258,3 ± 178,2 (50 – 700) cc
Truyền máu trong và sau mổ	2/12 TH (16,7%)
Thời gian mổ (phút)	177,5 ± 37,7 (120 – 240) phút
Không kẹp mạch máu thận (off clamp)	0/12 TH
Có kẹp tĩnh mạch thận	4/12 TH (33.3%)
Tháo kẹp sớm	12/12 TH (100%)
Thời gian thiếu máu nóng (phút)	25,8 ± 9,6 (12 – 45) phút
Thời gian hậu phẫu (ngày)	4,6 ± 1,7 ngày

Bảng 3. So sánh kết quả phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn và phẫu thuật robot

	PTNS tiêu chuẩn	PT robot
Số trường hợp (N)	7/12 TH (58,3%)	5/12 TH (41,7%)
Thời gian mổ (phút)	190,7 ± 35,4 phút	159 ± 36,1 phút
Thời gian WIT (phút)	29,3 ± 9,3 phút	19,0 ± 6,9 phút
Lượng máu mất (cc)	328,6 ± 195,5 cc	160 ± 96,2 cc
Truyền máu	5,3 ± 1,8 ngày	3,6 ± 1,1 ngày
Thời gian hậu phẫu (ngày)	2/7 TH (truyền 01 đơn vị)	0/5 TH

Bướu có kích thước lớn (≥ 7 cm) nên tất cả tiếp cận với ngả xuyên phúc mạc (transperitoneal) kể cả trong 2 TH bướu vị trí mặt sau hoàn toàn do hạn chế không gian thao tác hẹp của khoang sau phúc mạc. Không có TH nào chuyển mổ mở. Tuy nhiên, có 1 TH trong nhóm PTNS tiêu chuẩn phải áp dụng kỹ thuật hand – assisted. Đây là TH bướu cực trên kích thước 85 x 60 mm, chủ yếu về mặt sau nên dụng cụ nội soi không thể bộc lộ hoàn toàn được mặt sau bướu. Tất cả 12/12 TH phải kẹp động mạch thận (không sử dụng kỹ thuật off-clamp). Trong quá trình cắt bướu, có thể kẹp thêm tĩnh

mạch thận khi cần (4/12 TH). Tất cả các TH đều sử dụng kỹ thuật tháo kẹp sớm (early unclamp), tháo kẹp mạch máu thận sau khi hoàn thành lớp khâu đài bể thận và mạch máu quanh cổ đài, nhằm giảm thời gian thiếu máu nóng. Phẫu thuật robot bước đầu cho thấy cải thiện các kết quả phẫu thuật: lượng máu mất, tỉ lệ truyền máu, thời gian thiếu máu nóng, thời gian mổ.

3.3. Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả sớm về mặt ung thư học ghi nhận: có 12/12 BN có biên phẫu thuật âm tính (không có tế bào ác tính). Không TH nào ghi nhận vỡ bướu trong mổ.

Bảng 3. Kết quả giải phẫu bệnh

GPB sau mổ	Số TH
– Tế bào sáng	7
– Dạng nhú	4
– Dạng chromophobe	1
RCC	12
Biên âm tính	12/12 (100%)

3.4. Biến chứng phẫu thuật

Có 8/12 TH (66,7%) không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật. Trong 4/12 TH ghi nhận biến chứng sau mổ, không có biến chứng nặng (Clavien – Dindo độ IV hoặc V). Chỉ có 1 TH cần can thiệp lại (dẫn lưu bằng mono J dưới siêu âm) là 1 TH tụ máu nhiễm trùng sau mổ, kích thước khối máu tụ 59 x 53 mm, BN có biểu hiện sốt và đau hông nên cần được dẫn lưu. Tuy nhiên, ở TH này, BN không biểu hiện tiểu máu, CT scan không ghi nhận rò nước tiểu, hay điểm chảy máu hoạt động hoặc túi giả phình.

Có 2/12 TH ghi nhận chảy máu trong mô cần can thiệp truyền máu. Cả 2 TH ghi nhận ở nhóm PTNS tiêu chuẩn và không cần chuyển mổ mở hay chuyển cắt thận tận gốc, chỉ cần truyền 01 đơn vị hồng cầu lắng. Chảy máu trong 2 TH này xảy ra sau khi hoàn

thành lớp khâu thứ nhất (khâu cầm máu mạch máu quanh cổ đài và khâu đài bể thận) và tháo kẹp mạch máu (early unclamp) nhằm rút ngắn WIT. Do đó, chảy máu trong 2 TH này là chảy máu rỉ rả nên không cần chuyển mổ mở. Lý do bướt lớn trong 2 TH (10 cm và 12 cm) nên diện cắt rộng, quá trình khâu khép chủ mô thận với PTNS tiêu chuẩn tốn nhiều thời gian nên tổng lượng máu mất lớn (500 ml và 700 ml)

Biến chứng điển hình của phẫu thuật cắt một phần thận là túi giả phình động mạch và rò nước tiểu không ghi nhận ở tất cả 12/12 TH. Kết quả khả quan có thể do nhóm nghiên cứu đã có kinh nghiệm cắt một phần thận từ các bước T1a đến các bước tăng dần kích thước nên lớp khâu thứ nhất được tối ưu (kín đài bể thận và cầm máu mạch máu quanh đài thận tốt).

Bảng 4. Thống kê biến chứng phẫu thuật

Biến chứng phẫu thuật, xử trí	Số BN	Tỉ lệ %	Clavien - Dindo
Tụ máu/ Tụ dịch	2		
• Bảo tồn	1	16,7 %	
• Dẫn lưu (mono J)	1	8,3%	I
Chảy máu	2	8,3%	IIIa
• Có truyền máu	2	16,7%	II
• Chuyển mổ mở/ cắt thận tận gốc	0		
Rò nước tiểu	0	0%	
Tổng	4/12	33,3%	
Không biến chứng	9/12	66,7%	
Tổng	12	100	

3.5. Chức năng thận sau mổ 48 – 72 giờ

Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) trung bình trước mổ (tính theo công thức MDRD) là $80,3 \pm 18,7$ ml/phút/1,73m² da. Có 4/12 TH có eGFR < 60 ml/phút/1,73m² da. Giá trị trung bình eGFR tại thời điểm 48 – 72 giờ sau mổ là $74,7 \pm 15,6$ ml/phút/1,73m² da. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,37$)

Ghi nhận có 02/12 TH (chiếm 16,7%) có creatinine máu tăng trên 1,5 lần so với creatinine trước phẫu thuật, đồng nghĩa với chẩn đoán tổn thương thận cấp sau mổ theo tiêu chuẩn RIFLE. Tuy nhiên, tất cả các TH này đều không có tình trạng thiếu niệu, không biểu hiện lâm sàng và không có chỉ định lọc máu. Các TH này được thử lại creatinine sau 2-3 ngày thì cả 2 TH creatinine máu đều giảm trở về mức < 1,5 lần creatinine trước mổ. Thời gian thiếu máu nóng ghi nhận trong 2 TH này lần lượt là 30 phút và 45 phút và ghi nhận ở nhóm PTNS tiêu chuẩn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định cắt một phần thận với RCC giai đoạn T2N0M0

Kết quả lâu dài về mặt ung thư học của cắt một phần thận đối với RCC giai đoạn T2 chưa được khẳng định do số lượng và thời gian theo dõi chưa đủ. Nghiên cứu hồi cứu đa trung tâm (châu Âu và Hoa Kỳ) so sánh kết quả ung thư học giữa cắt một phần thận và cắt thận tận gốc đối với RCC giai đoạn T2 (thời gian theo dõi 102 tháng) ghi nhận thời gian sống còn chung và sống còn không ung thư ở nhóm cắt một phần thận cao hơn cả nhóm cắt thận tận gốc. Tuy nhiên, mẫu so sánh của 2 nhóm là không đồng nhất.^{7,8}

Hướng dẫn điều trị của Hội Tiết niệu châu Âu (EAU) đề nghị cắt một phần thận

điều trị RCC giai đoạn T2 ưu tiên trong một số trường hợp (bệnh thận mạn, thận độc nhất, bướu ở cả 2 thận,...). Mạng lưới Ung thư toàn diện quốc gia Hoa Kỳ (NCCN) năm 2024, thì đã chấp nhận cắt một phần thận là điều trị ưu tiên hơn cắt thận tận gốc trong tất cả trường hợp T2 nếu khả thi về mặt kỹ thuật.^{1,2}

Nhận định “Khả thi về mặt kỹ thuật” mang tính chủ quan và thay đổi tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Một số đặc điểm cân nhắc cắt một phần thận có thể khả thi: bướu có vỏ bao rõ, có thể tiếp xúc, chèn ép nhưng không xâm lấn các cấu trúc rốn thận. Các nephron được giữ lại phải đảm bảo được tưới máu đủ, tạo được nước tiểu, không bế tắc đài bể thận. Số lượng nephron còn lại nên chiếm hơn 20% tổng số nephron.⁹ Các biến chứng liên quan phẫu thuật của cắt một phần thận chắc chắn sẽ cao hơn cắt thận tận gốc nhưng ở mức chấp nhận được. (trong nghiên cứu của chúng tôi là 33,3%, không có biến chứng nặng)

Mặc dù chỉ định cắt một phần thận với RCC giai đoạn T2 chưa hoàn toàn thống nhất, nhưng cắt một phần thận đang là xu hướng điều trị tất cả các TH RCC giai đoạn khu trú, không phụ thuộc kích thước. Nên cân nhắc cắt một phần thận kể cả cho bước giai đoạn T2 nếu khả thi, phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bệnh nhân được tư vấn kỹ về lợi ích và nguy cơ.^{1,2}

4.2. Vai trò của robot hỗ trợ trong cắt một phần thận giai đoạn T2N0M0

Kể từ khi được mô tả lần đầu bởi Gettman và cộng sự vào năm 2004, ứng dụng robot hỗ trợ trong nội soi cắt một phần thận ngày càng trở nên phổ biến. Đến ngày nay, phẫu thuật robot được xem là giải pháp thay thế hoàn toàn mổ mở trong phẫu thuật cắt một phần thận, kể cả những trường hợp bước

lớn, độ khó cao theo thang điểm R.E.N.A.L hoặc PADUA như bướu chìm hoàn toàn, bướu vùng rốn thận,...^{10,11}

So với nội soi tiêu chuẩn, phẫu thuật robot có các ưu thế vượt trội như hình ảnh phóng đại rõ nét, độ linh hoạt, chính xác của cánh tay robot, loại bỏ độ rung,... Trên thực tế lâm sàng, những ưu điểm này giúp mở rộng chỉ cắt một phần thận với đường cong học tập ngắn hơn so với PTNS tiêu chuẩn.¹²

Trong các TH bướu thận nhỏ (giai đoạn T1), phẫu thuật robot chưa cho thấy nhiều sự khác biệt về kết quả phẫu thuật ngoại trừ đường cong học tập ngắn hơn.¹³ Vai trò của robot hỗ trợ được bộc lộ rõ ràng trong cắt một phần thận đối với các bướu thận phức tạp, bướu kích thước lớn hơn 7 cm. Theo Hinata và cộng sự (2021), phẫu thuật robot giúp giảm đáng kể thời gian thiếu máu nóng đối với các bướu vùng rốn thận so với nội soi tiêu chuẩn (20,2 phút so với 27,7 phút).⁵ Nghiên cứu của Wang Y. và Ma X. (2016), đối với bướu thận T1b - T2; sử dụng robot hỗ trợ giúp giảm thời gian thiếu máu nóng và tỉ lệ truyền máu liên quan phẫu thuật.¹⁴ Các kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu chúng tôi. Tại Việt Nam, rào cản chi phí khiến phẫu thuật robot chưa được ứng dụng thường quy trong cắt một phần thận.

4.3. Kỹ thuật mổ

4.3.1. Kiểm soát mạch máu thận và khâu phục hồi thận

Hai yếu tố lượng máu mất và thời gian thiếu máu nóng là 2 yếu tố liên quan nhau. Rút ngắn thời gian thiếu máu nóng nhưng nên giữ lượng máu mất ở ngưỡng chấp nhận được (không cần truyền máu).^{3,15} Bướu kích thước càng lớn thì nguy cơ chảy máu càng cao. Do đó, kiểm soát mạch máu thận hiệu quả là quan trọng, nên ưu tiên hơn. Nên dìm hình mạch máu trước mổ để tránh kiểm soát thiếu mạch máu thận. Tất cả 12 TH đều được bộc lộ và đánh dấu động và tĩnh mạch thận trước khi tiến hành cắt bướu. Kẹp mạch máu

thận riêng rẽ: kẹp động mạch thận, chỉ kẹp tĩnh mạch thận khi cần thiết trong lúc cắt bướu, giảm lượng máu mất do ứ máu trong chủ mô thận.

Lớp khâu thứ nhất (lớp sâu) là lớp khâu quan trọng giúp kiểm soát rò nước tiểu và chảy máu (tránh biến chứng túi giả phình động mạch và rò nước tiểu). Tất cả 12/12 TH đều áp dụng kỹ thuật tháo kẹp mạch máu thận sớm (early unclamp) vừa giúp giảm thời gian thiếu máu nóng, vừa giúp phát hiện các điểm chảy máu từ đáy diện cắt sau khi nhả kẹp. Từ đó khâu lớp thứ hai cầm máu tăng cường các vị trí quan sát được điểm chảy máu. Tuy vậy, có 2 TH trong nghiên cứu chảy máu rỉ rả cần truyền máu xảy ra sau khi tháo kẹp sớm do đáy diện cắt rộng, diện cắt nằm ở mặt sau thận nên khâu bằng phẫu thuật nội soi tiêu chuẩn không thuận lợi, tốn nhiều thời gian.

4.3.2. Kỹ thuật cắt bướu

Biên phẫu thuật âm tính là đạt yêu cầu về mặt ung thư học.¹⁶ Độ dày của biên phẫu thuật không ảnh hưởng đến khả năng tái phát hay tiến triển của bướu. Theo Minervini và cộng sự, không có sự khác biệt về tỉ lệ biên phẫu thuật dương tính giữa bóc bướu và cắt bướu (4,9% so với 2 – 10%).¹⁷ Tuy nhiên, bướu phải có vỏ bao (pseudocapsule) thì mới có thể bóc bướu. Tỉ lệ bướu có vỏ bao theo Azhar và cộng sự là 82%.¹⁸ Một điều may mắn là bướu có kích thước lớn thì khả năng có vỏ bao càng cao. Do đó, kỹ thuật bóc bướu được sử dụng trong tất cả 12/12 TH. Bóc bướu đối với bướu thận kích thước lớn sẽ giúp giảm biến chứng chảy máu, rò nước tiểu, bảo tồn được nhiều chủ mô thận lành hơn mà vẫn đảm bảo an toàn về mặt ung thư học. Đồng thời, giường bướu sau bóc bướu sẽ thường “phẳng” hơn, giúp quá trình khâu phục hồi thận được dễ dàng và thuận lợi hơn. So sánh về mặt bảo tồn chức năng thận, bóc bướu làm giảm chức năng thận ít hơn (20,7%) so với cắt bướu (32%).¹⁹

4.4. Thời gian thiếu máu nóng và chức năng thận sau mổ 48 – 72 giờ

Tác giả Bravi (2019) nghiên cứu trên 1.893 BN ghi nhận tỉ lệ tổn thương thận cấp sau phẫu thuật cắt một phần thận (bướu T1 – T2) là 20% (388 BN). Tổn thương thận cấp làm tăng gấp đôi nguy cơ diễn tiến đến bệnh thận mạn sau 12 tháng. Trong nhóm có tổn thương thận cấp sau mổ, tác giả Bravi ghi nhận nếu chức năng thận hồi phục trong vòng một tuần sau mổ về mức trên 75% eGFR nền là yếu tố tiên lượng tốt cho khả năng hồi phục của thận.²⁰ Đối chiếu, chúng tôi ghi nhận kết quả tương tự khi có 02/12 BN (chiếm 16,7% các TH) có tổn thương thận cấp 48 - 72 giờ sau mổ. Tuy nhiên, điểm khả quan là cả 2 BN đều không có biểu hiện lâm sàng và đều hồi phục sau nhiều nhất là 48 - 72 giờ.

Về liên quan giữa thời gian thiếu máu nóng và tổn thương thận cấp sau mổ, tác giả Zhang và cộng sự (2016) ghi nhận nguy cơ tổn thương thận cấp ở nhóm WIT < 20 phút và WIT > 35 phút lần lượt là 6,4% và 24,4% [19]. Như vậy, WIT nên ngắn hơn 20 – 35 phút.²¹ Trong nghiên cứu, 2 TH tổn thương thận cấp sau mổ có WIT lần lượt là 30 và 45 phút và đều ở nhóm PTNS tiêu chuẩn. Phẫu thuật robot bộc lộ ưu điểm rút ngắn thời gian thiếu máu nóng từ đó giúp giảm nguy cơ tổn thương thận cấp sau mổ. Việc giảm WIT là có lợi, nên ưu tiên trong các TH thận độc nhất, bệnh thận mạn.

V. KẾT LUẬN

Kinh nghiệm bước đầu tại bệnh viện Bình Dân cho thấy đối với ung thư tế bào thận cT2N0M0, phẫu thuật cắt một phần thận là an toàn và khả thi trong các trường hợp chọn lọc và bệnh nhân được tư vấn kỹ về lợi ích và nguy cơ. Đây là phẫu thuật thử thách, sự khả thi thay đổi tùy theo kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Sự ứng dụng robot hỗ trợ giúp tăng tính khả thi, cải thiện kết quả phẫu

thuật, đặc biệt là về mặt giảm lượng máu mất và giảm thời gian thiếu máu nóng. Đến thời điểm hiện tại, các số liệu thực sự đáng khích lệ, chúng tôi hy vọng trong tương lai, càng nhiều trường hợp ung thư tế bào thận giai đoạn khu trú (T1 – T2) được điều trị bảo tồn thận. Đây cũng là xu hướng điều trị ung thư tế bào thận hiện nay trên thế giới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *Eur Urol.* Oct 2022;82(4):399-410. doi:10.1016/j.eururo.2022.03.006
2. **National Comprehensive Cancer Network (NCCN).** Kidney Cancer (Version 1.2025). 2024. vol. July 1, 2024.
3. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Phạm Phú Phát, Trang Võ Anh Vinh, Trần Đỗ Hữu Toàn.** Treatment outcomes of laparoscopic partial nephrectomy for T1bN0M0 renal cell carcinoma at Binh Dan Hospital. *Pham Ngoc Thach Medical and Pharmaceutical Journal.* 2024;3(2):195 - 202.
4. **Choi JE, You JH, Kim DK, Rha KH, Lee SH.** Comparison of perioperative outcomes between robotic and laparoscopic partial nephrectomy: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol.* May 2015;67(5):891-901. doi:10.1016/j.eururo.2014.12.028
5. **Hinata N, Shiroki R, Tanabe K, et al.** Robot-assisted partial nephrectomy versus standard laparoscopic partial nephrectomy for renal hilar tumor: A prospective multi-institutional study. *Int J Urol.* Apr 2021;28(4):382-389. doi:10.1111/iju.14469
6. **Kutikov A, Uzzo RG.** The R.E.N.A.L. nephrometry score: a comprehensive standardized system for quantitating renal tumor size, location and depth. *J Urol.* Sep 2009;182(3): 844-53. doi:10.1016/j.juro.2009.05.035
7. **Mir MC, Derweesh I, Porpiglia F, Zargar H, Mottrie A, Autorino R.** Partial Nephrectomy Versus Radical Nephrectomy for Clinical T1b and T2 Renal Tumors: A

- Systematic Review and Meta-analysis of Comparative Studies. *Eur Urol.* Apr 2017;71(4): 606-617. doi:10.1016/j.eururo.2016.08.060
8. **Janssen MWW, Linxweiler J, Terwey S, et al.** Survival outcomes in patients with large (≥ 7 cm) clear cell renal cell carcinomas treated with nephron-sparing surgery versus radical nephrectomy: Results of a multicenter cohort with long-term follow-up. *PLoS One.* 2018;13(5): e0196427. doi:10.1371/journal.pone.0196427
 9. **Campbell SC, Lane BR, Pierorazio PM. Malignant Renal Tumors.** Campbell-Walsh-Wein *UROLOGY*. 12 ed. Elsevier; 2021:2133-2184:chap 97.
 10. **Gettman MT, Blute ML, Chow GK, Neururer R, Bartsch G, Peschel R.** Robotic-assisted laparoscopic partial nephrectomy: technique and initial clinical experience with DaVinci robotic system. *Urology.* Nov 2004;64(5): 914-8. doi:10.1016/j.urology.2004.06.049
 11. **Kowalewski KF, Neuberger M, Sidoti Abate MA, et al.** Randomized Controlled Feasibility Trial of Robot-assisted Versus Conventional Open Partial Nephrectomy: The ROBOCOP II Study. *Eur Urol Oncol.* Feb 2024;7(1): 91-97. doi:10.1016/j.euo.2023.05.011
 12. **Azhar RA, Gill IS, Aron M.** Robotic nephron-sparing surgery for renal tumors: Current status. *Indian J Urol.* Jul 2014;30(3): 275-82. doi:10.4103/0970-1591.135667
 13. **Alimi Q, Peyronnet B, Sebe P, et al.** Comparison of Short-Term Functional, Oncological, and Perioperative Outcomes Between Laparoscopic and Robotic Partial Nephrectomy Beyond the Learning Curve. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* Sep 2018;28(9): 1047-1052. doi:10.1089/lap.2017.0724
 14. **Wang Y, Ma X, Huang Q, et al.** Comparison of robot-assisted and laparoscopic partial nephrectomy for complex renal tumours with a RENAL nephrometry score ≥ 7 : peri-operative and oncological outcomes. *BJU Int.* Jan 2016;117(1):126-30. doi:10.1111/bju.13214
 15. **Porpiglia F, Fiori C, Piechaud T, et al.** Laparoscopic partial nephrectomy for large renal masses: results of a European survey. *World J Urol.* Aug 2010;28(4):525-9. doi:10.1007/s00345-010-0518-6
 16. **Hein Van Poppel SJ.** How Important Are Surgical Margins in Nephron-Sparing Surgery? *European Urology Supplements.* 2007;6(8):533-539.
 17. **Minervini A, Campi R, Lane BR, et al.** Impact of Resection Technique on Perioperative Outcomes and Surgical Margins after Partial Nephrectomy for Localized Renal Masses: A Prospective Multicenter Study. *J Urol.* Mar 2020;203(3):496-504. doi:10.1097/JU.0000000000000591
 18. **Azhar RA, de Castro Abreu AL, Broxham E, et al.** Histological analysis of the kidney tumor-parenchyma interface. *J Urol.* Feb 2015;193(2): 415-22. doi:10.1016/j.juro.2014.08.010
 19. **Mari A, Tellini R, Antonelli A, et al.** A Nomogram for the Prediction of Intermediate Significant Renal Function Loss After Robot-assisted Partial Nephrectomy for Localized Renal Tumors: A Prospective Multicenter Observational Study (RECORD2 Project). *Eur Urol Focus.* Jul 2022;8(4):980-987. doi:10.1016/j.euf.2021.09.012
 20. **Bravi CA, Vertosick E, Benfante N, et al.** Impact of Acute Kidney Injury and Its Duration on Long-term Renal Function After Partial Nephrectomy. *Eur Urol.* Sep 2019;76(3): 398-403. doi:10.1016/j.eururo.2019.04.040
 21. **Zhang Z, Zhao J, Dong W, et al.** Acute Kidney Injury after Partial Nephrectomy: Role of Parenchymal Mass Reduction and Ischemia and Impact on Subsequent Functional Recovery. *Eur Urol.* Apr 2016;69(4): 745-752. doi:10.1016/j.eururo.2015.10.023

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÙY PHỔI TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Thị Hương Trà¹, Phạm Thị Thanh Sang¹,
Phạm Thị Trường An¹, Trần Lê Hoài Thương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Quản lý đau sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện quá trình hồi phục và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, giúp giảm thiểu nguy cơ biến chứng hô hấp, tim mạch và tâm lý. Tuy nhiên, đau sau mổ phổi thường dữ dội và kéo dài, đòi hỏi quy trình kiểm soát hiệu quả.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá việc chăm sóc và kiểm soát đau sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi; từ đó đưa ra các giải pháp nâng cao hiệu quả điều trị và chăm sóc hậu phẫu.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca. Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và chăm sóc hậu phẫu tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, bệnh viện Bình Dân, từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024. Người bệnh được đánh giá mức độ đau bằng thang điểm VAS.

Kết quả: 72 bệnh nhân, tuổi trung bình 37.9 ± 13.1 , tỷ lệ nam : nữ là 1.4:1. Mức độ đau trung bình giảm đáng kể từ 3.6 ± 0.8 (hậu phẫu 1), 2.3 ± 0.5 (hậu phẫu 2), 1.7 ± 0.5 (hậu phẫu 3); ($p < 0.001$). Mức độ đau ở nữ giới cao hơn nam giới. Rút nội khí quản muộn (sau 6 giờ) có liên

quan mức đau cao hơn rút sớm. Bệnh nhân không được giải thích về tình trạng đau trước mổ có mức đau cao hơn. Bệnh nhân có sử dụng giảm đau PCA tính mạch cho kết quả giảm đau tốt hơn.

Kết luận: Đa số bệnh nhân có mức đau từ trung bình trở xuống và mức đau giảm dần trong 3 ngày sau mổ ($p < 0.001$). Các yếu tố như giới tính, thời gian rút nội khí quản, sử dụng giảm đau bệnh nhân tự kiểm soát (PCA, Patient-Controlled Analgesia) và việc giải thích tình trạng đau trước mổ đều có liên quan đến mức độ đau sau phẫu thuật.

Từ khóa: Đau sau mổ, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi, thang điểm VAS, Giảm đau bệnh nhân tự kiểm soát.

SUMMARY

EVALUATION OF POSTOPERATIVE PAIN RELIEF OUTCOMES IN PATIENTS UNDERGOING THORACOSCOPIC LOBECTOMY AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Pain management after thoroscopic lobectomy plays a crucial role in improving patient recovery and quality of life, helping to reduce the risk of respiratory, cardiovascular, and psychological complications. However, postoperative thoracic pain is often intense and prolonged, necessitating an effective pain control protocol.

Objective: This study aims to assess the role of postoperative care and pain management after

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương Trà
SĐT: 0333208906

Email: monsterkid.2211@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

thoroscopic lobectomy and to propose solutions to improve treatment effectiveness.

Material and Method: retrospective, case series study. All patients underwent thoroscopic lobectomy and received postoperative care in the Department of Thoracic - Thyroid Surgery, Binh Dan Hospital. From April to October 2024. Pain levels were evaluated using the Visual Analog Scale (VAS).

Results: A total of 72 patients, with an average age of 37.9 ± 13.1 years, and a male-to-female ratio of 1.4:1. The average pain level significantly decreased from 3.6 ± 0.8 (First postoperative day), 2.3 ± 0.5 (Second postoperative day), to 1.7 ± 0.5 (Third postoperative day) ($p < 0.001$). Pain levels were higher in females than in males. Delayed extubation (after 6 hours) was associated with higher pain levels compared to early extubation. Patients who did not receive an explanation about pain experienced higher pain levels. Patients using PCA for pain management achieved better pain relief outcomes.

Conclusions: Most patients experienced mild to moderate pain, with levels decreasing over three days post-surgery ($p < 0.001$). Factors such as gender, extubation time, using Patient-Controlled Analgesia (PCA) pain relief and preoperative pain explanation were associated with postoperative pain levels.

Keywords: Postoperative pain, thoroscopic lobectomy, VAS for pain, PCA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau phẫu thuật nói chung và sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi nói riêng luôn là một trong các mối quan tâm chính của người bệnh. Đó là những cơn đau cấp tính, có thể gây ra các rối loạn chức năng hô hấp và huyết động, làm chậm sự hồi phục của bệnh nhân cũng như tăng thời gian nằm

viện. Thêm vào đó, người bệnh cũng có nguy cơ mắc hội chứng đau mạn tính sau phẫu thuật.^[6] Tại bệnh viện Bình Dân, bệnh viện chuyên khoa ngoại tuyến cuối, có số lượng lớn bệnh nhân đến khám và phẫu thuật lồng ngực hằng năm; điều trị đau sau mổ trở thành một yêu cầu bắt buộc, đặc biệt trên những bệnh nhân vốn đã có nhiều bệnh nền. Các nghiên cứu trước đây cho thấy hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật làm giảm các biến chứng phổi.^[7] Vì lý do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả giảm đau sau mổ trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi. Từ đó, phân tích một số yếu tố liên quan đến tình trạng đau sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Mẫu nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và chăm sóc hậu phẫu tại khoa Ngoại Lồng ngực – Bướu cổ, bệnh viện Bình Dân. Thời gian từ tháng 04/2024 đến tháng 10/2024.

Phương pháp nghiên cứu và thu thập số liệu: Chúng tôi tiến hành thu thập số liệu hồ sơ bệnh án. Các thông tin hành chính và thông tin chung của người bệnh (tên, tuổi, địa chỉ, giới, nghề nghiệp) và một số thông tin tình trạng bệnh, sử dụng thuốc được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Người bệnh được đánh giá mức độ đau theo thang VAS (Visual Analog Scale). Tất cả bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều được thực hiện y lệnh giảm đau theo quy trình giảm đau đa mô thức sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi bao gồm:

(1) Trong mổ: Gây tê phong bế thần kinh liên sườn với Bupivacaine;

(2) Hậu phẫu: Kết hợp các thuốc giảm đau Non – steroid (NSAID), Paracetamol với Opioid mạnh (Morphin) hoặc Opioid yếu

(Tramadol);

(3) Có thể kết hợp giảm đau tự kiểm soát (PCA) đường tĩnh mạch hoặc không.

Phân tích và xử lý số liệu: Tất cả số liệu được mã hóa, nhập và tính toán dựa vào phần mềm SPSS 20. Thống kê mô tả, cung cấp những thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Sử dụng các test thống kê để kiểm định, so sánh và tìm mối tương quan phù hợp với từng mục tiêu nghiên cứu. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân là 72 trường hợp

Tuổi trung bình 37.9 ± 13.1 (tuổi), thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 67 tuổi.

Tỷ lệ nam : nữ là 1.4 : 1.

3.2. Đặc điểm về bệnh và phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình 160.7 ± 25 phút

Lượng máu mất trung bình 291.4 ± 36 ml

Tổng chiều dài vết mổ 9.2 ± 1.85 cm

Thời gian rút nội khí quản sau mổ 2.69 ± 0.5 giờ

Thời gian nằm viện trung bình 8.1 ± 0.9 ngày

3.3. Đặc điểm đau của người bệnh

Bảng 1. Mức độ đau trung bình ba ngày đầu sau mổ

	TB $\pm$ SD	p
Ngày 1	3.62 ± 0.82	p(1-2)=0,000 p(2-3)=0,000 p(1-3)=0,000
Ngày 2	2.27 ± 0.45	
Ngày 3	1.73 ± 0.51	

Mức độ đau của người bệnh giảm dần trong ba ngày sau mổ. Điểm trung bình đau theo thang VAS giảm từ 3.62 ở ngày 1 xuống 2.27 ở ngày 2 và 1.73 ở ngày 3.

Trong đó, có 54 trường hợp đau tại vị trí của ống dẫn lưu màng phổi (chiếm 75%) và 40 trường hợp bệnh nhân đau ở vị trí vết mổ mở ngực (chiếm 55.6%). Ngoài ra, không ghi nhận trường hợp gãy xương sườn.

Bảng 2. Phân bố mức độ đau theo thang VAS

N = 72	Ngày 1 (%)	Ngày 2 (%)	Ngày 3 (%)
Không đau	0 (0%)	0 (0%)	0%
Đau ít	30 (41.7%)	36 (50%)	42 (58.3%)
Đau trung bình	28 (38.9%)	36 (50%)	30 (41.7%)
Rất đau	14 (19.4%)	0 (0%)	0 (0%)

Mức độ đau nhiều của người bệnh không còn được ghi nhận ở ngày thứ hai sau phẫu thuật.

Bảng 3. Mối tương quan giữa giới tính với mức độ đau của người bệnh

Giới	Nam (n=42)	Nữ (n=30)	p
Ngày 1	3.29 ± 0.47	3.83 ± 0.94	0.007
Ngày 2	2.21 ± 0.43	2.30 ± 0.47	0.227
Ngày 3	1.64 ± 0.49	1.78 ± 0.52	0.565

Ở ngày thứ nhất sau mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về mức độ đau với giới tính. Trong đó, nữ giới có mức độ đau cao hơn nam.

Bảng 4. Mối tương quan giữa thời gian rút nội khí quản với mức độ đau của người bệnh

Thời gian rút NKQ	≤ 6h (n=56)	>6h (n=16)	p
Ngày 1	3.45 ± 0.63	4.25 ± 1.16	0.002
Ngày 2	2.17 ± 0.38	2.62 ± 0.51	0.056
Ngày 3	1.62 ± 0.49	2.12 ± 0.35	0

Nhóm người bệnh có thời gian rút nội khí quản muộn (sau 6h) sau mổ có mức độ đau cao hơn nhóm rút sớm (trước 6h). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ ở ngày 1 và 3 sau mổ.

Bảng 5. Yếu tố giải thích đau trước phẫu thuật và mức độ đau của người bệnh

Giải thích đau trước phẫu thuật	Có (n= 52)	Không (n= 20)	p
Ngày 1	3.47 ± 0.67	4.60 ± 1.14	0.09
Ngày 2	2.19 ± 0.39	2.80 ± 0.44	0.9
Ngày 3	1.69 ± 0.54	2.00 ± 0.00	0

Nhóm người bệnh được giải thích về tình trạng đau trong và sau mổ cũng có mức độ đau thấp hơn nhóm không được giải thích.

Bảng 6. Giảm đau tự kiểm soát PCA đường tĩnh mạch với mức độ đau của người bệnh khi nghỉ ngơi

Giảm đau PCA tĩnh mạch	Có (n= 50)	Không (n= 22)	p
Ngày 1	3.02 ± 0.46	3.9 ± 0.52	0.007
Ngày 2	1.51 ± 0.55	2.60 ± 0.47	0.012
Ngày 3	1.44 ± 0.4	1.78 ± 0.52	0.061

Nhóm người bệnh không sử dụng giảm đau tự kiểm soát (PCA, Patient-Controlled Analgesia) đường tĩnh mạch có mức độ đau cao hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngày hậu phẫu thứ 1 và thứ 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1.4/1, có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác về phẫu thuật lồng ngực như của Phạm Quang Minh^[8] và Yegin^[9]. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 37.9 tuổi, thấp hơn tuổi trung bình của các nghiên cứu trước đây, cho thấy bệnh lý liên quan đến phổi và lồng ngực đang có xu hướng trẻ hóa, phát triển âm thầm kéo dài nhiều năm và chỉ được phát hiện khi

có dấu hiệu lâm sàng rõ rệt.

4.2. Đặc điểm đau sau phẫu thuật

Mức độ đau trung bình giảm dần qua ba ngày sau phẫu thuật, với điểm VAS từ 3.62 (ngày 1) xuống 1.73 (ngày 3), cho thấy hiệu quả của chăm sóc và quản lý đau sau mổ. Việc giảm đau có thể được hỗ trợ bởi phương pháp phẫu thuật (nội soi thường ít đau hơn mổ mở) và các biện pháp chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng viên.

Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận có 54 trường hợp đau tại vị trí của ống dẫn lưu màng phổi (chiếm 75%) và tỉ lệ này cao hơn đau ở vị trí vết mổ mở ngực (40 trường hợp - chiếm 55.6%). Lý giải cho vấn đề này, chúng tôi cho rằng vết mổ mở ngực chủ yếu được sử dụng để lấy bệnh phẩm nên ít đau hơn tại vị trí các lỗ trocar là các kênh thao tác trong

suốt quá trình phẫu thuật. Mặt khác, bệnh nhân ít đau hơn vì không có biến chứng gãy xương sườn do banh vén quá mức. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về lợi ích của phẫu thuật nội soi và kiểm soát đau sau phẫu thuật lồng ngực.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ đau

Giới tính: Mức độ đau ở nữ giới cao hơn nam giới ở cả ba ngày sau mổ, đặc biệt là vào ngày đầu tiên sau mổ (nam 3.29 so với nữ 3.83; $p < 0.05$). Điều này phản ánh những nghiên cứu trước đây về sự khác biệt giới tính trong cảm nhận đau, khi nữ giới thường nhạy cảm với đau hơn và dễ phát triển đau mạn tính hơn nam giới. Lý giải cho vấn đề này, tác giả Bartley^[1] đã chứng minh sự khác nhau có ý nghĩa trong phản ứng đối với đau giữa hai giới tính. Theo đó, nữ giới dễ nhạy cảm với đau hơn cũng như tăng nguy cơ biến đổi thành cơn đau mạn tính.

Thời gian rút nội khí quản: Bệnh nhân rút nội khí quản muộn (sau 6 giờ) có mức độ đau cao hơn so với nhóm rút sớm (trước 6 giờ), điều này cho thấy sự cần thiết của việc rút nội khí quản sớm nhằm giảm đau và cải thiện hồi phục.

Việc giải thích tình trạng đau trước mổ: Nhóm bệnh nhân được giải thích về tình trạng đau có mức độ đau thấp hơn so với nhóm không được giải thích ($p < 0.05$), đặc biệt là ở ngày thứ 3 sau mổ (1.69 so với 2.00). Kết quả này là tương đồng với khảo sát cấp quốc gia về kiến thức điều dưỡng viên trong quản lý đau tại Đài Loan (2003)^[2]. Theo đó, tầm quan trọng của việc tư vấn trước phẫu thuật cần được lưu ý, giúp bệnh nhân chuẩn bị tinh thần và giảm cảm giác lo âu, căng thẳng; từ đó cải thiện chất lượng giảm đau sau mổ. Nghiên cứu này cũng chỉ

ra mối tương quan có ý nghĩa giữa đau sau mổ và kiến thức quản lý đau của điều dưỡng viên.

Trong một nghiên cứu khác, “Đau hậu phẫu: Chiến lược cải thiện trải nghiệm của bệnh nhân” với 800 bệnh nhân tham gia, tác giả Mac Lellan^[5] đã đặc biệt chú ý đến vai trò quan trọng của điều dưỡng viên trong đánh giá và quản lý đau. Từ đó, tác giả cũng nhận định cần chú trọng tập huấn nhằm tăng kiến thức cho điều dưỡng viên để cải thiện cơn đau hậu phẫu của bệnh nhân.

Bệnh nhân có sử dụng giảm đau tự kiểm soát PCA đường tĩnh mạch cho thấy mức độ đau ít hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngày hậu phẫu thứ nhất và thứ hai ($p = 0.007$ và $p = 0.012 < 0.05$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thuốc giảm đau PCA được sử dụng cho bệnh nhân là morphin, bệnh nhân được đánh giá mức độ đau trong thời gian nghỉ ngơi theo thang điểm VAS. Kết quả tương đồng với các nghiên cứu khác về hiệu quả của phương pháp giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển máy PCA sau phẫu thuật nội soi lồng ngực hoặc nội soi cắt phổi.^{[8],[4]}

Một số hoạt động làm tăng mức độ đau sau mổ: Trong quá trình chăm sóc hậu phẫu, một số hoạt động được ghi nhận có thể làm tăng mức độ đau của người bệnh như: Tập hít thở sâu, thay đổi tư thế, ho, khạc đờm, thay băng, rút nội khí quản, rút dẫn lưu. Tuy nhiên, các số liệu này chưa được chứng minh có ý nghĩa thống kê. Mặc dù vậy, điều dưỡng viên chăm sóc người bệnh hậu phẫu lồng ngực cũng cần lưu ý trong quá trình chăm sóc.^[3]

V. KẾT LUẬN

Mức độ đau trung bình của người bệnh giảm từ 3.62 ± 0.82 (ngày thứ 1), 2.27 ± 0.45 (ngày thứ 2), 1.73 ± 0.51 (ngày thứ 3) ($p < 0.001$).

Ngày thứ 1: 41.7% bệnh nhân đau ít, 38.9% đau vừa, 19.4% rất đau. Ngày thứ 2: 50% bệnh nhân đau ít. Ngày 3: 58.3% đau ít.

Mức độ đau của nữ giới cao hơn nam, người bệnh rút nội khí quản muộn (6h - 24h) cao hơn rút sớm (trước 6h), người bệnh không được giải thích tình trạng đau trong và sau mổ cao hơn người bệnh được giải thích đầy đủ, sử dụng giảm đau PCA đường tĩnh mạch cho kết quả giảm đau tốt hơn. Các sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê.

Mặt khác, để có cái nhìn toàn diện hơn về vấn đề giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực, cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn, đa trung tâm và cần khảo sát thêm về kiến thức quản lý đau cũng như tình trạng đào tạo quản lý đau của điều dưỡng viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bartley E J, Fillingim R B**, (2013), "Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings", *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 111 (1), pp. 52-58.
2. **Lai Y-H, Chen M-L, Tsai L-Y, Lo L-H, et al**, (2003), "Are nurses prepared to manage cancer pain? A national survey of nurses' knowledge about pain control in Taiwan", *Journal of Pain and Symptom Management*, 26 (5), pp. 1016-1025.
3. **Lương Mạnh Tường, Phạm Thị Hồng Thi, Vũ Dũng**, (2023), "Thực trạng đau ba ngày đầu sau mổ và yếu tố liên quan của người bệnh phẫu thuật vá thông liên nhĩ nội soi", *Tạp chí Y Dược cổ truyền Việt Nam*, 42 (1), trang 67-73.
4. **Nguyễn Minh Lý, Tống Xuân Hùng, Hoàng Quang Cường, Quách Nguyên Hà và cộng sự**, (2020), "Đánh giá hiệu quả giảm đau do bệnh nhân tự điều khiển đường cạnh sống và ngoài màng cứng sau phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi"
5. **Mac Lellan K**, (2004), "Postoperative pain: strategy for improving patient experiences", 46 (2), pp. 179-185.
6. **Marshall K, McLaughlin K**, (2020), "Pain Management in Thoracic Surgery", *Thoracic Surgery Clinics*, 30 (3), pp. 339-346.
7. **Pennefather S H, Quarterman C P-J, Klinger R Y, Kanellakos G W J P, et al**, (2019), "Pain management after thoracic surgery", pp. 981-1027.
8. **Phạm Quang Minh, Bùi Lương Ngọc**, (2022), "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lồng ngực của phương pháp tự điều khiển (PCEA) so với truyền liên tục (CEI) qua catheter ngoài màng cứng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 514 (1)
9. **Yegin A, Erdogan A, Kayacan N, Karsli B**, (2003), "Early postoperative pain management after thoracic surgery; pre- and postoperative versus postoperative epidural analgesia: a randomised study", *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 24 (3), pp. 420-424.

KẾT QUẢ SỚM NỘI SOI ĐƯỜNG MẬT QUA DA VỚI KÊNH BẢO VỆ AMPLATZ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT

Phạm Hải Triều^{1,2}, Hồ Chí Linh², Nguyễn Minh Nhật²,
Hồ Gia Bảo^{2,3}, Nguyễn Hiếu Kiên^{1,2}, Nguyễn Tạ Quyết^{2,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sỏi đường mật nếu không điều trị dễ dẫn đến sỏi nhiễm trùng, xơ gan ứ mật, ung thư đường mật... Việc điều trị sỏi mật cũng phức tạp, với mục tiêu chính là lấy hết sỏi, ngừa tái phát, đặc biệt gặp nhiều khó khăn với các trường hợp (TH) đã phẫu thuật gan mật. Nhóm nghiên cứu tiến hành kỹ thuật nội soi đường mật qua da (NSĐMQD) dưới hướng dẫn của siêu âm và màn huỳnh quang hoặc số hóa xóa nền, có cải tiến kênh bảo vệ Amplatz điều trị sỏi đường mật, qua đó đánh giá độ an toàn và hiệu quả của phương pháp này.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt TH các bệnh nhân sỏi đường mật được NSĐMQD có ứng dụng kênh bảo vệ Amplatz tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2024 tới tháng 12/2024.

Kết quả: 17 TH sỏi đường mật được NSĐMQD có ứng dụng kênh bảo vệ. Nữ chiếm

64,7% trường hợp, độ tuổi trung bình là $51,5 \pm 3,2$. 16/17 bệnh nhân (94,1%) có tiền sử mổ đường mật. 9/17 BN (52,9%) có hẹp đường mật. Kích thước sỏi trung bình là $31,5 \pm 15,1$ mm, nhỏ nhất là 12mm, lớn nhất là 112 mm. 4 TH (23,5%) được nong đường hầm và tán sỏi trong 1 thì. Tỷ lệ sạch sỏi ống mật chủ là 100% và sỏi ống gan là 82,4%. Thời gian tán sỏi trung bình là $158,1 \pm 110$ phút, thấp nhất là 45 phút, cao nhất là 480 phút. Có 3/17 TH biến chứng sau mổ (17,6%) trong đó có 2 TH tràn dịch màng phổi phải tự giới hạn và 1 TH chảy máu đường mật do viêm đường mật do sỏi lâu ngày được điều trị nội khoa ổn định.

Kết luận: Nội soi đường mật qua da với kênh Amplatz dưới hướng dẫn của siêu âm và màn huỳnh quang hoặc số hóa xóa nền là một kỹ thuật khả thi, có thể thực hiện được trong điều trị sỏi đường mật.

Từ khóa: sỏi đường mật, nội soi đường mật

SUMMARY

EARLY OUTCOME OF PERCUTANEOUS TRANSHEPATIC CHOLANGIOSCOPY USING AMPLATZ SHEATH FOR TREATMENT OF BILE DUCT STONE

Introduction: Bile duct stones are characterized by a high risk of residual stones, recurrence, and potential severe complications if left untreated, such as septic shock, biliary cirrhosis, and cholangiocarcinoma. The treatment of bile duct stones is also challenging, with the primary goals being complete stone removal and

¹Bộ môn Ngoại Khoa, Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

²Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Bình Dân

³Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Khoa Học Sức Khỏe

⁴Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hải Triều

SĐT: 0769089749

Email: phamhaitrieu1912@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

prevention of recurrence. These challenges are particularly difficult in patients with a history of hepatobiliary surgery. Our research team performed percutaneous lithotripsy using an Amplatz protective sheath under ultrasound and C-arm or DSA guidance for the treatment of choledocholithiasis. The study aims to evaluate the safety and efficacy of this technique.

Subjects and Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on patients with bile duct stones who underwent percutaneous cholangioscopy treatment using Amplatz sheath at Binh Dan Hospital from January 2024 to December 2024.

Results: Seventeen cases of bile duct stones were treated with percutaneous lithotripsy using an Amplatz protective sheath. Female patients accounted for 64,7% of cases, with an average age of $51,5 \pm 3,2$ years. 16/17 patients (94.1%) had a history of bile duct stone surgery. 9 patients (52,0%) had bile duct strictures. The mean stone size was $31,5 \pm 15,1$ mm, ranging from 12 mm to a maximum of 112 mm. Four cases (23,52%) underwent one stage percutaneous transhepatic cholangioscopy. The clearance rate for common bile duct stones was 100%, while the clearance rate for intrahepatic stones was 82,4%. The average lithotripsy duration was $158,1 \pm 110$ minutes, ranging from 45 to 480 minutes. Postoperative complications occurred in 3 out of 17 cases (17.6%), including 2 cases of self-limiting pleural effusion and 1 case of minor hemobilia.

Conclusion: Percutaneous cholangioscopy with the Amplatz sheath under ultrasound and C-arm or DSA guidance is a feasible and effective technique for the treatment of bile duct stones.

Keywords: choledocholithiasis, percutaneous cholangioscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc điều trị sỏi gan khá phức tạp, tuy có nhiều phương pháp điều trị sạch sỏi nhưng vẫn dễ sót sỏi, dễ tái phát. Phương pháp nội soi đường mật qua đường hầm xuyên gan qua da hiện là một trong các phương pháp điều trị đầu tiên theo hiệp hội sỏi gan Nhật Bản, được chỉ định cho các trường hợp (TH) sỏi gan mà không có bằng chứng ác tính, không teo gan trên hình ảnh học, có thể kèm hẹp nhẹ đường mật¹. Trước đây, việc nong đường mật thường nhiều lần và thành từng đợt. Đầu tiên, sau khi đặt dẫn lưu đường mật (thường kích thước 8Fr), cần phải đợi mỗi 2 – 3 ngày để nong đường mật tăng khoảng 2Fr, và thường phải mất 14 ngày để nong đường mật đủ tới đường kính 16Fr, đường hầm đủ trưởng thành để có thể soi đường mật. Bên cạnh đó, số lần tán sỏi mật qua da theo phương pháp cổ điển yêu cầu thời gian nằm viện kéo dài và tán sỏi khá nhiều lần, trung bình số lần tán sỏi từ 3,9 – 6 lần, làm tăng gánh nặng chi phí và bệnh tật cho bệnh nhân (BN)¹. Hiện nay, với sự hỗ trợ của màn huỳnh quang và kênh bảo vệ Amplatz, việc đặt dẫn lưu và nong đường mật có thể tiến hành cũng một lúc, thậm chí có thể soi và tán sỏi đường mật trong 1 thì với những TH dịch mật không nhiễm trùng². Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng kênh bảo vệ Amplatz trong NSĐMQD điều trị sỏi đường mật, qua đó đánh giá tính an toàn, khả thi của phương pháp, cũng như tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng của thủ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân sỏi đường mật tại Bệnh viện Bình Dân có chỉ định NSĐMQD ứng dụng kênh bảo vệ Amplatz từ 01/2024 – 12/2024.

Chỉ định

- Bệnh nhân trên 18 tuổi.
- Được chẩn đoán sỏi đường mật có chỉ định điều trị ngoại khoa.

- Chức năng gan Child Pugh A hay B.

Chống chỉ định

- Thùy gan teo hay phì đại.
- Chức năng gan Child Pugh C
- theo dõi ung thư đường mật kèm theo.
- Bệnh nhân từ chối thủ thuật.

Quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật tiếp cận vào đường mật trong gan

Lựa chọn đường vào đường mật theo như kế hoạch đã định trước đó. Nếu sỏi gan chỉ ở một bên, đâm kim ở cùng bên với sỏi. Nếu sỏi gan ở hai bên, tạo 2 đường hầm để tán

sỏi. Vị trí thường chọc ở gan trái là chỗ hợp lưu 2 ống gan HPT II, III. Ở gan phải thì tùy theo thói quen và vị trí sỏi của từng phẫu thuật viên. Chọc dò vào hệ thống đường mật dưới hướng dẫn của siêu âm bằng kim 18G – 22G và chọn đường vào ngoài da thẳng góc nhất với đường mật. Có thể kết hợp thêm với kỹ thuật song song để tăng khả năng kim vào đường mật. Nếu kim đã vào đường mật, rút phần lõi kim ra, bơm thuốc cản quang và luồn 1 dây dẫn vào đường mật. Chụp hình lại qua các bước để chắc chắn kim và dây dẫn không tụt khỏi đường mật qua các thì. Tiếp tục nong đường mật tới kích thước mong muốn, thường tới 16 – 18Fr là đủ để dẫn lưu đường mật.



Hình 1: Nong đường mật số hóa xóa nền

Kỹ thuật soi đường mật, tán sỏi và lấy sỏi

Đặt ống nong Kênh bảo vệ Amplatz vào đường hầm theo dây dẫn, rút phần ống nong, giữ Amplatz và dây dẫn sao cho cả 2 còn nằm trong đường mật. Dùng máy soi mini

thận cứng 12Fr soi đường mật với kênh Amplatz 15,5/16,5Fr hoặc 16,5/17,5Fr hoặc máy soi mềm đường kính 5,3 mm với kênh Amplatz 21/22Fr, kiểm tra đường mật, lấy sỏi mật.



Hình 2: Kênh bảo vệ Amplatz 21/22Fr

Sỏi đường mật: Dùng dụng cụ tán sỏi và gắp sỏi phù hợp, gồm có tán sỏi laser, rọ lấy sỏi hay lấy sỏi qua hiệu ứng máy hút bụi.

- Đối với sỏi < 5mm: Lấy sỏi qua kênh bảo vệ bằng rọ, hoặc bằng hiệu ứng máy hút bụi

- Đối với sỏi lớn: Dùng laser tán sỏi kỹ thuật phân mảnh (Fragmentation) thành sỏi nhỏ, đường kính ≤ 5 mm có thể lấy qua kênh bảo vệ bằng rọ.

Hẹp đường mật

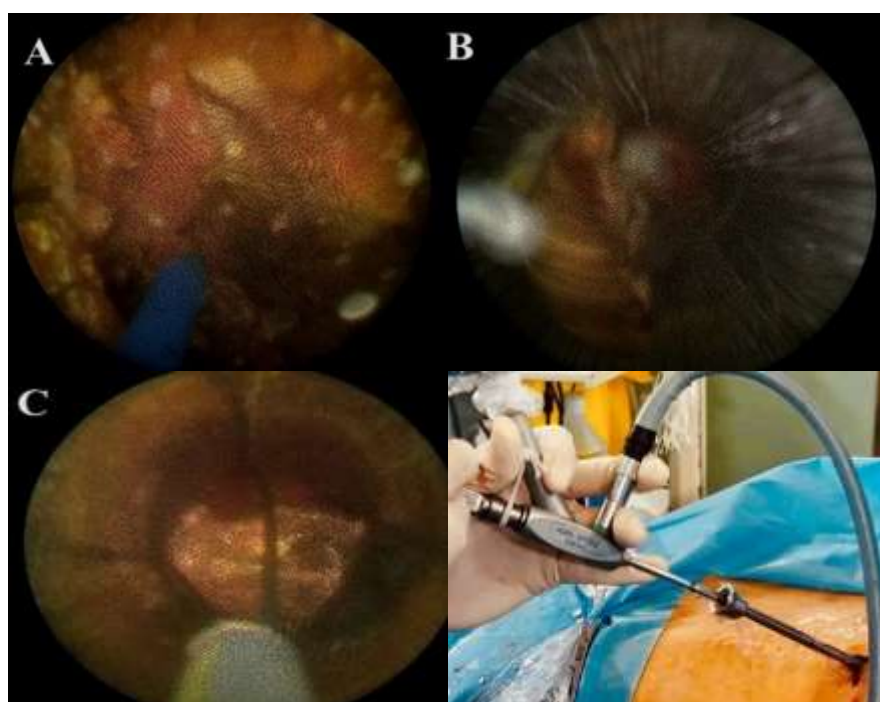
Nếu có hẹp đường mật, nong đường mật bằng các phương pháp sau

Nong đường mật bằng máy soi: sử dụng cho các TH hẹp đường mật mức độ nhẹ, máy soi vẫn qua được đường mật nhưng khó

khăn, di chuyển qua lại chỗ hẹp nhiều lần sẽ giúp nong chỗ hẹp ra dần.

Nong đường mật bằng rọ: thường chỗ hẹp đường mật có sỏi kẹt trên chỗ hẹp, dùng rọ gắp được một viên sỏi trên chỗ hẹp và kéo xuống qua chỗ hẹp giúp nong dần dần qua chỗ³.

Nong đường mật bằng bộ nong đồng trục: dùng cho các TH hẹp đường mật mức độ vừa và nặng. Dùng máy soi đường mật soi tới vị trí chỗ hẹp, đánh dấu lại vị trí trên màn huỳnh quang. Sau đó luồn dây dẫn qua chỗ hẹp. Rút máy soi đường mật. Lần lượt luồn các ống nong đường mật từ kích thước tăng dần từ 6 – 16Fr, luồn nhẹ nhàng, giữ lại bộ nong trong đường mật khoảng 30 giây để chỗ hẹp giãn ra dần.



Hình 3: Nội soi đường mật lấy sỏi và tán sỏi

Nong đường mật bằng bóng: dùng cho các TH hẹp đường mật mức độ vừa và nặng. Dùng máy soi đường mật soi tới vị trí chỗ hẹp, đánh dấu lại vị trí trên màn huỳnh quang hoặc số hóa xóa nền. Sau đó luồn dây dẫn

qua chỗ hẹp. Đưa ống nong có bóng nong bằng hơi theo dây dẫn qua chỗ hẹp. Bơm bóng đến áp lực 5 – 8 atm, chờ 5 phút.

Các TH hẹp đường mật vừa và nặng, nguy cơ tái hẹp cao nên luồn một ống dẫn

lưu qua chỗ hẹp, lưu lại thời gian dài từ 3 tháng trở lên⁴.

Kết thúc thủ thuật

Đặt lại 1 ống 16 – 18Fr vào đường hầm.

- Nếu soi còn sỏi: tiếp tục tán sỏi qua đường hầm ra da sau 2 - 5 ngày.

- Nếu không còn sỏi: Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng không cản quang, có bơm thuốc cản quang qua ống dẫn lưu đường mật nhằm phát hiện sỏi sót và hẹp đường mật, nếu không phát hiện sỏi thì có thể xuất viện và rút ống dẫn lưu đường mật.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt trường hợp.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

Phương pháp lấy số liệu: chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sỏi đường mật có chỉ định tán sỏi mật qua da sử dụng kênh bảo vệ Amplatz tại BV Bình Dân từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024, nhóm nghiên cứu đã thực hiện 17 trường hợp NSĐMQD với kênh bảo vệ Amplatz điều trị sỏi đường mật. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được trình bày ở bảng 1, kết quả của thủ thuật được trình bày ở bảng 2.

Cả 17 TH (100%) đều tạo đường hầm vào đường mật thành công. 16/17 TH có tiền căn phẫu thuật đường mật trước đó. Kích thước sỏi trung bình là $31,5 \pm 15,1$ mm, nhỏ nhất là 12mm, lớn nhất là 112 mm. Có 4 trường hợp (23,5%) tạo đường hầm và lấy sỏi trong 1 thì. Có 9 TH (52,9%) có hẹp đường mật kèm theo. Tỷ lệ sạch sỏi ống mật chủ và đường mật trong gan lần lượt là 100% và 82,4%. Số ODL được sử dụng là $1,7 \pm 0,8$, trong đó vị trí đường mật gan trái được

sử dụng nhiều nhất. Thời gian tán sỏi trung bình là $158,1 \pm 110$ phút, thấp nhất là 45 phút, cao nhất là 480 phút. Có 4 TH (23,5%) được nong đường hầm và lấy sỏi trong 1 thì. Tỷ lệ sạch sỏi ống mật chủ và sỏi gan lần lượt là 100% và 82,4%.

Có 2 TH tràn dịch màng phổi phải lượng ít sau thủ thuật đặt dẫn lưu đường mật, được phát hiện bởi chụp cắt lớp vi tính dù ống dẫn lưu đường mật hoàn toàn không xuyên qua màng phổi. Sau một thời gian, tràn dịch màng phổi tự giới hạn, bệnh nhân không khó thở.

1 TH chảy máu đường mật khi tán sỏi mức độ nhẹ, nghỉ nhiều do đường mật viêm mủ nhiều, sỏi đóng khuôn, việc tán sỏi kéo dài, dùng rọ lấy sỏi làm trầy mô đường mật, gây chảy máu. Lượng máu mất ước tính khoảng 400ml. Trường hợp này chúng tôi dùng thủ thuật, bơm rửa Natri Clorid 0,9% 500ml pha Adrenaline đợi tình trạng nhiễm trùng đường mật ổn định mới tiến hành lấy sỏi tiếp theo.

IV. BÀN LUẬN

Về nội soi đường mật qua da

Việc điều trị sỏi đường mật gặp nhiều khó khăn, đặc biệt trong những trường hợp sỏi đường mật tái phát, đã phẫu thuật nhiều lần, có nối mật ruột, sỏi gan đóng khuôn 2 thùy gan. Đặc biệt, các trường hợp sỏi đường mật tái phát thường lớn tuổi, phẫu thuật nhiều lần, có nhiều bệnh kèm theo, phẫu thuật lại gặp nhiều khó khăn. Vì vậy, nội soi đường mật qua da là một kỹ thuật ít xâm lấn, phù hợp để điều trị các trường hợp sỏi đường mật lan tỏa, tái phát nhiều lần, ống mật chủ không giãn, không có xơ teo gan, không có ung thư đường mật kèm theo.

Về ứng dụng kênh bảo vệ Amplatz

Kênh bảo vệ Amplatz là một cấu trúc hình ống rỗng, được sử dụng trong tán sỏi qua da với mục đích tạo cửa vào cho máy soi và bảo vệ đường hầm. Trước đây, kênh bảo vệ ít được ứng dụng trong nội soi đường mật qua da, nhưng được ứng dụng rất nhiều trong

nội soi tán sỏi thận qua da từ đường hầm tiêu chuẩn tới đường hầm nhỏ. Việc sử dụng kênh bảo vệ Amplatz có những cơ sở lý luận sau giúp tăng hiệu quả điều trị sỏi đường mật:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (trung bình ± Độ lệch chuẩn)	51,5	3,2
Giới tính		
Nam	6	35,3
Nữ	11	64,7
Tiền căn phẫu thuật		
Cắt túi mật	3	17,6
Mở ống mật chủ lấy sỏi ± cắt túi mật	6	35,3
Nối mật ruột	4	23,5
Cắt gan	2	11,8
Thủng dạ dày	1	5,9
Tiền căn nội khoa		
Tăng huyết áp	3	17,6
Đái tháo đường	3	17,6
Bệnh tim thiếu máu cục bộ có dùng thuốc kháng đông	1	5,9
Bệnh thận mạn	1	5,9
Lâm sàng		
Đau bụng	12	70,6
Sốt	10	58,8
Vàng da vàng mắt	8	47,1
Thoát vị vết mổ	1	5,9
Vị trí sỏi		
Sỏi gan trái	4	23,5
Sỏi gan trái + ống mật chủ	4	23,5
Sỏi gan trái + PT sau	3	17,6
Sỏi gan PT sau	1	5,9
Sỏi gan hai bên đóng khuôn	3	17,6
Sỏi ống mật chủ / hẹp miệng nối mật ruột	2	11,8
Vị trí hẹp đường mật		
Ống gan trái	4	23,5
Ống gan phân thùy sau	2	11,8
Ống gan phân thùy trước	1	5,9
Hẹp miệng nối mật ruột	2	11,8

Xét nghiệm (Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	
WBC (K/ μ L)	13,5 $\pm$ 6,7
Hemoglobin (g/l)	120,5 $\pm$ 23,4
Bilirubin Toàn phần (mmol/L)	7,9 $\pm$ 5,8
PLT (10^9 /L)	203 $\pm$ 105
Kích thước sỏi (mm) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	31,5 $\pm$ 15,1

Bảng 2: Đặc điểm của phẫu thuật

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thành công tạo đường hầm vào đường mật	17	100
Số ODL đường mật ra da trung bình (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	1,7 $\pm$ 0,8	
Ống gan trái	8	47
Ống gan phân thùy sau	1	5,9
Ống gan trái + ống gan PT trước	2	11,8
Ống gan trái + ống gan PT sau	4	23,5
Ống gan trái + ống gan PT trước + ống gan PT sau	2	11,8
Lấy sỏi 1 thì hay 2 thì		
1 thì	4	23,5
2 thì	13	76,4
Tỉ lệ sạch sỏi		
Ống mật chủ	17	100
Đường mật trong gan	14	82,4
Nong chỗ hẹp thành công (n = 9)	9	100
Tai biến – biến chứng		
Tràn dịch màng phổi phải lượng ít	2	11,8
Chảy máu đường mật	1	5,9
Thời gian tán sỏi (phút) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	158,1 $\pm$ 110	
Lượng máu mất (ml) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	50 $\pm$ 386	
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	15,1 $\pm$ 6,8	

Bảo vệ đường hầm qua da

Trước kia, trong NSĐMQD kinh điển, việc sử dụng máy soi mềm 16Fr vào đường hầm cần thời gian dài. Đầu tiên, BN sẽ được đặt 1 ống dẫn lưu 8 – 10 Fr vào đường mật. Sau khoảng 2 – 3 tuần, BN sẽ được nong đường mật dần lên tới 16 Fr. Khi đạt đủ kích thước, máy soi đường mật mềm sẽ được soi qua đường hầm (không có kênh bảo vệ) và tán sỏi. Việc nong dần đường hầm làm kéo dài thời gian nằm viện, nguy cơ bể đường hầm khi nong đường mật dẫn tới viêm phúc mạc mật sau thủ thuật. Hiện nay, có nhiều

nguyên cứu đã ứng dụng kênh bảo vệ Amplatz để bảo vệ đường hầm lúc tán sỏi. Ở thời gian đầu, chúng tôi vẫn tiến hành dẫn lưu đường mật ở thì đầu. Khi bệnh nhân ổn định, chúng tôi cho xuất viện và tiến hành tán sỏi thì hai sau 2 tuần,. Sau đó, chúng tôi giảm thời gian giữa 2 thì chỉ còn khoảng 3 ngày để giảm thời gian nằm viện của bệnh nhân chúng tôi ghi nhận những trường hợp sỏi đơn giản, dịch mật không nhiễm trùng, các cận lâm sàng không gợi ý tình trạng nhiễm trùng nào thì chúng tôi tiến hành nong và tán sỏi trong 1 thì được 4 TH, giúp giảm

thời gian nằm viện, giảm nguy cơ bề đường hầm⁵.

Có thể tiếp cận sỏi gan theo hướng xuôi dòng

Nếu muốn tiếp cận sỏi gan theo ngã vào ống mật chủ hoặc qua nội soi tiêu hóa, máy soi phải đi ngược chiều ống mật chủ lên tới ngã ba rốn gan và tiếp cận sỏi mật. Một số trường hợp không tiếp cận được sỏi do đường mật hẹp nặng, gấp góc nhiều, máy soi mềm với đường kính tiêu chuẩn không qua được chỗ hẹp. Với nội soi đường mật xuyên gan qua da tiếp cận sỏi gan theo hướng xuôi dòng, tức tiếp cận từ đoạn đường mật giãn tới đoạn đường mật hẹp, dễ tiếp cận được vị trí hẹp đường mật, dễ nong đường mật hơn, dễ đặt được một ống catheter xuyên qua chỗ hẹp để giữ cho đoạn hẹp đường mật dẫn ra trên dưới kích thước của catheter, giúp giảm nguy cơ tái hẹp đường mật sau này.

Giảm thời gian nằm viện

So sánh với NSĐMQD bằng phương pháp cổ điển, Kênh bảo vệ Amplatz giúp bảo vệ đường hầm, giúp nong đường hầm và tán sỏi trong 1 thì trong những TH BN khỏe mạnh, không có viêm đường mật kèm theo, giảm thời gian nằm viện của BN. Nếu bệnh nhân có tình trạng sốt, nhiễm trùng kèm theo, cấy dịch mật có vi khuẩn, có thể tán sỏi ở thì 2 sau khoảng 3 ngày tới 2 tuần để điều trị và phòng ngừa nhiễm trùng huyết sau phẫu thuật, vì có tới 30% TH lâm sàng không nhiễm trùng, dịch mật trong nhưng cấy dịch mật ra vi khuẩn^{2,6,7}.

Giảm nguy cơ nhiễm trùng huyết

Việc bơm nước qua kênh của máy soi giúp nhìn thấy rõ các cấu trúc của đường mật, các thành phần trong đường mật (sỏi và u)⁵. Tuy nhiên, việc bơm nước sẽ gây tăng áp lực đường mật. Bình thường, áp lực đường mật chỉ khoảng 7 - 14 cm H₂O. Khi áp lực

trên 20 cm H₂O, có sự trào ngược dịch mật vào trong hệ mạch máu⁸, kèm với tán sỏi làm khuếch tán các vi khuẩn trong viên sỏi, dẫn đến nguy cơ cao nhiễm trùng huyết sau thủ thuật. Các máy soi mềm thế hệ mới hiện nay có thêm kênh hút dịch từ đường mật, tuy nhiên phải nhấn nút mới hút được nên việc hút dịch chưa được thực hiện liên tục trong cuộc phẫu thuật. Khi ứng dụng kênh bảo vệ và máy soi có đường kính nhỏ hơn kênh, hiệu ứng máy hút bụi được tạo ra: nước được bơm vào thông qua máy soi sẽ thoát ra ngoài qua khoảng hở giữa kênh và máy soi, qua đó giảm nguy cơ gây tăng áp lực đường mật, giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng đường mật sau thủ thuật⁹.

Về sỏi và hẹp đường mật

Sạch sỏi đường mật trong gan gặp nhiều khó khăn nghĩ do sỏi ở ngoại vi, hẹp đường mật nặng. Việc ứng dụng nội soi đường mật qua da bằng Amplatz có thể thực hiện nhiều đường hầm, xử lý những trường hợp khó mà máy soi không tiếp cận được từ ngã ống mật chủ. Việc tiếp cận sỏi gan có thể tiến hành xuôi dòng (từ đoạn giãn sang đoạn hẹp) hay ngược dòng, đối bên (từ bên phải qua bên trái và ngược lại). Tiến hành xuôi dòng có ưu thế là tiếp cận sỏi dễ, xác định được vị trí chỗ hẹp đường mật tương đối thuận lợi hơn (thường sau đoạn giãn, chỉ có một đường để đi ra vùng rốn gan). Việc nội soi đường mật đối bên gặp khó khăn nếu đường mật hẹp nặng, khi soi đường mật không quan sát kỹ thì dễ bỏ sót nhánh hẹp, tuy nhiên tán sỏi đối bên tương đối thuận lợi hơn khi quan sát được nhiều nhánh đường mật hơn dù dùng máy soi mini thậm chí cứng (từ nhánh gan trái có thể quan sát được phân thủy trước, phân thủy sau và đoạn trên ống mật chủ, hay từ nhánh gan phân thủy sau có thể tới được nhánh gan hạ phân thủy II, III, IV). Ngoài ra,

việc đặt 1 ống dẫn lưu qua chỗ hẹp và lưu lại từ 2 – 3 tháng giúp ngăn ngừa tái hẹp quá sớm gây sỏi tái phát, đặc biệt hẹp đường mật mức độ vừa và nặng.

Về biến chứng

Can thiệp đường mật trước đó là yếu tố nguy cơ của chảy máu đường mật và chảy máu trong ổ bụng. Việc can thiệp đường mật chính xác, sử dụng dụng cụ nhỏ chọn lọc vào đường mật, không chọn lọc nhầm hay đâm xuyên các nhánh mạch máu cũng giúp hạn chế biến chứng chảy máu. Ngoài ra, các trường hợp chảy máu đường mật thường nhẹ, chỉ cần điều trị nội khoa, bơm rửa nước lạnh, có thể pha thêm Adrenaline, ngưng thủ thuật để tình trạng chảy máu ổn định cũng được khuyến cáo.

Ngoài ra, biến chứng nhiễm trùng do tán sỏi thời gian kéo dài trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp, nghĩ nhiều do hiệu ứng máy hút bụi giúp giảm áp lực trong đường mật, hạn chế tình trạng nhiễm trùng. Tuy vậy, nghiên cứu này là nghiên cứu ban đầu với cỡ mẫu nhỏ. Cần một nghiên cứu tiếp theo để nghiên cứu chuyên sâu hơn về các biến chứng sau NSĐMQD.

V. KẾT LUẬN

NSĐMQD có sử dụng kênh bảo vệ điều trị sỏi đường mật là một phương pháp khả thi, an toàn, tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, đặc biệt phù hợp cho những TH sỏi đường mật tái phát, đã phẫu thuật đường mật trước đó, có hẹp đường mật kèm theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tazuma S, Unno M, Igarashi Y, et al. Evidence-based clinical practice guidelines for cholelithiasis 2016. 2017;52(3):276-300.
2. Tao H, Wang P, Sun B, Li K, Zhu CJWJoS. One-step multichannel percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy applied in bilateral hepatolithiasis. 2020;44:1586-1594.
3. Huang M-H, Chen C-H, Yang J-C, et al. Long-term outcome of percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotomy for hepatolithiasis. Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. 2003;98(12):2655-2662.
4. Wang P, Chen X, Sun B, Liu Y. Application of combined rigid choledochoscope and accurate positioning method in the adjuvant treatment of bile duct stones. International Journal of Clinical and Experimental Medicine. 2015;8(9):16550.
5. Wang P, Sun B, Huang B, et al. Comparison Between Percutaneous Transhepatic Rigid Cholangioscopic Lithotripsy and Conventional Percutaneous Transhepatic Cholangioscopic Surgery for Hepatolithiasis Treatment. Surgical laparoscopy, endoscopy & percutaneous techniques. Feb 2016;26(1): 54-9. doi:10.1097/sle.0000000000000222
6. Jeong EJ, Kang DH, Kim DU, et al. Percutaneous transhepatic choledochoscopic lithotomy as a rescue therapy for removal of bile duct stones in Billroth II gastrectomy patients who are difficult to perform ERCP. European journal of gastroenterology & hepatology. 2009;21(12):1358-1362.
7. Binh NT, My T-TT, Duc NM. Percutaneous Transhepatic Holmium Laser Lithotripsy for Giant Biliary Stones. Journal of Clinical Imaging Science. 2021;11
8. Jarnagin WR. Blumgart's Surgery of the Liver, Pancreas and Biliary Tract E-Book. Elsevier Health Sciences; 2016.
9. Darcy M, Picus DJTiv, radiology i. Cholangioscopy. 2008;11(2):133-142.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐẶT STENT KIM LOẠI TỰ BUNG QUA DA ĐIỀU TRỊ HẸP ẮC TÍNH ĐƯỜNG MẬT RỖN GAN

Phạm Hải Triều^{1,3}, Nguyễn Tạ Quyết^{2,3}, Hồ Chí Linh³,
Nguyễn Minh Nhật³, Hồ Gia Bảo^{2,4}, Nguyễn Cao Cường³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp đường mật vùng rốn gan ác tính có thể do bởi nhiều loại ung thư khác nhau. Mặc dù bệnh nhân tắc mật vùng rốn gan do ung thư thường không phẫu thuật triệt để được và có tiên lượng kém vì bệnh thường ở giai đoạn muộn, chất lượng sống và chức năng gan vẫn cần được đảm bảo. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kỹ thuật, tỉ lệ thành công, tai biến biến chứng của đặt stent kim loại tự bung (SKLTB) cho bệnh nhân tắc mật do ung thư vùng rốn gan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt trường hợp (TH) các bệnh nhân tắc mật vùng rốn gan (TMVRG) ác tính có chỉ định đặt SKLTB qua da tại bệnh viện Bình Dân từ tháng 07/2024 tới hết tháng 12/2024.

Kết quả: Trong 6 tháng nghiên cứu, 13 bệnh nhân (BN) được tiến hành đặt SKLTB qua da. Có 8 nam và 5 nữ với độ tuổi trung bình là 56,1.

Bilirubin toàn phần trung bình trước thủ thuật là 334,7 mmol/L. Thành công về mặt thủ thuật ở 12/13 BN. Có 4 TH được dẫn lưu đường mật và đặt SKLTB thành công trong 1 thì. Các lựa chọn đường can thiệp đặt stent từ nhánh gan phân thùy trước, phân thùy sau và nhánh gan trái lần lượt là 1 lần, 3 lần, 3 lần và 5 lần. Sau 2 tuần, tỉ lệ giảm bilirubin > 20% là 92,3%. Có 3 TH biến chứng (23,1%), trong đó 1 TH chảy máu đường mật mức độ nhẹ, 1 TH viêm đường mật cấp sau thủ thuật đáp ứng kháng sinh, 1 TH u xâm lấn lòng stent.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy đặt SKLTB qua da an toàn và hiệu quả, tỉ lệ thành công về mặt kỹ thuật và lâm sàng cao trong điều trị tắc mật vùng rốn gan do ung thư.

Từ khóa: Tắc mật rốn gan ác tính, can thiệp đường mật qua da, stent kim loại tự bung.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF PERCUTANEOUS SELF – EXPANDABLE METAL STENTS IN MALIGNANT HILAR BILIARY OBSTRUCTION

Introduction: Malignant hilar biliary obstruction (MHBO) is caused by various type of malignant tumor. Even though most patients with MHBO are unsuitable candidates for curative surgery and have poor prognosis because of their advanced disease stage at diagnosis, it is necessary to ensure a good quality of life and improve hepatic function. In this article, we evaluate the technique, success rate and

¹Bộ môn Ngoại Khoa, Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

²Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

³Khoa Ngoại Gan Mật, Bệnh viện Bình Dân

⁴Bộ môn Ngoại Khoa, Trường Đại học Khoa Học Sức Khỏe

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hải Triều
SĐT: 0769089749

Email: phamhaitrieu1912@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

complications of percutaneous biliary self – expandable metal stents (SEMS) placement for patients with malignant hilar obstruction.

Methods: a case series study was conducted on patients with MHBO who underwent percutaneous biliary SEMS placement at Binh Dan Hospital from July 2024 to December 2024.

Result: During a 6-month period, 13 patients underwent percutaneous biliary metal stenting. There were 8 men and 5 women with a mean age of 56,1. The mean serum total bilirubin level was 334,7 mmol/L. A full technical success of the procedure was reported for 12/13 patients. 4 Patients underwent one stage percutaneous SEMS procedure. The routes of stent insertion were right anterior, right posterior, left and bilateral transhepatic in 1,3,3 and 5, respectively. After 2 weeks, a successful reduction of total bilirubin level was achieved in 12 patients (92,3%). Postoperative complications occurred in 3/14 cases (23,1%), including 1 case of minor hemobilia, 1 case of self-limiting acute cholangitis and 1 case of tumor ingrowth.

Conclusion: Our study shows that percutaneous SEMS placement is safe and effective with a high percentage of technical success for MHBO.

Keywords: Malignant hilar obstruction, percutaneous biliary intervention, Self expandable metal stent.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mật vùng rốn gan (TMVRG) có nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó nguyên nhân ác tính là thường gặp nhất. Bệnh nhân TMVRG do ung thư thường đã ở giai đoạn tiến xa, quá chỉ định phẫu thuật và tiên lượng xấu. Vì vậy, với mục tiêu chính là giảm vàng da, các phương pháp điều trị giảm nhẹ được đặt ra, có thể can thiệp ít xâm lấn qua ngã can thiệp qua da. Năm 1974, dẫn lưu

mật qua da được thực hiện lần đầu tiên để điều trị giảm nhẹ BN ung thư đường mật. Kể từ đó, phương pháp này dần trở thành phương pháp điều trị giảm nhẹ chính cho các trường hợp TMVRG giai đoạn muộn và ngày càng trở nên phổ biến nhờ can thiệp ít xâm lấn, thành công cao và cải thiện chất lượng cuộc sống sau thủ thuật. Đặt stent đường mật xuyên gan qua da với SKLTB là lựa chọn tốt cho các trường hợp TMVRG do ung thư. Nhiều nghiên cứu cho thấy SKLTB có nhiều ưu điểm hơn so với stent nhựa như: độ thông thoáng stent tốt hơn, giảm số lần can thiệp và phải nhập viện trở lại. Vì vậy nhóm nghiên cứu tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá kết quả ban đầu của phương pháp đặt stent đường mật xuyên gan qua da với SKLTB, với mục tiêu xác định tỉ lệ thành công, tai biến, biến chứng của thủ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có TMVRG do ung thư, có chỉ định đặt stent đường mật qua da bằng SKLTB.

Tiêu chuẩn chọn vào:

Bệnh nhân trên 18 tuổi

Bệnh nhân TMVRG gan ác tính

Quá chỉ định hay từ chối phẫu thuật triệt để

Tiêu chuẩn loại trừ:

Rối loạn đông máu nặng

Dịch ổ bụng lượng nhiều

Hẹp nặng tĩnh mạch cửa gần vị trí rốn gan

Quy trình kỹ thuật

Kỹ thuật tiếp cận vào đường mật trong gan

Thường chọn nhánh đường mật ở ngoại vi để giảm nguy cơ chảy máu hay tổn thương đường mật. Dùng kim 18 – 22G chọc dò vào

hệ mật dưới hướng dẫn của siêu âm và số hóa xóa nền bằng kỹ thuật Seldinger. Nếu kim đã vào đường mật, rút phần lõi kim ra, bơm thuốc cản quang và luồn 1 dây dẫn vào đường mật. Chụp hình lại qua các bước để

chắc chắn kim và dây dẫn không tụt khỏi đường mật qua các thì. Tiếp tục nong đường mật tới kích thước mong muốn, thường tới 8 – 10Fr là đủ để thực hiện kỹ thuật đặt stent đường mật qua da.

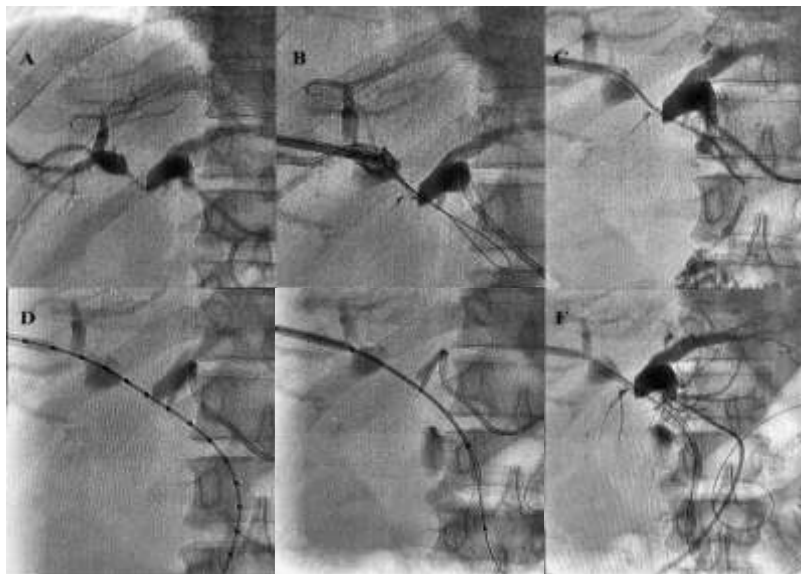


Hình 1: Nong đường hầm mật ra da dưới hướng dẫn số hóa xóa nền

Kỹ thuật đặt stent đường mật

Chụp hình đường mật xác định vị trí chỗ hẹp và xác định các biến thể đường mật – tụy. Trong TH bệnh nhân dị ứng thuốc cản quang hay nguy cơ cao thuốc cản quang đọng lại ở nhánh đường mật không dẫn lưu, thực hiện chụp hình đường mật bằng hơi

(thường sử dụng CO₂). Xác định vị trí chỗ hẹp đường mật vùng rốn gan và đánh giá mức độ hẹp đường mật. Đặt 1 ống thông lòng máng (sheath) đường kính trong 8Fr vào đường mật qua da đường kính trong 8 Fr vào đường mật. Dùng ống thông 4 – 6 Fr và dây dẫn phù hợp để luồn qua chỗ hẹp.



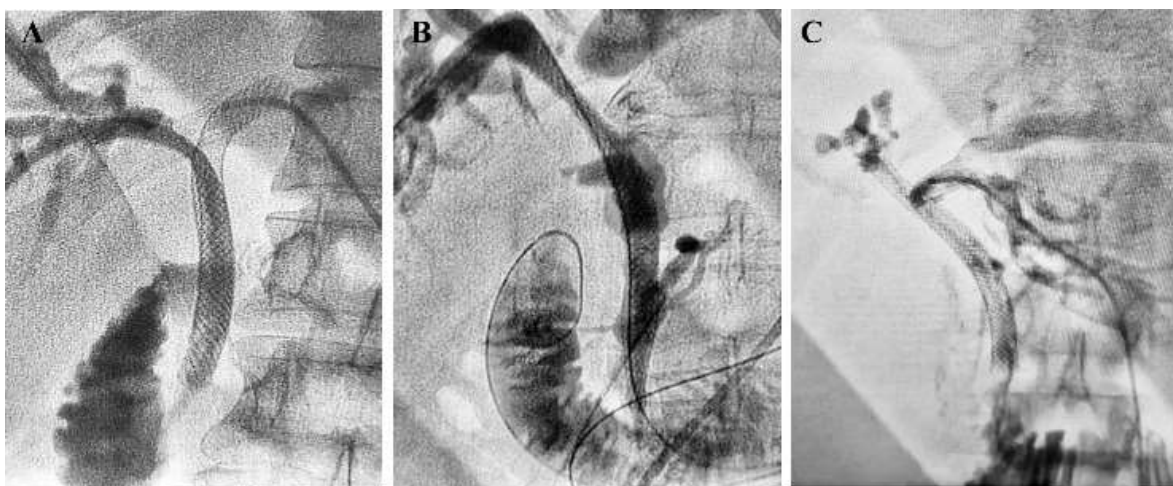
Hình 2: Các thì của đặt stent đường mật

(A): chụp hình đường mật xác định vị trí hẹp, (B): luồn dây dẫn qua chỗ hẹp, (C): luồn ống thông và chụp hình kiểm tra đầu dưới đoạn hẹp, (D): Đo chiều dài đoạn hẹp, (E): Bung stent kim loại dưới hướng dẫn số hóa xóa nền, (F): Hoàn tất đặt SKLTB.

Nếu chỗ hẹp nặng mà dây dẫn không qua được, sử dụng thêm một bộ vi dây dẫn và vi ống thông luồn qua chỗ hẹp. Khi đã qua chỗ hẹp, chụp hình đường mật dưới đoạn hẹp để xác định còn chỗ hẹp khác không, có bất thường đường mật, đường tụy kèm theo hay không. Đánh giá chiều dài đoạn hẹp. Có thể nong bóng trước khi đặt stent. Đặt SKLTB không phủ với đường kính và chiều dài phù hợp với độ dài đoạn hẹp, thường đầu trên và

đầu dưới cách chỗ hẹp > 2 cm. Lưu ý đầu trên của stent không nằm quá sát với thành bụng, có thể gây rò mật vào trong ổ bụng.

Đối với TH đặt 2 stent đường mật kiểu stent chồng stent (SCS), từ đường hầm mật còn lại chưa can thiệp, nhẹ nhàng luồn dây dẫn và ống thông qua chỗ hẹp, xuyên qua các mắt của stent đã đặt. Dùng bóng nong đường kính 6 – 8 – 10 mm nong các mắt lưới của stent ra, đặt 1 stent chồng lên stent đã đặt trước đó. Lưu ý nên đặt stent ở đường mật gấp góc nhiều hơn trước (thường là nhánh phân thùy sau và nhánh gan trái) rồi hãy đặt stent ở nhánh ít gấp góc, sẽ giúp stent thẳng góc hơn, sự thông thoáng của SKLTB tốt hơn.



Hình 3: (A): Chụp hình đường mật kiểm tra sự thông thoáng của đường mật, (B): 1 ống tụy phụ và chỗ nối mật tụy bất thường, (C): U xâm lấn trong lòng stent không phủ làm thuốc cản quang không lấp đầy stent được

Kết thúc thủ thuật

Chụp hình đường mật kiểm tra sự thông thoáng của stent. Xem xét nong stent nếu chưa có sự thông thoáng tốt trong đường mật. Đặt lại một ống dẫn lưu đường mật theo dõi và điều trị các biến chứng chảy máu, nhiễm trùng đường mật.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả hàng loạt ca.

Phương pháp lấy số liệu: lựa chọn tất cả các TH tắc mật rốn gan ác tính có chỉ định đặt SKLTB qua da dưới hướng dẫn số hóa xóa nền.

Cỡ mẫu: Tất cả TH thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Trong 6 tháng nghiên cứu, 13 BN được tiến hành thủ thuật đặt SKLTB qua da. Có 8 nam và 5 nữ với độ tuổi trung bình là 56,1. CA19-9 trung bình là $777,9 \pm 305,5$. Chẩn đoán tắc mật vùng rốn gan do ung thư bằng hình ảnh học là MRCP và phẫu thuật thám sát lần lượt trong 8 và 5 trường hợp. Bilirubin toàn phần trung bình trước thủ thuật là 334,7 mmol/L. Thành công về mặt

thủ thuật ở 12/13 bệnh nhân, TH còn lại chỉ dẫn lưu đường mật thành công, không luôn được dây dẫn qua chỗ hẹp. Có 4 TH được dẫn lưu đường mật và đặt stent đường mật thành công trong 1 thì. Các lựa chọn đường can thiệp đặt stent từ nhánh gan phân thùy trước, phân thùy sau, nhánh gan trái và kết hợp 2 bên lần lượt là 1 lần, 3 lần, 3 lần và 5 lần. Sau 2 tuần, tỉ lệ giảm bilirubin > 20% là 92,3%.

Bảng 1: Các biến số nghiên cứu

Biến số trước phẫu thuật	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	56,1 $\pm$ 10,6	
Giới tính		
Nam	8	61,5
Nữ	5	38,5
Chẩn đoán		
U Klastkin	6	46,1
U Klastkin tái phát (diện cắt R1)	2	15,4
Ung thư túi mật xâm lấn rốn gan	5	38,5
Hẹp đường mật		
Type IIIa	4	30,8
Type IIIb	5	38,4
Type IV	4	30,8
Chẩn đoán hẹp ác tính		
Hình ảnh học	8	61,5
Phẫu thuật thám sát	5	38,5
Bilirubin (mmol/L) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	334,7 $\pm$ 81,15	
CA19-9 (U/ml) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	777,9 $\pm$ 305,5	
Biến số sau phẫu thuật	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bilirubin sau thủ thuật (mmol/L) (trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn)	234 $\pm$ 56,3	
Thành công của thủ thuật	12	92,3
Số thì dlưu đường mật + đặt stent		
1 thì	4	30,8
2 thì	8	61,5

Số stent và kiểu stent được đặt		
1 stent	7	53,8
- Phân thùy trước	1	7,7
- Phân thùy sau	3	23,1
- Thùy gan trái	3	23,1
2 stent kiểu SCS	5	38,5
- Phân thùy trước – thùy gan trái	3	23,1
- Phân thùy sau – thùy gan trái	2	15,4
Dẫn lưu đường mật sau thủ thuật	13	100
Giảm bilirubin toàn phần > 20% so với ban đầu	12	92,3
Bất thường của ống tụy		
Ống tụy phụ + chỗ nối mật tụy bất thường	1	7,7
Chỗ nối mật tụy bất thường	3	23,1
Biến chứng	3	23,1
Chảy máu đường mật	1	7,7
Viêm đường mật cấp sau thủ thuật	1	7,7
U xâm lấn lòng stent	1	7,7

Trường hợp đặt stent đường mật thất bại, chỉ đặt được dẫn lưu đường mật. Trường hợp này u đường mật rốn gan đã phát nhóm nghiên cứu cố gắng luồn dây dẫn qua chỗ hẹp khó khăn nhưng chỗ hẹp khít, có dấu hiệu dây dẫn chệch ra ngoài đường mật nên quyết định dùng thủ thuật, luồn một ống dẫn lưu lớn vào đường mật để phòng ngừa biến chứng rò mật sau thủ thuật. Trường hợp này bệnh nhân ổn, xuất viện sau 5 ngày.

Biến chứng

Chúng tôi ghi nhận một TH chảy máu đường mật sau đặt stent kim loại, khi đặt lại ống dẫn lưu đường mật thì có tình trạng chảy máu từ ống dẫn lưu, chảy thành dòng và liên tục, nguyên nhân được cho là u xuất huyết vì trong quá trình thủ thuật không có chảy máu. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật gelfoam cắt nhỏ, ra pha với nước muối qua chạc ba, tạo dạng

bọt xốp bơm vào trong ống dẫn lưu. Sau thủ thuật tình trạng chảy máu không tiếp diễn thêm.

Một TH viêm đường mật cấp, sốt lạnh run chúng tôi thực hiện thủ thuật tương đối thuận lợi, chỉ khoảng 120 phút và thủ thuật được tiến hành 2 thì. Sau thủ thuật, bệnh nhân được tiến hành đặt dẫn lưu đường mật, chuyển kháng sinh điều trị và theo dõi sát. Tình trạng nhiễm trùng cải thiện sau 2 ngày.

Một TH u xâm lấn vào lòng stent, phát hiện khi tái khám 1 tháng sau thủ thuật. Trường hợp này khi đặt stent không phủ, chúng tôi không nong bóng sau đặt stent mà để stent tự bung. Sau 2 tuần, bệnh nhân được chụp hình đường mật kiểm tra lại thấy độ thông thoáng của stent kém, có dấu hiệu thuốc cản quang không lấp đầy được lòng stent, nghĩ ung thư phát triển trở lại. Vì vậy,

chúng tôi không rút ống dẫn lưu đường mật mà lưu lại theo dõi (hình 3C)

IV. BÀN LUẬN

Về thể tích gan được dẫn lưu

Chúng tôi có 7 TH đặt 1 stent và 5 TH đặt 2 SKLTB. Mặc dù 25% thể tích gan được dẫn lưu đã đủ để giảm nhẹ vàng da, hội nghị đồng thuận Châu Á Thái Bình Dương năm 2013 đã nói rằng, mục tiêu dẫn lưu mật trong điều trị TMVRG do ung thư là giải áp được $\geq 50\%$ thể tích gan, giúp kéo dài thời gian sống hơn so với dẫn lưu $< 50\%$ thể tích gan^{1,2}. Đối với những cơ sở chưa có phần mềm dựng hình 3D đo thể tích gan, để ước tính sơ bộ, phân gan phân thùy sau, phân thùy trước, thùy gan trái và phân thùy I lần lượt là 30%, 35%, 30 – 35% và 10%. Vì vậy, đối với ung thư đường mật rốn gan type III trở lên, thường cần đặt ít nhất 2 stent kim loại vào trong đường mật².

Về kỹ thuật đặt stent đường mật

Về kỹ thuật đặt stent đường mật, luôn được dây dẫn qua chỗ hẹp ác tính thì khả năng đặt được stent rất cao. Tuy vậy, một số trường hợp u tiến triển thời gian dài, hoại tử, u dạng phát triển trong lòng đường mật thì can thiệp khó khăn. Vì vậy, việc thay đổi dây dẫn từ 0,035 inch (0,889 mm) thành vi dây dẫn 0,014 – 0,018 inch (0,3556 – 0,4572 mm) và định hướng chính xác vị trí hẹp, dùng ống thông để đưa dây dẫn tới ngay phía trên chỗ hẹp thì tỉ lệ luôn qua chỗ hẹp thành công cao hơn. Ngoài đường kính, lựa chọn chiều dài và cấu tạo phù hợp của dây dẫn cũng giúp luôn qua chỗ hẹp thuận lợi hơn.

Nếu không xác định đúng chỗ hẹp hay sử dụng dây dẫn quá cứng, việc làm thủng đường mật khi can thiệp thủ thuật là có thể xảy ra.

Về một thì hay hai thì của stent đường mật

Ở thời gian đầu của nghiên cứu, chúng tôi tiến hành dẫn lưu đường mật trước khi đặt stent (2 thì). Sau này, các trường hợp lâm sàng ổn, chúng tôi tiến hành đặt stent đường mật một thì cho bệnh nhân, giúp giảm thời gian nằm viện, giảm chi phí nằm viện và giảm tình trạng nhiễm trùng do phải lưu ống dẫn lưu đường mật lâu ngày ở bệnh nhân. Một số TH viêm đường mật cấp, có vi khuẩn trong đường mật hay chảy máu sau thủ thuật đặt dẫn lưu đường mật, nên cân nhắc dừng thủ thuật. Khi lâm sàng ổn định, có thể tiến hành đặt stent đường mật ở thì 2, sau 5 – 7 ngày sau thủ thuật lần đầu tiên¹.

Về sử dụng stent kim loại tự bung

Stent nhựa có ưu thế về giá, dễ thay thế khi stent bị tắc. Tuy vậy, SKLTB được tạo thành từ thép hoặc nitinol, được thiết kế và sản xuất theo nhiều kiểu dáng khác nhau và có những ưu điểm như stent có đường kính lớn hơn stent nhựa, độ thông thoáng ống tốt hơn so với stent nhựa (thường stent nhựa sẽ nghẹt sau 1 - 2 tháng). Các khuyến cáo cho rằng SKLTB được chỉ định khi tiên lượng sống của bệnh nhân > 3 tháng³. Khuyết điểm của SKLTB là chi phí cao. Tuy nhiên, tác giả Mukai cho rằng SKLTB tốt hơn so với stent nhựa về mặt chi phí, do giảm số lần phải can thiệp lại và số lần viêm đường mật cấp tái phát⁴.

Stent kim loại thường có 3 dạng: Phủ hoàn toàn nitinol, không phủ và bán phủ. Mỗi loại stent có ưu, khuyết điểm khác nhau. Có thể tóm tắt ưu điểm của các loại stent như sau: Stent phủ hoàn toàn giúp stent chống dính với mô đường mật, có thể rút bỏ khi điều trị hẹp lành tính, giảm nguy cơ ung thư ăn vào lòng stent³. Stent không phủ giúp stent ổn định, hạn chế trôi tụt, có thể đặt SCS trong những TH cần thiết. Nhưng nhìn chung, các khuyến cáo về loại stent kim loại cho ung thư đường mật rốn gan thường là stent đường mật loại không phủ vì hạn chế tắc nhánh bên, có thể đặt stent kim loại kiểu SCS, giúp dẫn lưu mật được nhiều thể tích gan xuống ruột hơn, cải thiện được chất lượng cuộc sống. Ở vùng rốn gan, Stent phủ hoàn toàn chỉ được sử dụng khi được đặt khi sử dụng kiểu đặt stent cạnh stent (Side by side). Lưu ý nên sử dụng stent đường kính nhỏ vì nếu quá to sẽ đau nhiều do căng ống mật chủ và có thể có biến chứng thuyên tắc tĩnh mạch cửa^{1,3,5}.

Giảm vàng da sau thủ thuật

Nghiên cứu có 92,3% trường hợp giảm bilirubin sau thủ thuật 2 tuần > 20% giá trị ban đầu. Trường hợp còn lại có giảm bilirubin, giảm vàng da và bớt ngứa nhưng chưa giảm đủ 20% ban đầu. Mục tiêu điều trị chính của kỹ thuật này là giảm vàng da, giảm lượng dịch mật thoát ra ngoài cơ thể, hỗ trợ ăn uống ngon miệng hơn, giảm thiểu tình trạng sụt cân, rối loạn đông máu do suy dinh dưỡng. Ngoài ra, phương pháp này có ưu điểm hơn dẫn lưu đường mật xuyên gan qua da thông thường là do độ thông thoáng stent

tốt, hạn chế những đợt tái nhập viện, cần can thiệp lại sau thủ thuật, giảm số lần tắc mật và viêm đường mật tái phát.

Về biến chứng sớm của thủ thuật

Nhóm nghiên cứu ghi nhận một TH chảy máu đường mật, một TH viêm đường mật cấp sau phẫu thuật, một trường hợp u xâm lấn lòng stent

Chảy máu: Chảy máu đường mật có thể đến từ đường hầm mật ra da có tổn thương mạch máu, xuất huyết u trong quá trình nong bóng hay đặt stent. Chảy máu mức độ nhẹ có thể tự cầm, chỉ cần ngưng thủ thuật, bơm rửa Adrenaline cầm máu và theo dõi ống dẫn lưu đường mật. Nếu xuất huyết nặng phải xem xét can thiệp lại, chỉ định can thiệp nội mạch hay phẫu thuật cầm máu.

Nhiễm trùng đường mật: Nhiễm trùng đường mật do tăng áp lực đường mật quá mức trong thì chụp hình đường mật, nhằm tạo đủ áp lực thấy thuốc cản quang qua được chỗ hẹp. Ngoài ra, thuốc cản quang có thể qua tới nhánh đường mật chưa dẫn lưu ở áp lực cao và ứ đọng lại ở nhánh đó gây shock nhiễm trùng. Nghiên cứu cho thấy việc động thuốc cản quang ở nhánh đường mật chưa dẫn lưu là yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân ung thư đường mật⁶. Tác giả Sud đã đề nghị chụp hình đường mật bằng khí CO₂ vào năm 2010 để ngăn ngừa nguy cơ thuốc cản quang đọng trong nhánh mật chưa dẫn lưu⁷.

Di lệch stent: Stent có chiều dài dài hơn khi chưa bung hoàn toàn, và khi đã bung thì có xu hướng co ngắn lại. Trong thủ thuật, stent có xu hướng dài hơn so với sau thủ thuật 1 tháng trở đi. Khi đó, stent đã bung

hoàn toàn, chiều dài ngắn lại, đầu trên hoặc đầu dưới có thể tụt xuống dưới mức chỗ hẹp, dẫn đến hẹp tái phát.

U ăn vào lòng stent: Khuyết điểm của stent không phủ là u có thể ăn vào lòng stent, gây tắc mật và viêm đường mật tái phát. Đặc biệt là u dạng phát triển trong lòng đường mật (Intraductal growing). Nhiều nghiên cứu báo cáo rằng đây là biến chứng có thể xảy ra và không thể phòng tránh được. Khi xảy ra TH này, có thể cân nhắc đặt thêm một SKLTB không phủ hay đặt 1 stent nhựa, tùy vào tiên lượng sống của bệnh nhân².

V. KẾT LUẬN

Qua 13 TH đặt stent đường mật kim loại qua da, chúng tôi nhận xét đây là phương pháp khả thi, an toàn, có tỉ lệ thành công cao, giúp giảm nhẹ triệu chứng vàng da cho bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan quá chỉ định phẫu thuật. Cần một nghiên cứu trung – dài hạn để đánh giá kết quả điều trị cả kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dumonceau J-M, Tringali A, Papanikolaou IS, et al.** Endoscopic biliary stenting: indications, choice of stents, and results: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Clinical Guideline—Updated October 2017. 2018;50(09):910-930.
2. **Prachayakul VJJGDS.** Current Status of Endoscopic Treatment of Advanced Hilar Cholangiocarcinoma. 2014;4(168):2.
3. **Nam HS, Kang DHJCe.** Current status of biliary metal stents. 2016;49(2):124-130.
4. **Mukai T, Yasuda I, Nakashima M, et al.** Metallic stents are more efficacious than plastic stents in unresectable malignant hilar biliary strictures: a randomized controlled trial. 2013;20:214-222.
5. **SH C, S G, A S, S B.** Current Status of Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage in Palliation of Malignant Obstructive Jaundice: A Review. Indian J Palliat Care. Oct-Dec 2016;22(4): pp. 378-387. doi:10.4103/0973-1075.191746
6. **Lee TH, Moon JH, Park SHJDE.** Biliary stenting for hilar malignant biliary obstruction. 2020;32(2):275-286.
7. **Sud R, Puri R, Hussain S, Kumar M, Thawrani AJGe.** Air cholangiogram: a new technique for biliary imaging during ERCP. 2010;72(1):204-208.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU NỘI SOI ỐNG MỀM TÁN SỎI THẬN VỚI HÚT LIÊN TỤC TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Văn Thành Trung¹, Đoàn Thanh Khải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị tán sỏi thận bằng ống mềm với hệ thống hút liên tục tại khoa Nội soi niệu - Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp: Mô tả tiến cứu 26 trường hợp nội soi ống mềm tán sỏi thận với hệ thống hút liên tục tại khoa Nội soi niệu – Bệnh viện Bình Dân từ tháng 01/2024 – 06/2024.

Kết quả: 26 bệnh nhân (gồm 17 nam và 9 nữ), với độ tuổi trung bình: $46,72 \pm 9,55$ tuổi (35-69). Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau hông lưng 17 trường hợp, chiếm 65,38%. Kích thước sỏi trung bình là: $18,5 \pm 5,6$ mm. Thời gian tán sỏi trung bình: $62,4 \pm 17,0$ phút. Thời gian nằm viện sau tán sỏi trung bình: $2,4 \pm 1,2$ ngày; sạch sỏi sau 1 tháng chiếm 88,46%. Có 2 bệnh nhân nhiễm khuẩn niệu sau mổ (7,69%), không ghi nhận các biến chứng nhiễm khuẩn huyết và tổn thương thận niệu quản.

Kết luận: Tán sỏi thận bằng ống mềm với hệ thống hút liên tục bước đầu có nhiều ưu điểm: thời gian tán sỏi nhanh, tỷ lệ sạch sỏi cao, ít tai biến và thời gian hồi phục nhanh.

Từ khóa: Nội soi ống mềm tán sỏi thận, nội soi niệu quản ngược dòng, hệ thống hút liên tục.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF FLEXIBLE URETEROSCOPIC LITHOTRIPSY WITH SUCTIONING URETERAL ACCESS SHEATH FOR KIDNEY STONE TREATMENT AT BINH DAN HOSPITAL

Objective: Evaluate the outcomes of flexible ureteroscopic lithotripsy using a continuous suction system in the Department of Urology Endoscopy at Binh Dan Hospital.

Subjects and methods: Prospective description of 26 cases of flexible ureteroscopic lithotripsy with a continuous suction system in the Department of Urology Endoscopy at Binh Dan Hospital from January 2024 to June 2024.

Results: The study included 26 patients (17 males and 9 females) with a mean age of 46.72 ± 9.55 years (range: 35–69). The most common clinical symptom was flank pain, observed in 17 cases (65.38%). The average stone size was 18.5 ± 5.6 mm. The mean stone fragmentation time was 62.4 ± 17.0 minutes. The average hospital stay post-procedure was 2.4 ± 1.2 days. Stone clearance after one month was achieved in 88.46% of cases. Two patients (7.69%) experienced postoperative urinary infections, with no recorded cases of sepsis or ureteral-renal injuries.

Conclusion: Flexible ureteroscopic lithotripsy with a continuous suction system demonstrates initial advantages, including rapid stone fragmentation, high stone clearance rates, minimal complications, and quick recovery time.

¹Khoa Nội soi niệu - Bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thanh Khải

SĐT: 0389036275

Email: doankhai17@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Keywords: Flexible ureteroscopic lithotripsy, retrograde ureteroscopy, continuous suction system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý phổ biến trên thế giới, chiếm khoảng 1-15% dân số, đứng thứ ba trong các bệnh lý tiết niệu[1]. Tại Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm 40-60% bệnh lý niệu khoa, trong đó sỏi thận là bệnh lý thường gặp, hay tái phát, đồng thời là gánh nặng trong chăm sóc và điều trị[2].

Trong hơn thập kỷ qua, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật, điều trị sỏi thận đã có nhiều thay đổi đáng kể theo hướng ít xâm lấn, hiệu quả và hồi phục nhanh. Từ năm 2010, được áp dụng tại nhiều trung tâm, cùng với tán sỏi ngoài cơ thể và tán sỏi qua da, nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm tán sỏi thận đã dần thay thế cho mổ mở truyền thống và trở thành một trong những lựa chọn hàng đầu của các phẫu thuật viên trong điều trị sỏi thận [3][4]. Sự linh hoạt của máy có thể tiếp cận tất cả các vị trí sỏi trong đài bể thận, nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy tính an toàn với tỉ lệ sạch sỏi cao [5] [6]. Với ưu thế tiếp cận qua đường tự nhiên, nội soi ống mềm khắc phục được nhiều nguy cơ so với tán sỏi thận qua da như: chảy máu, tổn thương tạng[5][7][8]. Tuy vậy, nội soi ống mềm vẫn còn những hạn chế như tổn thương niệu quản, phẫu trường nhỏ làm tăng nguy cơ sót sỏi, thời gian tán kéo dài làm tăng nguy cơ nhiễm trùng[9][10].

Hiện nay, trên thế giới đã có nhiều báo cáo cho thấy sử dụng giá đỡ với kênh hút liên tục giúp giảm thời gian phẫu thuật, đồng thời có tỉ lệ biến chứng nhiễm trùng thấp[11][12][13]. Tại Việt Nam, các báo cáo nghiên cứu bước đầu mới đây cho thấy tán

sỏi thận qua nội soi ngược dòng ống mềm với hệ thống hút liên tục mang lại nhiều ưu điểm: thời gian tán nhanh, sớm hồi phục sau phẫu thuật, tỷ lệ sạch sỏi cao, ít tai biến biến chứng[6][7]. Tại bệnh viện Bình Dân, nội soi ống mềm kết hợp kênh hút liên tục đã được áp dụng, để góp phần khẳng định giá trị của phương pháp này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: **“Đánh giá kết quả điều trị tán sỏi thận bằng ống soi mềm với hệ thống hút liên tục tại Bệnh viện Bình Dân”**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm có hút liên tục tại khoa Nội soi niệu – Bệnh viện Bình Dân 01/2024 – 06/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- + Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi thận <2,5cm được xác định trên phim chụp cắt lớp vi tính.
- + Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp nội soi ngược dòng tán sỏi bằng ống soi mềm có kênh hút liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Bệnh nhân có bất thường về mặt giải phẫu không đặt được máy soi mềm
- + Phụ nữ mang thai
- + Bệnh nhân có nhiễm khuẩn đường tiết niệu chưa điều trị ổn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả tiến cứu

Chuẩn bị trước mổ:

- Tất cả bệnh nhân sỏi thận được chụp cắt lớp vi tính, các xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, nhóm máu, đông máu, sinh hoá máu, điện tim, X-quang tim phổi, tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu nếu có dấu hiệu nhiễm khuẩn đường tiết niệu.

- Bệnh nhân không đặt JJ trước phẫu thuật hoặc có đặt JJ trong một số trường hợp nhất định.

- Bệnh nhân được điều trị nhiễm khuẩn niệu với kết quả cấy âm tính trước mổ hoặc dùng kháng sinh dự phòng thường quy nếu không có dấu hiệu nhiễm khuẩn.

- Bác sĩ phẫu thuật giải thích các vấn đề liên quan đến quy trình phẫu thuật, các tai biến và biến chứng cho tất cả trường hợp.

Quy trình phẫu thuật:

- Bệnh nhân được mê Mask thanh quản hoặc tê tuỷ sống (do bác sĩ gây mê thăm khám và quyết định).

- Tư thế sản phụ khoa.

- Dùng máy bán cứng (rút JJ nếu có), soi niệu quản, đặt dây dẫn lên bề thận.

- Đặt giá đỡ niệu quản 11,5 Fr có kênh hút liên tục áp lực 80 -120mmHg trượt đồng trục với dây dẫn dưới C-arm.

- Đưa ống soi mềm vào trong lòng của giá đỡ niệu quản.

- Xác định vị trí sỏi, số lượng và kích thước các viên sỏi.

- Đặt dây dẫn Holmium Laser 80W đầu tán 230 μ m vào kênh thao tác của ống soi mềm tiếp cận sỏi.

- Trong mổ phẫu thuật viên đánh giá các sỏi vụn ≤ 4 mm trên quang trường nội soi (so sánh với dây Laser) hoặc không thấy mảnh sỏi sót dưới C-arm.

- Bệnh nhân được đặt thông niệu đạo và thông JJ thường qui sau tán sỏi.



Hình 1. Giá đỡ với kênh hút liên tục

Các tiêu chí nghiên cứu:

Đặc điểm chung: Tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, bệnh lý nội khoa kèm theo, tiền sử liên quan đến các can thiệp tiết niệu, lý do đến khám, có đặt JJ trước tán sỏi hay không, đặc điểm sỏi thận (vị trí sỏi trong thận, sỏi ở một bên thận hay cả hai bên, số lượng sỏi, kích thước sỏi và độ HU đo được trên phim chụp cắt lớp vi tính, mức độ ứ nước của đài bể thận).

Kết quả điều trị: Thời gian thực hiện tán sỏi, số ngày nằm viện hậu phẫu, biến chứng sớm sau mổ (đau quặn thận, nhiễm khuẩn, tụ dịch sau phúc mạc, chảy máu).

Đánh giá hết sỏi sau 4 tuần dựa trên siêu âm và X quang bao gồm:

+ Hết sỏi khi: chụp phim X quang hệ tiết niệu hết sỏi hoặc còn mảnh sỏi ≤ 4 mm.

+ Còn sỏi khi: sót sỏi > 4 mm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2024 – 06/2024 có 26 bệnh nhân được tán sỏi nội soi bằng ống soi mềm với hệ thống hút liên tục tại khoa Nội soi niệu – Bệnh viện Bình Dân, được ghi nhận như sau:

3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Tuổi trung bình là: $46,72 \pm 9,55$ tuổi (35-69).

Có 17 trường hợp bệnh nhân nam chiếm 65,38%, nữ có 9 trường hợp chiếm tỷ lệ 34,62%.

Bệnh lý nội khoa kèm theo thường gặp nhất là tăng huyết áp, với 14 trường hợp chiếm 53,85%.

Có 3 trường hợp thừa cân, béo phì (BMI>23) chiếm 11,54%.

Nhiễm khuẩn hệ tiết niệu trước mổ có 2 trường hợp (7,69%) với triệu chứng lâm sàng sốt và kết quả cấy nước tiểu E.Coli. Cả hai trường hợp được điều trị nhiễm khuẩn ổn trước nội soi ống mềm tán sỏi.

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân (n=26)

Đặc điểm chung	Số trường hợp	Tỷ lệ
Lý do đến khám		
Đau hông lưng	17	65,38%
Sốt	2	7,70%
Sốt sỏi sau tán sỏi niệu quản	1	3,85%
Sốt sỏi sau tán sỏi ngoài cơ thể	2	7,70%
Phát hiện tình cờ	4	15,37%
Đặt JJ trước mổ		
Có	8	30,77%
Không	18	69,23%
Tiền sử		
Mổ mở lấy sỏi thận	3	11,54%
Tán sỏi niệu quản	3	11,54%
Tán sỏi ngoài cơ thể	1	3,85%

Thông qua hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, chúng tôi ghi nhận kích thước sỏi trung bình là 18,5+ 5,6 mm, chi tiết thống kê qua bảng sau:

Bảng 2. Đặc điểm sỏi thận trên chụp cắt lớp vi tính (n=26)

Đặc điểm	Số trường hợp	Tỷ lệ
Vị trí sỏi		
Đài thận	5	19,23%
Bể thận	10	38,46%
Bể thận kết hợp với đài thận	11	42,31%
Số lượng sỏi		
Một viên	6	23,08%
Hai viên	11	42,31%
Ba viên	6	23,08%
> Ba viên	3	11,53%
Kích thước sỏi		
< 10mm	4	15,39%
10-20mm	17	65,38%
>20mm	5	19,23%

Tỷ trọng sỏi		
<1000 HU	9	34,62%
>1000 HU	17	65,38%
Độ ứ nước thận		
Độ I	5	19,23%
Độ II	17	65,38%
Độ III	4	15,39%

3.2. Kết quả điều trị

- Thời gian tán sỏi trung bình là 62,4+17,0 phút (40 – 80 phút)
- Thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình là 2,4 +1,2 ngày (1-6 ngày)
- Hết sỏi sau 4 tuần: 23 trường hợp chiếm 88,46%
- Có 2 trường hợp được tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung chiếm 7,69%



Hình 2. Trước và sau nội soi ống mềm tán sỏi dưới C-arm

Thông kê biến chứng sớm sau mổ, chúng tôi ghi nhận hai trường hợp sốt ở ngày hậu phẫu 2, tuy nhiên kết quả cấy nước tiểu âm tính, một trường hợp bệnh nhân đau quặn thận do mảnh sỏi rớt xuống phải nhập viện lại ở thời điểm hai tuần sau mổ, một trường hợp tiểu máu đến ngày hậu phẫu 5, tất cả được điều trị nội khoa. Ngoài ra, không ghi nhận các biến chứng tổn thương niệu quản, bàng quang trong mổ.

Bảng 3. Các biến chứng sau mổ

Biến chứng sớm	Số trường hợp	Tỷ lệ
Nhiễm khuẩn niệu	2	7,69%
Đau quặn thận	1	3,84%
Tiểu máu	1	3,84%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 26 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu với độ tuổi từ 35 đến 69 tuổi, trung bình $46,72 \pm 9,55$ tuổi, nam giới thường gặp hơn nữ với tỷ lệ lần lượt là 65,38%, và 34,62%. Kết quả

này cũng tương đồng với các tác giả rằng sỏi thận thường gặp ở tuổi trung niên và nam nhiều hơn nữ [2] [14] [15]. Ở độ tuổi trung niên, bệnh nhân thường kèm các bệnh lý mạn tính đi kèm, trong nghiên cứu của chúng tôi tăng huyết áp chiếm đa số với 14 trường hợp. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là đau hông lưng 65,38% tương đồng với một số tác giả như Đặng Phước Đạt 95,8%[6], tác giả Quách Võ Tấn Phát 85,1% [14], tác giả

Phạm Ngọc Hùng 59,2%[15]. Có 2 trường hợp vào viện vì sốt, lo ngại vấn đề nhiễm khuẩn, tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được tầm soát kỹ, đồng thời điều trị triệt để vấn đề nhiễm khuẩn trước mổ, cả 2 trường hợp này sau nội soi ống mềm tán sỏi không ghi nhận biến chứng.

Tiền căn mổ mở lấy sỏi thận cùng bên chiếm đa số các trường hợp 11,4%, tương đồng một sốt tác giả trong nước.

Bảng 4. Tiền căn can thiệp tiết niệu

Tác giả	Tiền căn can thiệp tiết niệu		
	Mổ mở lấy sỏi	Tán sỏi ngoài cơ thể	Tán sỏi niệu quản
Đặng Phước Đạt (n=24)	37,5%	12,5%	-
Phạm Ngọc Hùng (n=98)	6,1%	4,1%	8,2%
Chúng tôi (n=26)	11,54%	3,85%	11,54%

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được mê mask thanh quản hoặc tê tuỷ sống trong quá trình phẫu thuật (bác sĩ gây mê đánh giá trên lâm sàng quyết định phương pháp), mặc khác nhiều tác giả áp dụng phương pháp mê toàn thân trong suốt quá trình nội soi mềm tán sỏi ngược dòng[6] [15] [16]. Các phẫu thuật viên lo ngại nhịp thở của bệnh nhân trong mổ sẽ ảnh hưởng độ chính xác của tia laser, đặc biệt phẫu trường khá nhỏ và khó kiểm soát dễ gây tổn thương niêm mạc đài bể thận. Tuy nhiên chọn phương pháp gây mê hồi sức nhẹ nhàng giúp người bệnh hồi phục nhanh, ra viện sớm và giảm các biến chứng do mê nội khí quản mang lại.

Về vấn đề đặt JJ trước phẫu thuật, nghiên cứu của chúng tôi có 18 bệnh nhân không đặt JJ trước phẫu thuật (69,23%), các trường hợp này được đánh giá lòng niệu quản đủ rộng

qua máy soi niệu quản bán cứng và đặt giá đỡ thuận lợi dưới C-arm. Các trường hợp còn lại được đặt JJ và can thiệp nội soi ống mềm sau. Theo Hội niệu khoa Châu Âu và một số tác giả trong nước cho rằng đặt JJ trước nội soi niệu quản ngược dòng là không cần thiết[6] [16]. Qua kinh nghiệm các trường hợp, chúng tôi nhận thấy rằng máy soi niệu quản bán cứng như một nghiệm pháp đánh giá độ rộng của niệu quản, với kích thước 9,5Fr nếu máy soi không qua được thì khả năng đặt giá đỡ thất bại, mặc khác để kiểm tra đường đi của giá đỡ chúng tôi tiến hành dưới C-arm một số trường hợp khó giúp đảm bảo vị trí và hạn chế tổn thương niệu quản.

Về hiệu quả điều trị, có nhiều thời điểm đánh giá sạch sỏi khác nhau tùy tác giả, chúng tôi đánh giá sạch sỏi ngay trong mổ dưới C-arm và kiểm tra thường quy 4 tuần

sau mổ. Có 3 trường hợp sỏi đài dưới chúng tôi không thể tiếp cận trong lúc mổ, hai trong số đó được tán sỏi ngoài cơ thể bổ sung. Mặc dù đã sử dụng giá đỡ với đầu mềm giúp tiếp cận các đài thận, nhưng có lẽ sỏi đài dưới với

góc cổ đài hẹp vẫn còn là một thách thức với nội soi ống mềm. Về thời gian tán, tỉ lệ sạch sỏi và thời gian nằm viện hậu phẫu của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác.

Bảng 5. So sánh kết quả nội soi ống mềm có kênh hút liên tục

Tác giả	Thời gian tán sỏi (phút)	Tỉ lệ sạch sỏi (%)	Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)
Đặng Phước Đạt (n=24)[6]	55,0±13,0	87,5	2,6±1,3
Hoàng Văn Công (n=78)[16]	67,16±21,19	86,7	2,98±1,99
Zewu Zhu (n=165)[10]	49,7±16,3	82,4	-
Yue Yu (n=152)[13]	56,5	98,11	1,3±0,68
Chúng tôi (n=26)	62,4±17,0	88,46	2,4 ±1,2

Về tai biến sau mổ, chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp nhiễm khuẩn niệu sau mổ (7,69%), không có trường hợp nhiễm khuẩn huyết hoặc sốc nhiễm khuẩn sau mổ. Biến chứng sớm của các tác giả khá tương đồng, như tác giả Zewu Zhu[10] và tác giả Yue Yu[13] ghi nhận sốt sau mổ lần lượt là 5,5% và 5,9%. Hai tác giả trên cùng cho rằng nội soi ống mềm với hệ thống hút liên tục giúp thời gian tán nhanh hơn và ít tai biến hơn phương pháp truyền thống.

V. KẾT LUẬN

Qua 26 trường hợp nội soi ống mềm tán sỏi thận có hệ thống hút liên tục với tỉ lệ sạch sỏi 88,46%, thời gian tán sỏi trung bình 62,4±17,0 phút, thời gian nằm viện hậu phẫu trung bình 2,4 ±1,2 ngày, chúng tôi cho rằng nội soi ống mềm với hệ thống hút liên tục đã bước đầu chứng minh tính an toàn và hiệu quả, là một phương án lựa chọn trong nhiều

phương thức điều trị sỏi thận, góp phần cải tiến kỹ thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Margaret S. Pearle JAA et al (2020), “Urinary Lithiasis: Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis. In: Partin AW”. Campbell Walsh Wein Urology 12th, pp.2005-2035.
2. Hội tiết niệu và thận học Việt Nam (2019), “Dịch tễ học sỏi tiết niệu”, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, tr.6-8.
3. Phan Trường Bảo (2016), “Đánh giá vai trò nội soi ống mềm trong điều trị sỏi thận”, Luận văn Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
4. Hoàng Long và cs (2018), “Hiệu quả ứng dụng nội soi ngược dòng ống mềm điều trị sỏi thận”, Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 22, số 4, tr.213-220.
5. Phạm Ngọc Hùng và cs (2017), “Nghiên cứu ứng dụng nội soi mềm niệu quản ngược

- dòng tán sỏi thận bằng Laser Holmium”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 452, số 1, tr.8-11.
6. **Đặng Phước Đạt và cs** (2023), “Kết quả bước đầu điều trị tán sỏi thận bằng ống soi mềm với hệ thống hút liên tục tại bệnh viện đa khoa Gia Đình Đà Nẵng”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 528, số 7, tr.56-61.
 7. **Phạm Ngọc Hùng và cs**(2024), “Nội soi mềm tán sỏi thận với giá đỡ niệu quản có kênh hút: Kỹ thuật và hiệu quả trên lâm sàng”, Tạp chí Y Dược Huế 2024, tr.87-92.
 8. **Petrisor Geavlete et al** (2024), “Retrograde Intrarenal Surgery for Lithiasis Using Suctioning Devices: A Shift in Paradigm?”, Journal of Clinical Medicine, 13, pp.2493.
 9. **Hua Chen et al** (2024), “Clinical efficacy analysis of tip-flexible suctioning ureteral access sheath combined with disposable flexible ureteroscope to treat 2–4 cm renal stones”, International Urology and Nephrology, 56, pp.3193–3199
 10. **Zhu Z et al** (2019), “Comparison of suctioning and traditional ureteral access sheath during flex-ible ureteroscopy in the treatment of renal stones”, World J Urol, 37, pp.921–929.
 11. **Liang et al**(2023), “Appli-cation of tip-bendable ureteral access sheath in flexible uretero-scope lithotripsy: an initial experience of 224 cases”, BMC Urol, 23, 1, pp.175.
 12. **Zhang Z et al** (2023), “Comparison of traditional and novel tip-flexible suctioning ureteral access sheath combined with flexible ureteroscope to treat uni-lateral renal calculi”. World J Urol, 41, pp.3619–3627.
 13. **Yu Y et al** (2024), “Comparison of novel flexible and traditional ureteral access sheath in retrograde intrarenal surgery”. World J Urol, 42, pp.7.
 14. **Quách Võ Tấn Phát và cs** (2024), “Kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp nội soi ngược dòng tán sỏi bằng ống soi mềm”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 539, tr. 210-216.
 15. **Phạm Ngọc Hùng và cs** (2023), “Ứng dụng thang điểm R.I.R.S trong dự đoán sạch sỏi sau nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống soi mềm tán sỏi đài thận bằng Laser”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 528, tr.136-145.
 16. **Hoàng Văn Công và cs** (2024), “Đánh giá kết quả nội soi ống mềm tán sỏi thận tại bệnh viện Hữu nghị Việt Nam- Cuba Đồng Hới”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 539, tr. 135-141.

PHẪU THUẬT ROBOT CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC – TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ HOÀN TOÀN TRONG CƠ THỂ: KINH NGHIỆM TỪ 1 TRUNG TÂM

Văn Thành Trung¹, Trần Hữu Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng kết kinh nghiệm việc áp dụng phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang bằng ruột trực vị hoàn toàn trong cơ thể để điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện Bình Dân.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu cắt ngang 54 trường hợp phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị từ tháng 03/2020 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Về giới tính, tỉ lệ nam giới là 83,3%. Bệnh nhân có độ tuổi từ 61- 70 tuổi là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 42,6%. Về đặc điểm phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình là 416,4 phút, lượng máu mất trung bình là 421,21 ml. Không ghi nhận tai biến trong mổ và không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,2 ngày. Về biến chứng của phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến chứng hậu phẫu chủ yếu là nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm 27,8%. Các biến chứng như rò nước tiểu, hẹp niệu quản chiếm tỉ lệ 5,5%. Biến chứng ngược dòng bàng quang - niệu quản chiếm 7,4%. Nhiễm trùng vết mổ hầu như không có, chỉ ghi nhận 1 trường hợp. Về chức năng

bàng quang tân tạo, chúng tôi ghi nhận tiểu có kiểm soát ban ngày là 94,7%, tiểu kiểm soát ban đêm là 89,5%. Đạt đường cong học tập từ ca thứ 20.

Kết luận: Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị hoàn toàn trong cơ thể điều trị ung thư bàng quang là an toàn và cho kết quả tốt. Việc tạo hình bàng quang tân tạo hoàn toàn trong cơ thể cho thấy tính khả thi, biến chứng sau mổ thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật robot; Cắt bàng quang tận gốc; Tạo hình bàng quang bằng ruột trong cơ thể

SUMMARY

ROBOTIC RADICAL CYSTECTOMY WITH INTRACORPOREAL NEOBLADDER: EXPERIENCE FROM 1 CENTER

Objective: To summarize the experience of applying robotic radical cystectomy with intracorporeal neobladder reconstruction to treat bladder cancer at Binh Dan Hospital.

Research method: Cross-sectional retrospective description of 54 cases of robotic radical cystectomy with intracorporeal neobladder reconstruction from March 2020 to July 2024 at Binh Dan Hospital, Ho Chi Minh City.

Results: Regarding gender, the male proportion was 83.3%. Patients aged 61-70 years old were the most common, accounting for 42.6%. Regarding surgical characteristics, the average surgical time was 416.4 minutes, the

¹Bệnh viện Bình Dân - Khoa Nội soi niệu

Chịu trách nhiệm chính: Văn Thành Trung

SĐT: 0913984099

Email: bsthanhtrung1512@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

average blood loss was 421.21 ml. There were no recorded intraoperative complications and without open conversion. The average postoperative hospital stay was 7.2 days. Regarding surgical complications, we recorded the rate of postoperative complications mainly urinary tract infections, accounting for 27.8%. Complications such as urinary leakage and ureteral stenosis accounted for 5.5%. Vesicoureteral reflux complications accounted for 7.4%. Surgical site infections were almost non-existent, with only 1 case recorded. Regarding the function of the neobladder, we recorded daytime urinary continent of 94.7% and nighttime urinary continent of 89.5%. The learning curve is the 20th surgery.

Conclusion: Robotic radical cystectomy and intracorporeal neobladder reconstruction for bladder cancer treatment is safe and gives good results. The intracorporeal neobladder reconstruction shows feasibility, low postoperative complications.

Keywords: Robotic; Radical cystectomy; intracorporeal neobladder reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị là lựa chọn tối ưu sau khi cắt bàng quang tận gốc do ung thư. Bàng quang thay thế nối vào niệu đạo giúp bệnh nhân có thể đi tiểu qua đường tự nhiên và là phương thức chuyển lưu nước tiểu mang đến chất lượng cuộc sống sau mổ tốt nhất [1], [2]. Phẫu thuật robot thực hiện được hầu hết các kỹ thuật trong phẫu thuật ngoại niệu và dần trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn cho nhiều bệnh lý niệu khoa trong đó có phẫu thuật cắt ung thư bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị. Vấn đề tạo hình bàng quang trực vị còn đang được phát triển với xu hướng tạo hình hoàn toàn trong cơ thể nhằm tránh đưa ruột

ra ngoài cơ thể giúp giảm thiểu các biến chứng nhiễm trùng, biến chứng đường tiêu hóa. Tuy nhiên vẫn còn những thách thức về mặt kỹ thuật.

Các nghiên cứu lâm sàng có đối chứng giữa 2 phương pháp phẫu thuật robot cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị trong cơ thể so với phẫu thuật mổ mở trên bệnh nhân ung thư bàng quang cho thấy phẫu thuật robot cắt bàng quang và tạo hình bàng quang trực vị hoàn toàn trong cơ thể có kết quả sống còn ở thời điểm 90 ngày sau mổ là nhiều hơn, ít các biến chứng thuyên tắc và biến chứng tại vết mổ hơn, ít mất máu hơn [3], [4]. Việc phát triển kỹ thuật và hoàn thiện dần đường cong học tập, nhiều nghiên cứu với số lượng BN lớn hơn được phẫu thuật robot tạo hình bàng quang trực vị hoàn toàn trong cơ thể ngày càng tăng lên.

Bệnh viện Bình Dân triển khai phẫu thuật robot từ năm 2016, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật trên nhiều loại phẫu thuật niệu khoa và đạt được những thành công nhất định. Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc đã được áp dụng tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi đã thực hiện các kỹ thuật tạo hình bàng quang hoàn toàn trong cơ thể với hỗ trợ của hệ thống robot và cho kết quả bước đầu khá tốt. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu này nhằm tổng kết kinh nghiệm và đánh giá kết quả phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị hoàn toàn trong cơ thể tại Bệnh viện Bình dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả 54 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có hỗ trợ robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị hoàn toàn trong cơ thể từ tháng

03/2020 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh.

Chỉ định phẫu thuật:

BN được chẩn đoán ung thư bàng quang xâm lấn cơ và có chỉ định cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang tân tạo trực vị có tiêu chuẩn như sau:

- T1 nguy cơ cao, T 2-4a, N0, M0.
- Bướu không xâm lấn niệu đạo tuyến tiền liệt ở nam và không xâm lấn cổ bàng quang ở nữ.

Các tiêu chuẩn trên được chẩn đoán trước mổ bằng hình ảnh MRI hoặc CTscan bụng

chậu có cản quang và thực hiện nội soi bàng quang đánh giá tình trạng bướu.

Quy trình phẫu thuật: Tất cả BN đều được phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc.

- BN được gây mê nội khí quản, nằm ngửa.
- Chúng tôi tiến hành thiết lập 6 lỗ trocar trong đó có 4 cánh tay robot và 2 kênh thao tác dành cho người phụ mổ. Vị trí các lỗ trocar như sau: 1 trocar 12mm trên rốn 5 cm cho camera, 3 trocar 8mm cho dụng cụ robot, 2 trocar cho người phụ: 1 trocar 12mm, 1 trocar 5mm.



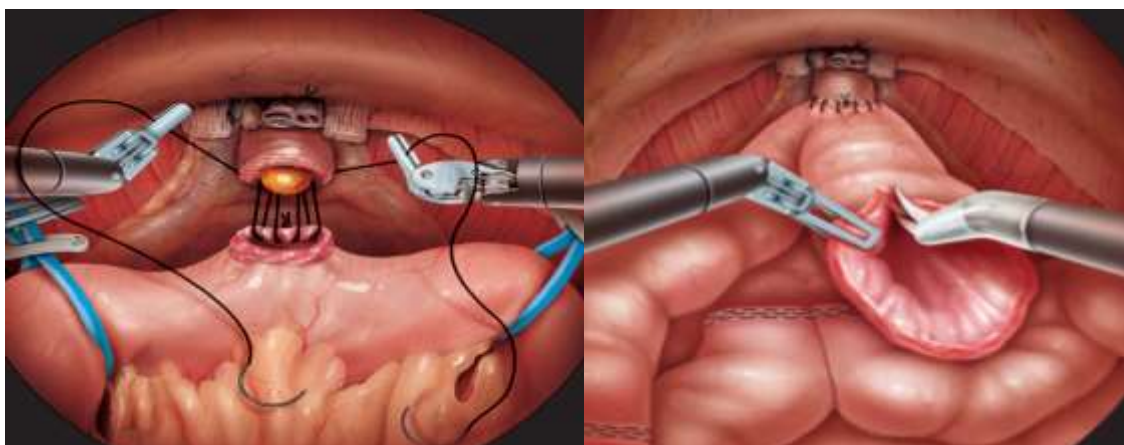
Hình 1: Vị trí các lỗ trocar trong phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc

• Chúng tôi thực hiện cắt bàng quang tận gốc qua hệ thống robot: Nam: cắt bàng quang, tuyến tiền liệt, 2 túi tinh. Nữ: cắt bàng quang, tử cung, thành trước âm đạo.

• Tất cả các BN đều được nạo hạch chậu bịt.

• Phương pháp tạo hình bàng quang tân tạo theo Y- shape như sau: Đoạn hồi tràng cuối 40 cm được chọn để làm bàng quang tân tạo, xẻ ruột bờ tự do ở điểm giữa của đoạn

ruột đã chọn để tạo cổ bàng quang. Khâu nối cổ bàng quang tân tạo vào niệu đạo với chỉ V- loc 3.0. Cắt 2 đầu đoạn ruột và phục hồi lưu thông ruột bằng stapler. Xẻ bờ tự do ruột và khâu tạo hình bàng quang kiểu heart shape (chữ Y). Cầm lại 2 niệu quản vào bàng quang tân tạo kiểu tận - bên với chỉ monosyn 4.0 có lưu thông JJ 7Fr. Mở bàng quang ra da. Ngoài phúc mạc hóa bàng quang tân tạo.



Hình 2: Phương pháp tạo hình bàng quang trực vị hoàn toàn trong cơ thể

Bệnh nhân được thu thập các biến số về lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố trong phẫu thuật như thời gian phẫu thuật, lượng máu mất. Kết quả phẫu thuật được đánh giá qua các yếu tố: thời gian nằm viện, kết quả phẫu thuật, biến chứng. Về chức năng bàng quang tân tạo, chúng tôi đánh giá tỉ lệ tiểu có kiểm soát ban ngày và ban đêm, tỉ lệ đặt thông tiểu sạch cách quãng. Các số liệu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 03/2022 đến tháng 7/2024 tại Bệnh viện Bình Dân, chúng tôi thu nhận được 54 bệnh nhân được phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang

tân tạo trực vị hoàn toàn trong cơ thể. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ nam giới là 83,3%. Bệnh nhân có độ tuổi từ 61- 70 tuổi là thường gặp nhất chiếm tỉ lệ 42,6%.

Về đặc điểm phẫu thuật, thời gian phẫu thuật trung bình là 416,4 phút, trong đó hơn ½ số bệnh nhân có thời gian mổ ít hơn 420 phút. Lượng máu mất trung bình là 421,21 ml, đa phần bệnh nhân mất máu từ 400 – 600ml chiếm tỉ lệ 68,5%. Trong đó chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp truyền máu là do tổn thương động mạch bàng quang, bệnh nhân được cầm máu trong mổ bằng robot không cần mổ mở. Chúng tôi không ghi nhận tai biến trong mổ và không có trường hợp chuyển mổ mở nào.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n=54)	Tỉ lệ (%)
Giới tính	Nam	45	83,3
	Nữ	9	16,7
Nhóm tuổi	< 50t	7	13
	51 - 60t	16	29,6
	61 - 70t	23	42,6
	> 70t	8	14,8
Giai đoạn bệnh sau mổ	T1	6	11,1
	T2	37	68,5
	T3	11	20,4
	N0	49	90,7
	N1	5	9,3

Thời gian phẫu thuật	< 420 phút	32	59,3
	420- 480 phút	19	35,2
	>480 phút	3	5,6
Thời gian phẫu thuật trung bình		416,4 ± 30,2 phút Ngắn nhất: 360 phút; Dài nhất: 550 phút	
Lượng máu mất	< 400 ml	12	22,2
	400-600 ml	37	68,5
	>600 ml	5	9,3
Lượng máu mất trung bình (ml)		421,21 ± 86,2 ml Ít nhất: 300 ml; Nhiều nhất: 1000 ml	
Thời gian nằm viện sau mổ		7,2 ± 2,3 ngày Ngắn nhất: 5 ngày; Dài nhất: 15 ngày	

Bảng 2: Đặc điểm biến chứng của phẫu thuật

Biến chứng	Số bệnh nhân (n=54)	Tỉ lệ (%)
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	15	27,8
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	1,8
Liệt ruột	3	5,5
Rò nước tiểu	3	5,5
Hẹp niệu quản	3	5,5
Ngược dòng bàng quang niệu quản	4	7,4

Sau phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận không có trường hợp bờ biên (+). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7,2 ngày.

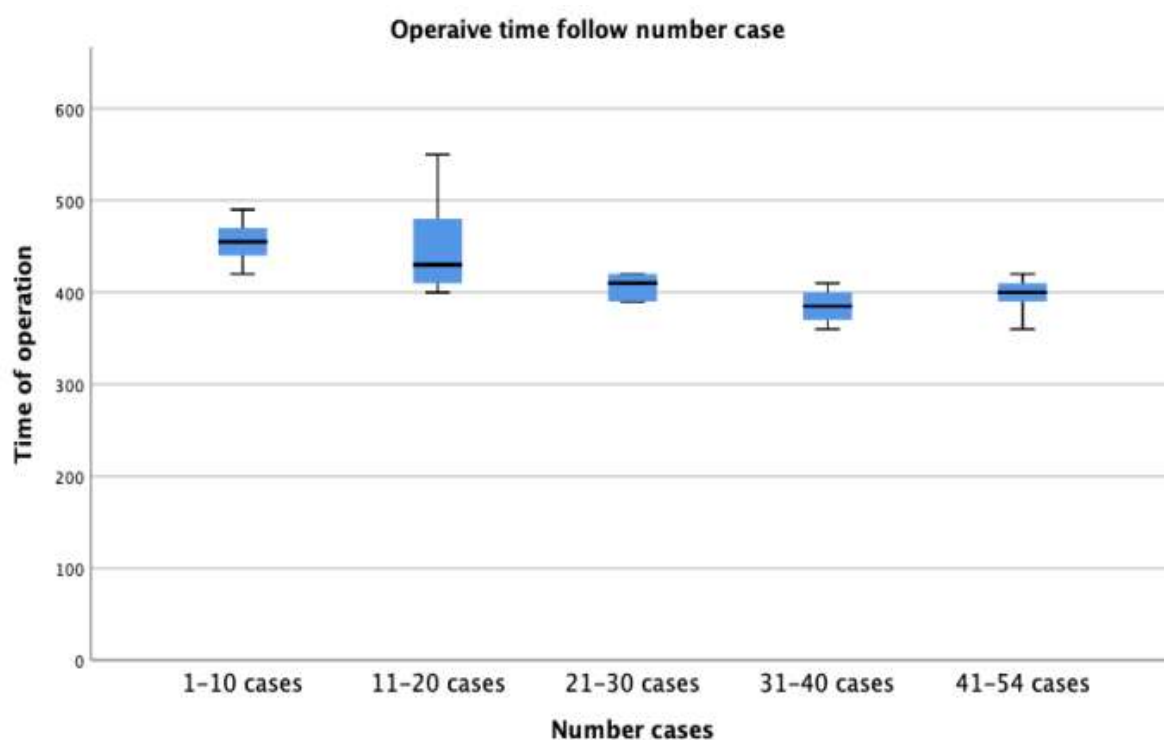
Chúng tôi có thời gian theo dõi trung bình là 8,5 tháng (2 – 18).

Về biến chứng của phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ biến chứng hậu phẫu chủ yếu là nhiễm khuẩn đường tiết niệu chiếm 27,8%. Các biến chứng như rò nước tiểu, hẹp niệu

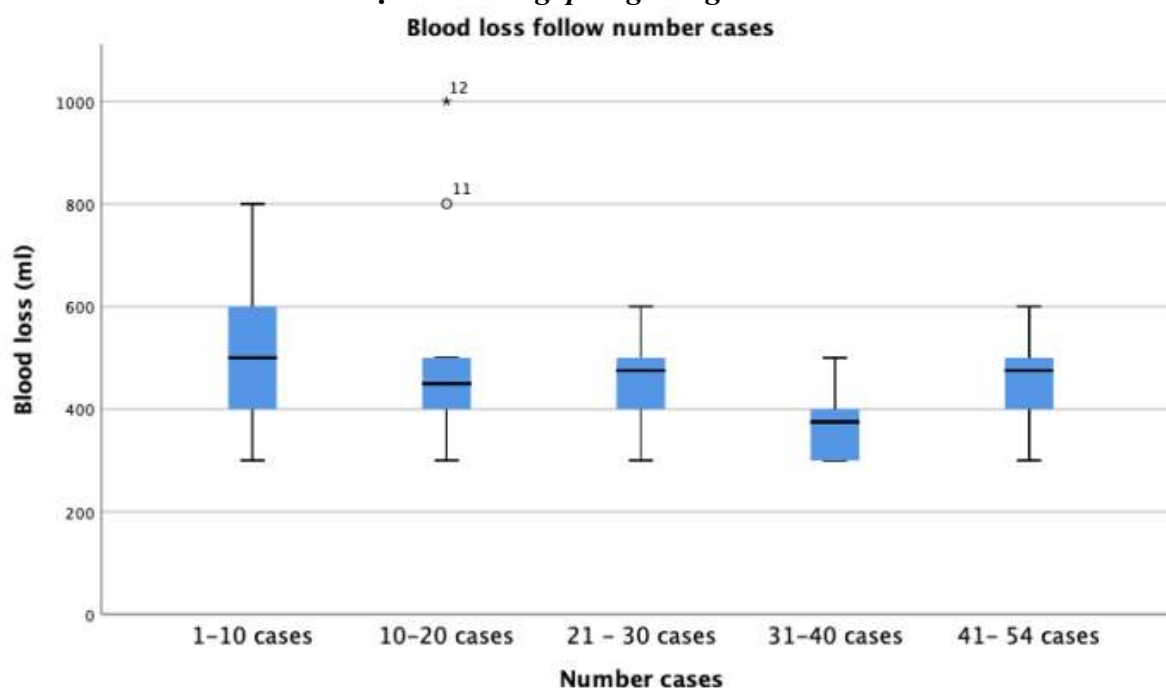
quản chiếm tỉ lệ 5,5%. Biến chứng ngược dòng bàng quang - niệu quản chiếm 7,4%. Nhiễm khuẩn vết mổ hầu như không có, chỉ ghi nhận 1 trường hợp.

Về chức năng bàng quang tân tạo, chúng tôi ghi nhận kiểm soát nước tiểu ban ngày là 94,7% kiểm soát nước tiểu ban đêm là 89,5%.

**Biểu đồ 1: Tỉ lệ bệnh nhân tiểu có kiểm soát tại thời điểm 3 tháng sau mổ**



Biểu đồ 2: Biểu đồ thời gian mổ trung bình theo số ca mổ tạo hình bàng quang trong cơ thể



Biểu đồ 3: Biểu đồ lượng máu mất trung bình theo số ca mổ tạo hình bàng quang trong cơ thể

Từ biểu đồ 2 và 3, chúng tôi nhận thấy việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể có sự tiến bộ dần theo thời gian bằng chứng là rút ngắn được thời gian phẫu thuật và giảm lượng máu mất trong mổ từ ca mổ thứ 20.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật robot cắt bàng quang được thực hiện đầu tiên năm 2003, ngày càng được thực hiện nhiều ở các trung tâm niệu khoa lớn, tăng < 1%, 2004 → 18,5% 2012, gần đây đạt đến 38,7% số TH cắt bàng quang theo IRCC [5]. Năm 2018, tác giả Nguyễn Văn Ân [6] đã báo cáo 12 BN phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang ngoài ổ bụng tại Bệnh viện Bình Dân cho thấy kết quả tốt, thời gian phẫu thuật trung bình là 430 phút và lượng máu mất trung bình là 390 ml. Tiếp bước thành công đó, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo ngoài ổ bụng cho 34 bệnh nhân với thời gian phẫu thuật trung bình đã được rút ngắn hơn là 340 phút (rút ngắn được 1 giờ 30 phút) và giảm lượng máu mất trung bình còn 285ml. Điều này chứng tỏ phẫu thuật robot áp dụng ngày càng thuần thục và hiệu quả hơn.

Hiện nay, với xu hướng xâm lấn tối thiểu, việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể qua robot sau cắt bàng quang tận gốc do ung thư đang được áp dụng ngày càng phổ biến. Một trong những lý do chính là giảm bớt vết mổ mở ở thành bụng, giảm tỉ lệ nhiễm trùng thành bụng và tắc ruột sau mổ [7]

Chúng tôi nhận thấy với 54 trường hợp được tạo hình bàng quang hoàn toàn trong cơ thể, các vấn đề khó khăn được nhận thấy là:

- Việc xác định đoạn ruột được tạo hình bàng quang tân tạo về kích thước, chiều dài trong không gian nội soi là hạn chế và phẫu thuật viên có khuynh hướng sẽ tạo hình bàng quang tân tạo nhỏ hơn so với khi mổ mở.

- Việc khâu nối bàng quang tân tạo vào niệu đạo, khâu tạo hình bàng quang và cắm lại niệu quản bàng quang cần có kỹ thuật tinh tế và đường cong học tập lâu.

- Sử dụng stapler cắt nối ruột qua nội soi rút ngắn thời gian phẫu thuật.

Qua 54 trường hợp, chúng tôi làm chủ dần kỹ thuật tạo hình bàng quang hoàn toàn trong cơ thể với bằng chứng là rút ngắn được thời gian phẫu thuật và lượng máu mất trong mổ (biểu đồ 2 và 3). Các biến chứng sớm hậu phẫu cũng tương đương với các báo cáo trên thế giới. Đây là những dấu hiệu đáng khích lệ để chúng tôi tiếp tục triển khai phương pháp này. Tác giả Collins J.W và cs tổng kết kinh nghiệm tạo hình bàng quang trong cơ thể sau cắt bàng quang ung thư bằng robot trên 67 bệnh nhân (61 nam và 6 nữ) nhận định rằng phẫu thuật này là một phẫu thuật phức tạp, tuy nhiên nếu thực hiện các trung tâm lớn thì sẽ an toàn và hiệu quả tương đương với tạo hình ngoài ổ bụng. Đường cong học tập được hoàn thiện dần sau mỗi 10 ca phẫu thuật với việc giảm thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và tỉ lệ biến chứng sau mổ [8].

Khi so sánh với các tác giả khác trên thế giới, tác giả Gi Q và cs phẫu thuật robot cắt

bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể trên 12 bệnh nhân nam cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là 419 phút, lượng máu mất trung bình là 400ml. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của nghiên cứu là 50%, tỷ lệ nhiễm khuẩn đường tiết niệu là 25%[8]. Tác giả Bianchi R và cs phẫu thuật tạo hình bàng quang trong cơ thể cho 30 bệnh nhân với thời gian phẫu thuật trung bình là 493 phút, lượng máu mất trung bình 470 ml với tỷ lệ biến chứng sau mổ là 46,7% [9]. Tác giả Biondo tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể với phương pháp Vesuvian

cho thấy không có tai biến và biến chứng nào trong phẫu thuật cần phải chuyển mổ mở, thời gian phẫu thuật trung bình là 435 phút và thời gian tạo hình bàng quang tân tạo là 59 phút [10]. Qua đó cho thấy thời gian phẫu thuật, lượng máu mất và các biến chứng sau mổ của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trên thế giới. Như vậy, phẫu thuật tạo hình bàng quang tân tạo trực vị trong cơ thể với robot có tính khả thi. Thời gian phẫu thuật có thể rút ngắn dần nhờ kinh nghiệm và sự quen tay của phẫu thuật viên.

Bảng 3: So sánh với các tác giả trên thế giới [11]

Tác giả	Số bệnh nhân	Thời gian phẫu thuật (phút)	Lượng máu mất (ml)
Acmaca at al (2015)	32	518	412
Schwentner at al (2015)	62	476	385
Hussein at al (2017)	5	357	225
Koie at al (2018)	22	430	300
Chúng tôi (2022)	54	416	421

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang tân tạo trực vị hoàn toàn trong cơ thể điều trị ung thư bàng quang là an toàn và cho kết quả tốt. Việc tạo hình bàng quang tân tạo trong cơ thể bước đầu cho thấy tính khả thi, biến chứng sau mổ có thấp, tuy nhiên cần có nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn để có những đánh giá chính xác hơn về phương pháp phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gakis G, Stenzl A, (2011), “Radical cystectomy and neobladder in the female”,

European Urological Review, 6(1), pp. 33 – 36.

2. Stenzl A, Sherif H, Kuczyk M (2010), “Radical cystectomy with orthotopic neobladder for invasive bladder cancer: A critical analysis of long term oncological, functional and quality of life results”, International Braz J Urol, 36(5), pp. 537 – 547.
3. Catto JWF, Khetrpal P, Ricciardi F, et al (2022). Effect of Robot-Assisted Radical Cystectomy With Intracorporeal Urinary Diversion vs Open Radical Cystectomy on 90-Day Morbidity and Mortality Among Patients With Bladder Cancer: A

- Randomized Clinical Trial. *JAMA*;327(21): 2092–2103.
4. **Wilson, T.G. Guru, K. Rosen, R.C.** (2015). Best practices in robot-assisted radical cystectomy and urinary reconstruction: recommendations of the Pasadena Consensus panel *Eur Urol.* 67:363-375.
 5. **Hu JC, et al** (2016). Perioperative Outcomes, Health Care Costs, and Survival After Robotic-assisted Versus Open Radical Cystectomy: A National Comparative Effectiveness Study. *Eur Urol.*
 6. **Nguyễn Văn Ân, Trần Vĩnh Hưng, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cs** (2018), Kết quả sớm phẫu thuật nội soi robot cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị ngoài cơ thể.
 7. **Gu Q, Xia J, Xu A, Zhang T, Wang Z** (2020). Robot-assisted radical cystectomy with totally intracorporeal neobladder diversion: perioperative, oncologic, and functional outcomes. *Transl Androl Urol* ;9(6):2606-2615.
 8. **Collins J.W., Tyritzis S., Nyberg T. et al** (2014) Robot-assisted radical cystectomy (RARC) with intracorporeal neobladder – what is the effect of the learning curve on outcome?” *BJU Int* , **113**: 100–107 .
 9. **Bianchi, R.; Mistretta, F.A.; Musi, G.; Luzzago, S.; Morelli, M.; Lorusso, V.; Catellani, M.; Di Trapani, E.; Cozzi, G.; Ferro, M.; et al** (2021). Robot-Assisted Intracorporeal Orthotopic Ileal Neobladder: Description of the “Shell” Technique. *J. Clin. Med.*,10, 3601.
 10. **Del Biondo, D.; Napodano, G.; Barone, B.; Iacone, M.; Grillo, M.; Ottaviano, N.; Piccoli, B.; Di Giacomo, F.; Di Domenico, D.; Yazici, S** (2022). The Robotic Intracorporeal Vesuvian Orthotopic Neobladder (VON)—A New Technique for Continent Urinary Diversion: Initial Experience and Description of the Technique. *Appl.Sci*,12,11616.
 11. **Otaola-Arca, H., Coelho, R., Patel, V. R., & Orvieto, M.** (2021). Totally intracorporeal robot-assisted urinary diversion for bladder cancer (Part 1). Review and detailed characterization of ileal conduit and modified Indiana pouch. *Asian journal of urology*, 8(1), 50–62.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Hồ Hoàng Trung¹, Nguyễn Văn Việt Thành¹,
Lý Minh Tùng¹, Tôn Thất Hùng¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Ung thư vú là loại ung thư phổ biến nhất ở phụ nữ, xếp thứ hai sau ung thư phổi về tỷ lệ tử vong. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc ung thư vú ngày càng cao, đặc biệt ở các thành phố lớn. Theo GLOBALCAN 2022, tỉ lệ mắc mới ung thư vú đứng thứ hai sau ung thư phổi ở cả hai giới và đứng thứ nhất ở nữ. Điều trị ung thư vú là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong điều trị, đặc biệt là các ca ung thư vú giai đoạn sớm.

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bình Dân

Phương pháp: Nghiên cứu sử dụng thiết kế hồi cứu mô tả hàng loạt ca, trên những bệnh nhân điều trị phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn 2019 - 2024.

Kết quả: ghi nhận trên 75 bệnh nhân trong nghiên cứu: tai biến trong lúc phẫu thuật là 1,3%, biến chứng sau phẫu thuật gồm hoại tử da vết mổ 1,3%, hở da 2,7%, tụ dịch vết mổ là 5,4% với thời gian phẫu thuật trung bình 161,8 phút, thời gian nằm viện trung bình là 8,4 ngày.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bình Dân có tỷ lệ tai biến biến chứng

thấp, không có biến chứng nặng và thời gian nằm viện ngắn. Điều này cho thấy phẫu thuật điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bình Dân an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Điều trị, ung thư vú, phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF SURGICAL TREATMENT IN BREAST CANCER AT BINH DAN HOSPITAL

Introduction: Breast cancer is the most common type of cancer in women and ranks second only to lung cancer in mortality rates. In Vietnam, the incidence of breast cancer is increasingly high, particularly in major cities. According to GLOBALCAN 2022, the incidence of new breast cancer cases ranks second after lung cancer across both genders and first among women. The treatment of breast cancer involves a multidisciplinary approach, with surgery playing a pivotal role, especially in early-stage breast cancer cases.

Objective: This study aims to evaluate the early outcomes of surgical treatment for breast cancer at Binh Dan Hospital.

Methods: The study employed a retrospective descriptive design involving a series of cases of breast cancer patients who underwent surgical treatment at Binh Dan Hospital from 2019 to 2024.

Results: Among the 75 patients included in the study, intraoperative complications occurred in 1.3% of cases. Postoperative complications included skin necrosis at the surgical site in

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Việt Thành
SĐT: 0977903015

Email: nguyenvanvietthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

1.3%, wound dehiscence in 2.7%, and seroma formation at the surgical site in 5.4%. The average surgical duration was 161.8 minutes, and the average hospital stay was 8.4 days.

Conclusion: Surgical treatment for breast cancer at Binh Dan Hospital demonstrates a low rate of complications and no severe complications, with a short hospital stay. These findings indicate that breast cancer surgery at Binh Dan Hospital is both safe and effective.

Keywords: Treatment, breast cancer, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là bệnh ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ và là nguyên nhân gây tử vong thứ hai sau ung thư phổi tại các nước trên thế giới. Theo GLOBOCAN năm 2022, ước tính có hơn 2,3 triệu trường hợp UTV mới mắc (chiếm 11,6% trong tổng số tất cả các loại ung thư) và tỉ lệ tử vong do UTV là 6,9% (đứng hàng thứ hai trong các trường hợp tử vong do ung thư) [6]. Tại Việt Nam, theo nghiên cứu gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư quốc gia đến năm 2020 cho thấy UTV là bệnh có tỷ lệ mới mắc cao nhất trong các ung thư ở nữ giới. Theo ghi nhận tại Hà Nội năm 2001 – 2004, xuất độ theo tuổi của ung thư này là 29,7/100.000 dân (đứng thứ nhất ung thư ở phụ nữ). Tại miền Nam, theo ghi nhận ung thư năm 2003 của bệnh viện Ung bướu Tp. HCM, xuất độ theo tuổi là 19,4/100.000 dân, cũng là loại ung thư đứng đầu ở phụ nữ [3].

Điều trị UTV là điều trị đa mô thức kết hợp giữa hóa – xạ và phẫu thuật. Tùy theo từng giai đoạn bệnh mà ưu tiên phương thức nào trước, tuy nhiên phẫu thuật luôn là một phần quan trọng trong điều trị UTV còn chỉ định phẫu thuật. William Stewart Halsted là người đã đưa ra phương pháp phẫu thuật đầu tiên là: cắt tuyến vú với vạt da rộng cùng với

cơ ngực lớn và vét bỏ hạch nách cùng bên vào năm 1894. Sau đó D.H. Patey đề cập tới phương pháp cắt tuyến vú nạo hạch kết hợp nạo hạch nách nhưng bảo tồn cơ ngực lớn chỉ cắt bỏ cơ ngực bé và kết quả nghiên cứu sau này cho thấy tỉ lệ sống thêm sau 2 năm của hai phương pháp (Halsted và Patey) là giống nhau. John Madden và Auchincloss đã cải biên phẫu thuật Patey chứng minh có thể nạo hạch triệt để vùng nách và có thể bảo tồn cả cơ ngực lớn lẫn cơ ngực bé đồng thời chứng minh chỉ cần nạo hạch nhóm III khi có dấu hiệu trên lâm sàng. Cho đến nay phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch theo Auchincloss được coi là phẫu thuật chuẩn áp dụng cho UTV các GD I, II và III.

Bệnh viện Bình Dân là một bệnh viện ngoại khoa tuyến cuối tại Tp. Hồ Chí Minh, với nhiều chuyên khoa ngoại điều trị phẫu thuật nhiều bệnh lý đa dạng, phòng phẫu thuật bệnh viện Bình Dân được trang bị nhiều thiết bị cầm máu trong phẫu thuật thông dụng hiện nay như dao đốt điện đơn cực, Bipolar; cao cấp hơn là dao siêu âm và dao Ligasurg giúp hỗ trợ phẫu thuật đạt hiệu quả cao cũng như tiết kiệm thời gian, giảm tỉ lệ tai biến biến chứng sau phẫu thuật. Khoa Lồng ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân là khoa có lịch sử lâu đời tại bệnh viện điều trị nhiều mặt bệnh liên quan trong đó ung thư vú là một trong những mặt bệnh khoa chịu trách nhiệm điều trị chính.

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện với mục đích đánh giá kết quả sớm phẫu thuật điều trị ung thư vú tại khoa ngoại Lồng ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 75 trường hợp ung thư vú được điều trị phẫu thuật tại khoa ngoại Lồng

ngực – Bướu cổ bệnh viện Bình Dân trong giai đoạn 2019 – 2024.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt ca. Số liệu được thu thập trên hồ sơ bệnh án.

Lựa chọn bệnh: Bệnh nhân ung thư vú điều trị phẫu thuật theo phương pháp Auchincloss, có sử dụng dụng cụ hàn mạch hỗ trợ (dao siêu âm hoặc Ligasure). Bệnh nhân có nguyện vọng điều trị phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch, chưa hoặc không có nhu cầu tạo hình trong một lần phẫu thuật. Không

ghi nhận tiền căn bệnh lý nội khoa nặng đi kèm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

❖ Đặc điểm nhóm bệnh nghiên cứu

Dịch tễ - Lâm sàng

Tuổi trung bình: 56.

Bệnh nhân trẻ tuổi nhất: 37.

Bệnh nhân lớn tuổi nhất: 77.

Tổn thương u

Vú trái: 27/75 (36%)

Vú phải: 48/75 (64%)

Bảng 1. Vị trí u ác tính

Vị trí u ác tính	Số trường hợp	Tỷ lệ
¼ trên ngoài	46	61,3%
¼ trên trong	16	21,3%
¼ dưới ngoài	8	10,7%
¼ dưới trong	5	6,7%
Tổng	75	100%

Nhận xét: U nằm ở vú phải chiếm đa số với 48/75(64%) trường hợp và nằm chủ yếu ở vị trí ¼ trên ngoài với 46/75(61,3%) trường hợp

❖ Giai đoạn bệnh

Bảng 2. Giai đoạn bệnh lâm sàng

Giai đoạn	TNM	Số trường hợp	Tỷ lệ
IIA	T2N0M0	29	38,6%
IIB	T2N1M0	11	14,7%
	T3N0M0	17	22,6%
IIIA	T3N1M0	14	18,7%
	T3N2M0	2	2,7%
IIIB	T4N1M0	2	2,7%

Nhận xét: Giai đoạn bệnh lâm sàng ở giai đoạn II chiếm đa số với 47/75(75,9%) trường hợp.

❖ Phẫu thuật

Đường rạch da:

- Đường ngang: 24/75 (32%)

- Đường chéo: 51/75 (68%)

Thời gian phẫu thuật trung bình: 161,8 phút. Máu mất trung bình: 93,8 ml

Bảng 3. Lượng máu mất theo T

Kích thước bướu	T2 n=40	T3 n=33	T4 n=2	p*
Lượng máu mất				
Lượng máu mất (ml)	77,5	87,3	162,8	<0,05

*Kiểm định Anova

❖ **Hậu phẫu**

Thời gian rút dẫn lưu trung bình: 5,6 ngày

Số ngày nằm viện trung bình: 8,4 ngày

❖ **Giải phẫu bệnh**

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh mô tuyến vú

Giải phẫu bệnh mô tuyến vú	Số trường hợp	Tỷ lệ
Carcinom ống tuyến vú xâm nhập dạng NOS	71	94,6%
Carcinom tiểu thùy tuyến vú	2	2,7%
Carcinom tuyến vú dạng tiết nhầy	2	2,7%
Tổng	75	100%

Nhận xét: kết quả Carcinom ống tuyến vú xâm nhập chiếm đa số với 71/75(94,5%) trường hợp.

Bảng 5. Số trường hợp di căn hạch nách

Giai đoạn bệnh lâm sàng	Số trường hợp	Tỷ lệ
Giai đoạn II	8	10,6%
Giai đoạn III	15	20%
Tổng	23	30,6%

❖ **Tai biến biến chứng**

Bảng 6. Tai biến – Biến chứng

Tai biến – Biến chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ
Trong lúc phẫu thuật		
Rách tĩnh mạch nách	1	1,3%
Sau phẫu thuật		
Hoại tử da	1	1,3%
Hở da	2	2,7%
Tụ dịch vết mổ	4	5,4%
Tổng	8	10,7%

Nhận xét: Tỷ lệ tai biến – Biến chứng chung là 8/75(10,7%) số trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

❖ **Đặc điểm nhóm bệnh nghiên cứu**

Dịch tễ - Lâm sàng

Nhóm bệnh nhân trong độ tuổi từ 36 – 77 tuổi được phẫu thuật đoạn nhũ nạo hạch nách tại bệnh viện Bình Dân trong 5 năm có tuổi trung bình là 56. Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân trong độ tuổi 50 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (37,3%) so với các nhóm tuổi khác. Ghi nhận này khác với khảo sát của tác giả Hứa Chí Minh với độ tuổi mắc bệnh chủ yếu

là 40 – 50^[4]. Điều này cho thấy phụ nữ trong nhóm nghiên cứu ở độ tuổi mãn kinh giai đoạn đầu thuộc nhóm có nguy cơ UTV cao, nhóm phụ nữ này cần chú ý đến sự thay đổi về mô tuyến vú để khám tầm soát để điều trị kịp thời, tránh bỏ sót UTV.

Tổn thương u

Vị trí u ghi nhận được ở vú phải là 48 trường hợp chiếm 64% và 27 trường hợp u ở vú trái chiếm 36%. Đặc điểm này khác với nghiên cứu của tác giả Hứa Chí Minh với tỷ lệ u nằm ở vú trái chiếm đa số với tỷ lệ 54,2%^[4]. Tuy nhiên, về định khu nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận vị trí u nhiều nhất ở

vị trí ¼ trên ngoài chiếm 61,3%, tỷ lệ này khá tương đồng với tác giả ở trên với u nằm ở vị trí ¼ trên ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất so với các vị trí còn lại^[4].

Giai đoạn bệnh

Số trường hợp ở GD II ghi nhận nhiều nhất (75,9%), tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của He^[7]. Tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Chân Hùng thì đa số các trường hợp UTV ghi nhận được ở giai đoạn III với tỷ lệ là 53,9%^[2]. Điều này cho thấy có sự thay đổi rõ rệt về giai đoạn bệnh khi bệnh nhân bắt đầu có nhận thức hơn về bệnh UTV và đến khám điều trị ở giai đoạn bệnh sớm hơn so với những năm về trước.

❖ Phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 161,8 phút, dài hơn Vũ Anh Tuấn với trung bình là 60 phút^[5]. Nguyên nhân là do để đảm bảo an toàn về ung thư trong tất cả các trường hợp chúng tôi đều thực hiện phẫu thuật đoạn nhũ và nạo hạch nách thường quy bất kể giai đoạn lâm sàng dẫn đến kéo dài thời gian phẫu thuật. Theo chúng tôi việc nạo hạch nách đến thời điểm hiện tại vẫn là phương pháp chính xác nhất để đánh giá hạch di căn đồng thời làm giảm số lượng tái phát tại chỗ của bệnh nhân ung thư vú so với các phương pháp điều trị khác.

Lượng máu mất trung bình là 93,8 ml, kết quả này gần giống với nghiên cứu của Khan với lượng máu mất trung bình là 100 ml^[8]. Ghi nhận có sự liên quan giữa kích thước bướu và lượng máu mất trong phẫu thuật với lượng máu mất tăng dần theo T theo bảng 3.

Trung bình số hạch nách nạo được trong nhóm nghiên cứu là 16 hạch, số lượng hạch nách nạo được của chúng tôi nhiều hơn tác giả Khan là 13 hạch^[8].

❖ Hậu phẫu

Thời gian rút dẫn lưu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,6 ngày, ngắn hơn với thời gian rút dẫn lưu trung bình của tác giả Khan là 12 ngày^[8]. Tuy nhiên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian nằm viện trung bình là 8,4 ngày, ngắn hơn thời gian nằm viện của tác giả He là 11,5 ngày^[7].

❖ Giải phẫu bệnh

Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận được sau phẫu thuật đa số là carcinoma ống tuyến vú xâm nhiễm dạng NOS (94,7%). Kết quả này tương đương mô tả của Hứa Chí Minh với Carcinôm ống tuyến vú xâm nhập dạng NOS chiếm 90,7%^[4]. Tuy nhiên do kết quả giải phẫu bệnh được ghi nhận tại thời điểm bệnh nhân đã xuất viện nên khi có kết quả hóa mô miễn dịch khả năng tỷ lệ này có thể thay đổi.

Tình trạng di căn hạch nách giúp đánh giá chính xác giai đoạn bệnh sau phẫu thuật, hỗ trợ cho việc điều trị tiếp theo cho bệnh nhân cũng như dự đoán nguy cơ tái phát. Tỷ lệ di căn hạch nách trong nghiên cứu có 23 trường hợp (30,6%), kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đỗ Thùy Giang với tình trạng di căn hạch nách ghi nhận sau phẫu thuật của nhóm bệnh nhân giai đoạn I – II^[1].

❖ Tai biến biến chứng

Trong nghiên cứu có 1 trường hợp rách tĩnh mạch nách (1,3%) khi nạo hạch tuy nhiên vị trí rách được xử lý tức thì nên lượng máu mất không đáng kể và bệnh nhân không phải truyền máu. Biến chứng sau phẫu thuật chủ yếu là tụ dịch sau khi rút dẫn lưu có 4 trường hợp (5,4%), ngoài ra không có tai biến biến chứng nặng. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung của chúng tôi là 10,7% thấp hơn so với tác giả Vũ Anh Tuấn là 16,66%^[5].

V. KẾT LUẬN

Qua 75 trường hợp bệnh nhân UTV được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân ghi nhận trong thời gian 5 năm từ 2019 – 2024 chúng tôi rút ra được kết luận sau: phẫu thuật điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bình Dân có tỉ lệ tai biến biến chứng thấp, không có biến chứng nặng và thời gian nằm viện ngắn. Điều này cho thấy phẫu thuật điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bình Dân an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đỗ Thùy Giang, Nguyễn Chấn Hùng, Trần Văn Thiệp (2008).** Khảo sát tỉ lệ di căn hạch nách trong ung thư vú giai đoạn I - II tại Bệnh viện Ung Bướu Tp. Hồ Chí Minh. Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 12, số 4, trang 282 - 289.
2. **Nguyễn Chấn Hùng, và cộng sự (1993).** Ghi nhận ung thư tại Trung tâm Ung Bướu Tp. Hồ Chí Minh, năm 1990-1991-1992, Tài liệu của Trung tâm Ung Bướu Tp. Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Chấn Hùng, và cộng sự (2004).** Dịch tễ học ung thư đại cương về phương pháp ghi nhận ung thư quần thể, trong Ung bướu học nội khoa. NXB Y học, trang 15-20.
4. **Hứa Chí Minh, Hứa Thị Ngọc Hà, Nguyễn Sào Trung (2008).** Nghiên cứu độ mô học của ung thư vú xâm nhập, Y học Tp Hồ Chí Minh, tập 12, số 1, trang 368-372.
5. **Vũ Anh Tuấn, Trần Hữu Vinh (2014).** Kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến vú nạo vét hạch nách sau xạ trị trong điều trị ung thư vú tại bệnh viện Bạch Mai, Y học thực hành, tập 907, số 3, trang 62-65.
6. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R L, et al (2024).** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 74, pp. 229-263.
7. **He Q, Zhuang D, Zheng L, Fan Z, et al (2012).** Harmonic focus versus electrocautery in axillary lymph node dissection for breast cancer: a randomized clinical study, Clin Breast Cancer, 12 (6), pp. 454-458.
8. **Khan S, Khan S, Chawla T, Murtaza G (2014).** Harmonic scalpel versus electrocautery dissection in modified radical mastectomy: a randomized controlled trial, Ann Surg Oncol, 21 (3), pp. 808-814.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI UNG THƯ TRỰC TRÀNG Ở BỆNH NHÂN SAU HÓA TRỊ TÂN HỖ TRỢ

Nguyễn Dương Anh Trường¹,
Nguyễn Thanh Phong¹, Võ Chí Nguyễn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng ở bệnh nhân sau hoá trị tân hỗ trợ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca trên 31 bệnh nhân được hóa trị tân hỗ trợ và phẫu thuật nội soi cắt trực tràng tại khoa ngoại tiêu hóa, bệnh viện Bình Dân từ tháng 1/2021 đến tháng 9/2024.

Kết quả:

Tuổi trung bình là $58,4 \pm 10,7$, tỉ lệ nam/nữ = 1,8/1. Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu sau mỗi hóa trị. Có 18 trường hợp (56,3%) giảm giai đoạn. 9 trường hợp (28,1%) không thay đổi giai đoạn, 4 trường hợp (12,5%) tăng giai đoạn sau hóa trị.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $237,9 \pm 70,8$, có 24 trường hợp được phẫu thuật nội soi cắt trước/trước thấp, có 6 trường hợp được phẫu thuật Miles, có 1 trường hợp được phẫu thuật Hartmann, có 13 trường hợp được mở hồi tràng ra da, số lượng hạch nạo vét được ≥ 12 hạch là 19 trường hợp (61,3%), diện cắt dưới u ≥ 2 cm là 20 trường hợp (65,6%), tất cả diện cắt đều không có tế bào ung thư (R0), có 1 trường hợp xì rò

miệng nối, 2 trường hợp miệng nối, 1 trường hợp tổn thương niệu đạo, 2 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, tỉ lệ biến chứng chung là 19,4%.

Kết luận: Hóa trị tân hỗ trợ tân hỗ trợ với ung thư trực tràng có tỉ lệ đáp ứng 25,8%, làm giảm giai đoạn kích thước khối u, giảm giai đoạn khối u sau hóa trị tân hỗ trợ, cải thiện đáng kể phẫu thuật nội soi triệt căn.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, hóa trị tân hỗ trợ, ung thư trực tràng

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER IN PATIENTS AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Objective: Early evaluation of the outcomes of laparoscopic surgery for rectal cancer in patients undergoing neoadjuvant chemotherapy.

Subjects and Methods: A retrospective descriptive study of 31 patients who underwent neoadjuvant chemotherapy followed by laparoscopic rectal resection at the Department of Gastrointestinal Surgery, Binh Dan Hospital, from January 2021 to September 2024.

Results:

All patients underwent abdominal and pelvic computed tomography after each chemotherapy session. There were 18 cases (56.3%) with downstaging, 9 cases (28.1%) with no change in stage, and 4 cases (12.5%) with stage progression after chemotherapy.

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Dương Anh Trường

SĐT: 0788039849

Email: at27031997@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

The mean age was 58.4 ± 10.7 years, with a male-to-female ratio of 1.8:1. The average surgery duration was 237.9 ± 70.8 minutes. Among the cases, 24 patients underwent laparoscopic low/anterior resection, 6 underwent Miles' surgery, and 1 underwent Hartmann's procedure. Additionally, 13 patients had a stoma created. A total of 19 cases (61.3%) had ≥ 12 lymph nodes harvested, while 20 cases (65.6%) had a distal resection margin of ≥ 2 cm. All resection margins were free of cancer cells (R0). There was 1 case of anastomotic leakage, 2 cases of anastomotic stenosis, 1 case of urethral injury, and 2 cases of surgical site infection, leading to an overall complication rate of 19.4%. **Conclusion:** Neoadjuvant chemotherapy for rectal cancer has a response rate of 25.8%, reduces tumor size and stage after neoadjuvant chemotherapy, and significantly improves radical laparoscopic surgery.

Keywords: laparoscopic surgery, neoadjuvant chemotherapy, rectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là ung thư thường gặp của đường tiêu hóa. Tỷ lệ mắc bệnh ngày càng cao, có xu hướng trẻ hóa và đứng thứ ba về tỉ lệ mắc mới, đứng thứ tư về tỷ lệ tử vong do ung thư. Theo GLOBOCAN năm 2018, ung thư đại trực tràng là bệnh ung thư phổ biến ở nam và thứ 2 ở nữ, với 1.8 triệu trường hợp mới và gần 861.000 ca tử vong^{1,2}. Hiện nay, điều trị ung thư trực tràng đã có nhiều tiến bộ với phương pháp điều trị đa mô thức phối hợp với phẫu thuật, trong đó phẫu thuật là phương pháp đóng vai trò chủ yếu.

Hóa trị tân hỗ trợ đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn cho bệnh ung thư trực tràng tiến triển tại chỗ. Hóa trị tân hỗ trợ không chỉ có thể làm giảm kích thước khối u và tái phát, mà còn tăng tỉ lệ cắt bỏ khối u và

tỷ lệ giữ lại hậu môn với tác dụng phụ rất nhẹ. Ung thư trực tràng giữa và thấp có thể được hưởng lợi nhiều hơn từ hóa trị tân hỗ trợ hơn ung thư trực tràng cao. Hóa trị tân hỗ trợ kết hợp với phẫu thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TME) trở thành tiêu chuẩn điều trị đối với ung thư trực tràng giữa và thấp, không chỉ giảm tỉ lệ tái phát tại chỗ, đạt được sự giảm giai đoạn khối u, đạt được diện cắt sạch R0 mà còn giúp bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn mô bệnh học³. Thêm vào đó, hóa trị tân hỗ trợ có thể gây ra phù nề mô, dẫn đến mất mặt phẳng phẫu thuật, gây thách thức cho phẫu thuật viên, nhất là những bệnh nhân có khung chậu hẹp⁴.

Ở bệnh viện Bình Dân, phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng là một phẫu thuật thường gặp, nhất là bệnh nhân có khối ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển, được hóa trị tân hỗ trợ trước mổ, sau đó được phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Tuy nhiên, cho đến nay, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu trong nước về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: ***“Đánh giá đáp ứng hóa trị tân hỗ trợ của khối u trực tràng và kết quả sớm phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng ở bệnh nhân sau hóa trị tân hỗ trợ ở Bệnh viện Bình Dân”***.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu, ghi nhận 31 trường hợp bệnh nhân ung thư trực tràng đã hóa trị tân hỗ trợ theo phác đồ Bộ Y Tế Việt Nam 2021 được PTNS cắt trực tràng tại bệnh viện Bình Dân, thành phố Hồ Chí Minh. Nghiên cứu thu thập những thông tin về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, vị trí u, giai đoạn khối u trước hóa trị và sau hóa trị tân hỗ trợ, đáp ứng khối u theo RECIST. Kết quả phẫu thuật thu thập các thông tin các loại

phẫu thuật, tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ, số lượng hạch nạo vét được, tỉ lệ diện cắt âm tính, giai đoạn bệnh, đáp ứng mô học hoàn toàn

Các thông tin từ mẫu bệnh án được mã hóa, làm sạch kiểm định bằng test thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 27.0, Excel 2019 để xử lý số liệu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân ung thư trực tràng đã được chẩn đoán qua nội soi đại tràng và sinh thiết, hóa trị tân hỗ trợ ít nhất 2 chu kì

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật nội soi triệt căn ung thư trực tràng sau hóa trị

Có hồ sơ bệnh án đầy đủ lưu trữ tại bệnh viện Bình Dân

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân ung thư trực tràng đang hóa trị tân hỗ trợ xuất hiện các biến chứng như tắc ruột, thủng u,... phải can thiệp phẫu thuật

Y đức: Tất cả hồ sơ bệnh án chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không được sử dụng bất kì mục đích nào khác. Hồ sơ bệnh án trong nghiên cứu được sử dụng khi sự chấp thuận lấy mẫu của bệnh viện Bình Dân

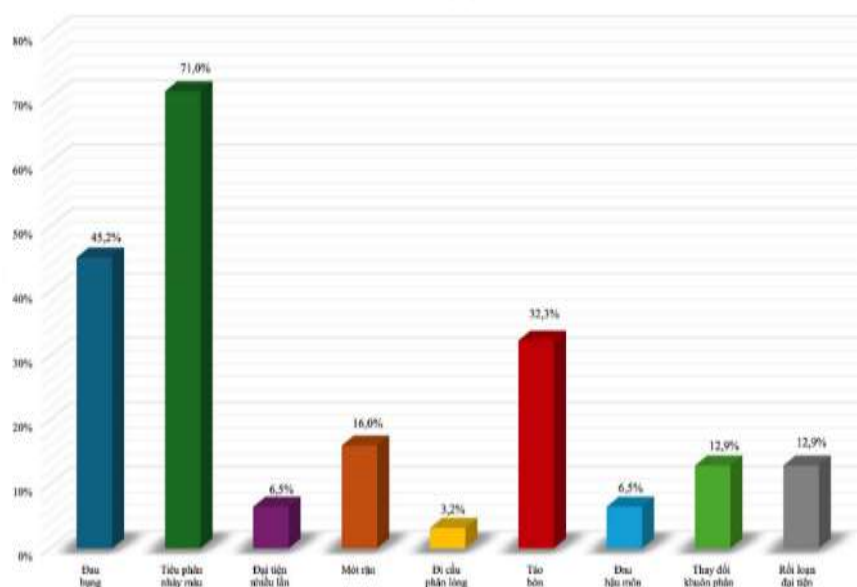
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		58,4 ± 10,7 (35-79 tuổi)	
Giới	Nữ	11	35,5
	Nam	20	64,5

Nhận xét: Tuổi mắc bệnh trung bình là 58,4 ± 10,7, tuổi trẻ nhất là 35 và tuổi cao nhất là 79, tỉ lệ giới tính nam/nữ là 1, 81/1



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân trước hóa trị tân hỗ trợ

Nhận xét: Các triệu chứng thường gặp nhất là đi tiêu phân nhầy nhớt máu (71%), đau bụng (45,2%).

Bảng 2: Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		n	Tỉ lệ (%)
Vị trí u trực tràng	Thấp (<5cm)	11	35,5
	Trung bình (5-10cm)	15	48,4
	Cao	5	16,1
Hình dạng khối u	Sùi	27	87,1
	loét	3	9,7
	Thâm nhiễm	1	3,2

Đặc điểm hóa trị

Hóa chất	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Flurouracil + Leucovorin + Irinotecan	28	90,3
Capecitabine + Oxaliplatin	3	9,7

Nhận xét: Số chu kì ít nhất 3 chu kì, nhiều nhất 8 chu kì.

Đánh giá sau hóa trị: Tất cả bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu sau mỗi hóa trị. Có 18 trường hợp (56,3%) giảm giai đoạn. 9 trường hợp (28,1%) không thay đổi giai đoạn, 4 trường hợp (12,5%) tăng giai đoạn sau hóa trị

Bảng 3: Thở tích khối u so với chu vi trực tràng

Thở tích khối u so với chu vi trực tràng	Trước hóa trị		Sau hóa trị	
	n	%	n	%
Dưới ¼ chu vi	0	0	0	0
Từ ¼ đến dưới ½ chu vi	1	3,2	4	12,9
Từ ½ đến dưới ¾ chu vi	5	16,1	15	48,4
Từ ¾ đến dưới 4/4 chu vi	19	61,3	10	32,3
4/4 (toàn bộ chu vi)	6	19,4	2	6,5

$p=0,007$ (kiểm định Fisher)

Nhận xét: Trước hóa trị, thở tích u chiếm từ ¾ đến dưới 4/4 chiếm tỉ lệ cao nhất (61,3%), kế tiếp là chiếm toàn bộ chu vi (4/4) chiếm tỉ lệ 19,4%. Sau hóa trị thì thở tích u từ ¼ chu vi đến dưới ¾ chu vi chiếm tỉ lệ cao nhất (48,4%), thở tích u chiếm từ ¾ đến dưới 4/4 chu vi giảm còn 32,3%

Bảng 4: Giai đoạn khối u (T) trước và sau hóa trị tân hỗ trợ thông qua MRI vùng chậu

Giai đoạn		Trước hóa trị		Sau hóa trị	
		Số lượng	%	Số lượng	%
Khối u	T0	0	0	0	0
	T1	0	0	1	3,2
	T2	0	0	6	19,4
	T3	12	38,7	17	54,8
	T4	19	61,7	7	22,6

$P= 0,001$ (kiểm định Fisher)

Bảng 5: Giai đoạn di căn hạch (N) trước và sau hóa trị tân hỗ trợ thông qua MRI vùng chậu

Giai đoạn		Trước hóa trị		Sau hóa trị	
		N	%	N	%
Khối u	N0	2	6,5	13	42
	N1a	18	58,1	17	55
	N1b	1	3,2	0	0
	N2	10	32,2	1	3

 $p < 0,001$ (Kiểm định Fisher)**Bảng 6: Kích thước khối u trước hóa trị và sau hóa trị**

Bảng 6: Kích thước khối u trước hóa trị và sau hóa trị

Kích thước khối u trước hóa trị tân hỗ trợ		
<50 mm	15	48,4
≥ 50 mm	16	51,6
Trung bình	49,4 ± 16,3	
Min- Max	17-80	
Kích thước khối u sau hóa trị tân hỗ trợ		
<50 mm	18	58
≥ 50 mm	13	41
Trung bình	41,8 ± 17	
Min- Max	11-80	

 $p = 0.016$ (Kiểm định paired T-test)

Nhận xét: Trước hóa trị, tất cả trường hợp ở giai đoạn T3 (38,7%) và T4 (61,7%), trường hợp N1a chiếm tỉ lệ cao nhất với 58,1%, kế tiếp là N2 với 32,2%. Sau hóa trị, thì có 1 trường hợp ở giai đoạn T1 (3,2%), 6 trường hợp ở giai đoạn T2 (19,4%), T4 giảm còn 7 trường hợp (22,6%). Trong khi đó, số trường hợp N0 tăng từ 6,5% trước hóa trị tân hỗ trợ lên 42% sau hóa trị tân hỗ trợ

Bảng 7: Đáp ứng hóa trị của khối u theo RECIST

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	0	0
Đáp ứng một phần	8	25,8
Đáp ứng ổn định	16	51,6
Đáp ứng tiến triển	7	22,6
Tổng	31	100

Kết quả sớm điều trị phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng ở bệnh nhân sau hóa trị tân hỗ trợ

Bảng 8: Phân loại phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật		K trực tràng cao	K trực tràng giữa	K trực tràng thấp
		N(%)	N(%)	N(%)
Triệt căn	Bảo tồn cơ thắt	5(100)	13(86,7)	7(63,6)
	Phẫu thuật Miles	0	0	6 (19,3)
	Hartmann	0	1 (3,2)	0
Không triệt căn	Mở HMNT trên u	0	0	0
Mở hồi tràng ra da		2(40)	7(46,7)	4(36,4)
Chuyển mổ mở		0	0	0

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi cắt bỏ u, không có bệnh nhân mổ hậu môn nhân tạo trên dòng, không có bệnh nhân nào chuyển mổ hở

Bảng 9: Tai biến trong mổ và biến chứng sau phẫu thuật

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chảy máu trocar	2	6,5
Xì dò miệng nối	1	3,2
Hẹp miệng nối	2	6,5
Tổn thương niệu đạo	1	3,2
Nhiễm trùng vết mổ	2	6,5

Nhận xét: Trong mổ, có 2 trường hợp chảy máu trocar (6,5%). Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 19,4%, trong đó hẹp miệng nối và nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ cao nhất (6,5%)

Bảng 10: Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Trung bình	Min - Max
	7,5 ± 1,4	6-11

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 12 ngày, nằm ngắn nhất là 6 ngày, lâu nhất là 11 ngày

Bảng 11: Đặc điểm mô bệnh học sau mổ

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoảng cách cực dưới u đến diện cắt (cm)		
< 2 cm	11	34,4
≥ 2 cm	20	65,6
Mặt cắt		
R0	31	100
R1	0	0
CRM giải phẫu bệnh		
< 1 mm	5	15,6
≥ 1 mm	26	84,4

Giai đoạn u sau phẫu thuật		
T0	3	9,4
T1	2	6,3
T2	17	53,1
T3	7	21,9
T4	2	96,9
Giai đoạn hạch sau phẫu thuật		
N0	17	53,1
N1 (1-3 hạch)	12	37,6
N2 (≥ 4 hạch)	2	9,3
Đáp ứng mô bệnh học sau mổ		
Đáp ứng hoàn toàn	3	9,4

Nhận xét: Diện cắt dưới cách u ≥ 2 cm ghi nhận thấy ở 20 trường hợp (65,6%), 11 (34,4%) trường hợp có diện cắt dưới cách u < 2 cm, 100% các trường hợp đều đạt được diện cắt R0. Diện cắt vòng quanh trực tràng CRM dương tính (< 1 mm) ở 5 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 15,6%. Số lượng hạch nạo vét được ≥ 12 hạch là 19 trường hợp (61,3%), 9,4% trường hợp đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn

IV. BÀN LUẬN

Kết quả hóa trị tân hỗ trợ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở bệnh nhân ung thư trực tràng sau hóa trị thì u ở giai đoạn T4 giảm 61,7% còn 22,6%. Trước hóa trị, tất cả u ở giai đoạn T3, T4; sau khi hóa trị thì có 1 u giảm tới giai đoạn T1(3,2%), 6 u ở giai đoạn T2 (19,4%). Sự giảm giai đoạn này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc⁵ ở bệnh viện Đà Nẵng với 39 bệnh nhân thì kết quả cho thấy so với trước hóa xạ trị trước mổ, số u giai đoạn T4 giảm từ 18% xuống 10,3%, T3 giảm từ 76,9% xuống 25,6% và sự giảm này có ý nghĩa thống kê

Mức độ di căn hạch của nghiên cứu chúng tôi kết quả cho thấy mức độ di căn hạch giảm đáng kể, hạch N2 giảm từ 32,2% xuống còn 3%, tỉ lệ bệnh nhân không còn di căn hạch sau hóa trị tăng từ 6,5% lên 42%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các kết quả nghiên cứu khác: nghiên cứu của tác giả Trương Thu Hiền⁶ cho thấy sau hóa xạ trị trước mổ thì tỉ lệ bệnh nhân không có di căn hạch vùng tăng 31,3%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình khối u trước hóa trị là $49,4 \pm 16,3$, sau hóa trị là $41,8 \pm 17$, sự giảm kích thước của khối u sau hóa trị tân hỗ trợ có ý nghĩa thống kê ($p = 0,016$). Qua đó ta thấy rằng hóa trị tân hỗ trợ tiêu diệt tế bào ung thư hoặc ngăn chặn sự phân chia tế bào ung thư, từ đó làm giảm kích thước khối u, giảm giai đoạn xâm lấn khối u, giảm sự di căn hạch của khối u, từ đó tiên lượng phẫu thuật sau này sẽ tốt hơn

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân ung thư trực tràng sau hóa trị tân hỗ trợ thì có 25,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 51,6% bệnh ổn định, 22,6% bệnh tiến triển. Nghiên cứu của chúng tôi có chút khác biệt so với nghiên cứu của Huỳnh Thanh Tuệ với 16,2% đáp ứng hoàn toàn, 35,1% đáp ứng

một phần, 35,1% bệnh ổn định, 13,5% bệnh tiến triển. Kết quả của chúng tôi có sự khác biệt do nghiên cứu của chúng tôi có hóa trị, trong khi các nghiên cứu khác thì bệnh nhân được hóa xạ trị tiền phẫu nên tỉ lệ đáp ứng mô học khác nhau.

Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng ở bệnh nhân sau hóa trị tân hỗ trợ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân K trực tràng cao đều được phẫu thuật nội soi cắt trước/ trước thấp nối máy, trong đó có 2 ca (40%) được mở hồi tràng ra da. K trực tràng giữa thì 86,7% ca được phẫu thuật cắt trước/ trước thấp nối máy, trong đó có 46,7% ca được mở hồi tràng ra da, có 13,3% ca được phẫu thuật Hartman. K trực tràng thấp 63,6% ca được phẫu thuật cắt trước cực thấp, trong đó có 36,4% được mở hồi tràng ra da, 36,4% được phẫu thuật Miles. Không có ca nào chuyển mổ hở. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trương Thu Hiền⁶ ghi nhận 48 bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn, trong nhóm bệnh nhân K trực tràng giữa có 100% bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn, đối với nhóm K trực tràng thấp có 72,2% bệnh nhân được phẫu thuật bảo tồn cơ thắt hậu môn. Tác giả Trịnh Lê Huy⁷ ghi nhận trong 54 ca bệnh nhân có 89% bệnh nhân được phẫu thuật nối máy, có 11% bệnh nhân được phẫu thuật Hartmann do thể trạng yếu, nhiều bệnh nền.

Thời gian nằm hậu phẫu trong nghiên cứu của chúng tôi là $7,48 \pm 1,36$, ngắn nhất 6 ngày, dài nhất là 11 ngày, Thời gian hậu phẫu trung bình của nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn ít so với các nghiên cứu khác. Theo tác giả Vương Xuân Hồng Quang⁸ thì thời gian hậu phẫu trung bình khoảng 11 ngày,

ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 20 ngày. Lợi ích của phẫu thuật nội soi được khẳng định trên trên rất nhiều bài báo, đó là phục hồi nhanh, ít đau, tỉ lệ nhiễm trùng thấp, thời gian nằm viện ngắn hơn so với phẫu thuật kinh điển.

Cùng với sự phát triển của kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo trực tràng, hiểu biết về phạm vi an toàn của chu vi quanh u và phát triển của nghiên cứu mô bệnh học. Nhiều tác giả trước đây đã nghiên cứu về mô bệnh học sau phẫu thuật và đưa ra chỉ định cho bờ cắt an toàn phía dưới u là 2cm, thậm chí cần 1 cm là đủ để có bờ cắt an toàn phía dưới u là 2cm, thậm chí 1cm là đủ để có bờ cắt an toàn. Theo khuyến cáo của Hiệp Hội Ung thư Quốc tế (NCCN) năm 2001 thì đối với ung thư trực tràng trung bình và thấp thì khoảng cách tính từ mép dưới u đến diện cắt lí tưởng là ≥ 2 cm. Quan điểm hiện nay là ung thư trực tràng thấp đã hóa xạ trị tiền phẫu thì diện cắt dưới u ≥ 1 cm là an toàn⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều có diện cắt dưới âm tính được khẳng định bằng kết quả mô bệnh học

Theo khuyến cáo của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (AJCC) phẫu thuật triệt căn ung thư trực tràng cần lấy được ít nhất 12 hạch xét nghiệm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số lượng ca nạo được ≥ 12 hạch là 19 ca (61,3%). Trong nghiên cứu của Vương Xuân Hồng Quang⁸ thì số lượng hạch nạo vét được trung bình khoảng $7,6 \pm 3,5$ hạch, thấp hơn con số 12 hạch. Số lượng thu được thấp hơn có thể giải thích do ảnh hưởng của hóa xạ trị³². Theo tác giả Yun Huyn thì hóa xạ trị tiền phẫu làm giảm số lượng hạch nạo vét được xấp xỉ 33%⁶⁹. Bên cạnh đó vấn đề cần được chú ý quan tâm đó là kỹ thuật mổ tốt thì cần phải đảm bảo về mặt ung thư học như chất lượng tốt của TME và bờ cắt chu vi mạc treo âm tính, tỉ lệ vét hạch mạc treo tối thiểu

là 12 hạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân đều đạt được diện cắt sạch tế bào u R0

Theo kết quả mô bệnh học, u ở giai đoạn T2 chiếm tỉ lệ nhiều nhất với 53.1%, kế tiếp là u ở giai đoạn T3 với 21,9%. Có 3 bệnh nhân (9,4%) đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học (T0). Nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ít so với một số tác giả khác. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc⁵ thì có 14,3% bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn về mô bệnh học. Nghiên cứu của Vương Xuân Hồng Quang⁸ thì có 11(20,4%) ca u giai đoạn T0 đáp ứng hoàn toàn sau điều trị hóa xạ tiền phẫu, phần lớn u ở giai đoạn T2 và T3 với tỉ lệ lần lượt là 31,5% và 40,7%

Tai biến trong phẫu thuật và biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trong lúc mổ chỉ ghi nhận 2 trường hợp chảy máu do đặt trocar, và đã được cầm máu qua nội soi. Trong nghiên cứu của Vương Xuân Hồng Quang⁸ thì không gặp trường hợp chảy máu do tổn thương mạch chậu hay đám rối tĩnh mạch trước xương cùng, rách ruột,... Chỉ có 1 trường hợp tổn thương thành sau âm đạo đã được xử trí khâu lại trong mổ an toàn.

Theo dõi những ngày hậu phẫu, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 1(3,2%) xì rò miệng nối, 2(6,5%) hẹp miệng nối, 1(3,2%) tổn thương niệu đạo, 2(6,5%) nhiễm trùng vết mổ. Kết quả nghiên cứu xì rò miệng nối của chúng tôi thấp hơn kết quả của Vương Xuân Hồng Quang⁸ với 3 trường hợp rò miệng nối chiếm 5,6%, trong đó có 2 trường hợp rò miệng nối khu trú điều trị bảo tồn, 1 trường hợp rò miệng nối có viêm phúc mạc phải mổ lại ngày thứ 5, cả 3 trường hợp này đều là nam giới. Qua đó thấy rằng hóa xạ trị tiền phẫu không làm tăng nguy cơ biến chứng rò miệng nối sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Hóa trị tân hỗ trợ tân hỗ trợ với ung thư trực tràng có tỉ lệ đáp ứng 25,8%, làm giảm giai đoạn kích thước khối u, giảm giai đoạn khối u sau hóa trị tân hỗ trợ, cải thiện đáng kể phẫu thuật nội soi triệt căn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A.** Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians. 2018;68(6):394-424.
2. **Siegel RL, Miller KD, Goding Sauer A, et al.** Colorectal cancer statistics, 2020. CA: a cancer journal for clinicians. 2020;70(3):145-164.
3. **Zhai M-L, Zhang F-Y, Yang J-R, et al.** Current status of neoadjuvant therapy for locally advanced rectal cancer in Wuhan Union Hospital Cancer Center. Radiation Oncology. 2022;17(1):109.
4. **Feeney G, Sehgal R, Sheehan M, et al.** Neoadjuvant radiotherapy for rectal cancer management. World journal of gastroenterology. 2019;25(33):4850.
5. **Ngọc Nt, Hoàng Ntt.** Kết quả hóa xạ trị trước mổ ung thư trực tràng thấp giai đoạn II, III Tại Bệnh Viện Đà Nẵng. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;526(1A)
6. **Trương TH, Nguyễn VB, Phạm VT, Dương TL, Trần VT.** Đánh giá hiệu quả hóa xạ trị đồng thời trước phẫu thuật điều trị ung thư trực tràng giai đoạn II, III. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;501(2)
7. **Hoàng TM.** Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư trực tràng trung bình tại Bệnh Viện Ung Bướu Hà Nội. Tạp Chí Y Học Việt Nam. 2021;505(2)
8. **Quang Vxh, Lê Huy T, Tú Đt.** Kết quả sớm phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng sau hóa xạ trị tiền phẫu tại Bệnh Viện K. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(2)

UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN NGUYÊN PHÁT ĐỒNG THỜI CỦA TIỀN LIỆT TUYẾN VÀ ĐẠI TRÀNG SIGMA – TRỰC TRÀNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Vũ Ngọc Anh Tuấn², Võ Minh Đạt¹,
Phạm Thị Tuyết Minh¹, Nguyễn Duy Tuấn Kiệt¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Tỷ lệ mắc nhiều khối u nguyên phát đang dần gia tăng qua các năm. Sự xuất hiện đồng thời cả 2 loại ung thư nguyên phát biểu mô tuyến tiền liệt tuyến và đại tràng sigma – trực tràng rất hiếm gặp nhưng ngày càng gia tăng do tăng cường tầm soát, sử dụng MRI và nâng cao nhận thức lâm sàng.

Thiết kế nghiên cứu: Trong bài báo này, chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 74 tuổi, nhập viện với triệu chứng đi tiểu ra máu tại bệnh viện Bình Dân. Qua khám lâm sàng, cận lâm sàng kết quả cho thấy bệnh nhân có 2 khối ung thư nguyên phát ở 2 cơ quan.

Kết quả: Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt bỏ đồng thời 2 khối u tại 2 vị trí. Bệnh nhân sau đó được lên kế hoạch sử dụng liệu pháp nội tiết tố, hóa trị hỗ trợ và được theo dõi định kỳ.

Kết luận: Qua ca lâm sàng này chúng tôi hồi cứu lại về lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả trong y văn. Nhân trường hợp hiếm gặp này giúp nâng cao nhận thức của các bác sĩ tiết niệu, bác sĩ

phẫu thuật tổng quát, bác sĩ chẩn đoán hình ảnh và các nhà giải phẫu bệnh về xu hướng xảy ra đồng thời của 2 loại ung thư nguyên phát trên cùng một bệnh nhân.

Từ khóa: Ung thư tiền liệt tuyến, ung thư đại trực tràng, nhiều khối u nguyên phát, đồng thời.

SUMMARY

SYNCHRONOUS PRIMARY CARCINOMAS OF THE SIGMOID- RECTAL COLON AND PROSTATE: A CASE REPORT AND REVIEW OF THE LITERATURE

Background: The incidence of multiple primary tumors is gradually increasing over the years. The simultaneous occurrence of two primary cancers, prostate and sigmoidorectal colon, is rare but becoming more frequent due to increased screening, the use of MRI, and greater clinical awareness.

Methods: In this article, we report the case of a 74-year-old male patient admitted to Binh Dan Hospital with symptoms of hematuria. Clinical and paraclinical examinations revealed two primary cancers at two different organs.

Results: We performed simultaneous resection of two malignant tumors at two different sites. The patient was subsequently scheduled for hormonal therapy, adjuvant chemotherapy, and periodic follow-up.

¹Bệnh viện Bình Dân

²Bộ môn Ngoại Tổng Quát Đại Học Y Khoa
Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Tuấn Kiệt
SĐT: 0944267376

Email: tuankiet.y2016@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Conclusions: Through this clinical case, we retrospectively reviewed the clinical and paraclinical findings, as well as relevant medical literature. This rare case helps raise awareness among urologists, general surgeons, radiologists, and pathologists regarding the potential for two distinct cancers to occur in the same patient.

Keywords: prostate cancer, colorectal cancer, multiple primary malignant tumors, synchronous tumors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nam giới với chẩn đoán ung thư tiền liệt tuyến được nội soi đại tràng tầm soát phát hiện ung thư đại trực tràng > 3% [1]. Trong nghiên cứu của Jacobs và cộng sự [2] thực hiện từ năm 1988 đến năm 2017 trên 31,883 bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến đã ghi nhận được 330 bệnh nhân (1%) mắc ung thư đại tràng sigma trực tràng, trong số này chỉ có 54 bệnh nhân (16%) là có xuất hiện đồng thời 2 u. Sự xuất hiện đồng thời của cả 2 loại ung thư ít gặp nhưng ngày càng gia tăng do tăng cường tầm soát, sử dụng chụp cộng hưởng từ và nâng cao nhận thức lâm sàng [3]. Điều trị ung thư tiền liệt tuyến và ung thư đại tràng là một thách thức rất lớn đối với các bác sĩ tổng quát và bác sĩ tiết niệu vì giải phẫu phức tạp vùng chậu và những ảnh hưởng đến chất lượng sống của bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo nhân 1 trường hợp hiếm gặp bệnh nhân mắc đồng thời ung thư tiền liệt tuyến và ung thư đại tràng sigma xâm lấn bàng quang đã được phẫu thuật thành công tại bệnh viện

Bình Dân. Qua ca lâm sàng này, chúng tôi hồi cứu lại lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị trong y văn.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 74 tuổi, nhập viện vào bệnh viện Bình Dân với triệu chứng đi tiểu ra máu đỏ tươi trong vòng 2 tuần kèm đau âm ỉ hạ vị, với tiền sử tăng huyết áp điều trị đều đặn trong vòng 10 năm. Khám lâm sàng ấn đau nhẹ hạ vị, không sờ thấy khối u trên thành bụng và khi thăm trực tràng. Xét nghiệm cho thấy tăng CEA: 15,5 (0,0 -5,0 ng/ml) và CA19-9: 45,0 (0,0 -37,0 U/ml), chỉ số PSA 47,0 (0 - 4 ng/ml), các xét nghiệm tiền phẫu khác chưa ghi nhận bất thường.

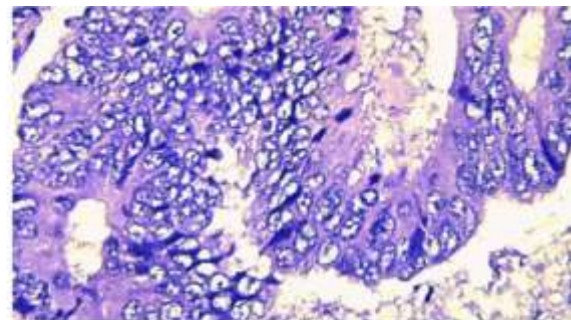
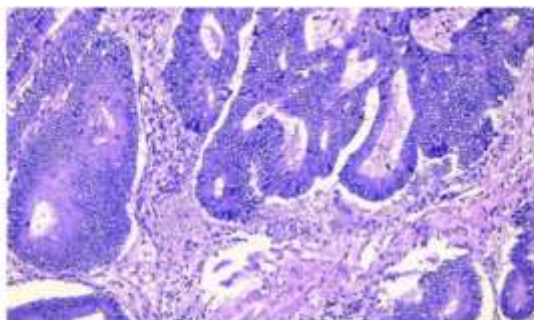
Nội soi bàng quang phát hiện khối bướu to dạng chồi sùi chiếm gần hết bàng quang kích thước 70 x 80mm, không quan sát được chân bướu, kết quả sinh thiết giải phẫu bệnh là carcinom niệu mạc biệt hoá hướng tuyến, chưa loại trừ thứ phát. Bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính phát hiện khối u lớn thành sau trái bàng quang 77 x 55mm liên tục với tổn thương trong lòng đại tràng sigma và trực tràng cao 39 x 151mm, kèm theo tiền liệt tuyến kích thước không đồng nhất có vôi hoá đường kính ngang 53x 46 mm, không thấy tổn thương di căn. Với chỉ số PSA tăng cao, bệnh nhân được sinh thiết kim tiền liệt tuyến qua ngã trực tràng dưới hướng dẫn siêu âm và phát hiện ung thư thư biểu mô tuyến tiền liệt tuyến.



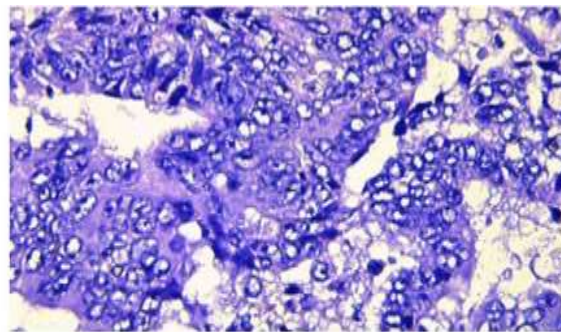
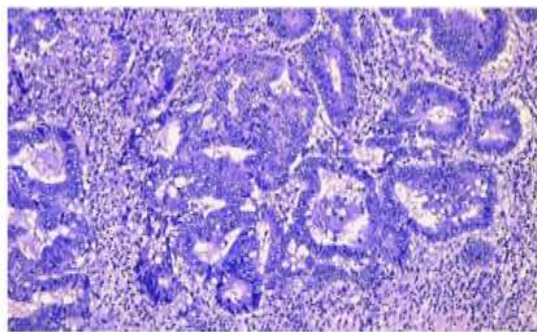
Hình 1: Hình ảnh MSCT trước phẫu thuật của bệnh nhân

Sau khi hội chẩn đa chuyên khoa, bệnh nhân được lên lịch phẫu thuật chương trình kết hợp giữa 2 ekip bác sĩ niệu và ngoại tiêu hoá. Ekip niệu thăm sát thấy khối bướu bàng quang lớn dính cứng chắc vào đại tràng sigma và niệu quản 2 bên, tiến hành cột động mạch chậu trong 2 bên, cắt toàn bộ bàng quang, tiền liệt tuyến, túi tinh, đưa 2 niệu quản ra da. Ekip ngoại tổng quát cắt đoạn đại tràng sigma chứa u đóng đầu dưới đưa đầu trên ra làm hậu môn nhân tạo kiểu Hartmann. Phẫu thuật kéo dài trong 240 phút, không có biến chứng sau phẫu thuật và bệnh nhân xuất viện vào ngày hậu phẫu 10.

Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ cho thấy 2 khối u nguyên phát khác nhau về hình thái: ung thư biểu mô tuyến tiền liệt tuyến, biệt hoá vừa, leason score 7 (4+3), rải rác 2 thùy và ung thư biểu mô tuyến trực tràng grad 2 xâm lấn qua thanh mạc, di căn 3/12 hạch, xâm lấn hết vách bàng quang, pT4bN1bM0 giai đoạn IIIB (AJCC 8th). Bởi vì không có di căn xa trong lần kiểm tra tiếp theo, chúng tôi đã lên kế hoạch điều trị ung thư tuyến tiền liệt sau phẫu thuật bằng liệu pháp nội tiết tố và hoá trị hỗ trợ. Bệnh nhân sau đó tái khám theo dõi định kỳ mỗi 3-6 tháng để đạt được kết quả tốt và dự phòng tái phát sau phẫu thuật.



Kết luận: TRANG 1: 1/ CARCINOM TUYẾN, BIỆT HÓA VỪA, XÂM LẤN HẾT VÁCH BÀNG QUANG CHứa LOẠI TRỮ THỦ PHÁT, ĐỀ NGHỊ NHUỘM HÓA MÔ MIỄN DỊCH VỚI 05 DẤU ẮN: Beta catenin, CK7, CK20, CDX 2, GATA 3 (BLOCK: G1+A1).
Mô tuyến tiền liệt: CARCINOM TUYẾN TIỀN LIỆT, BIỆT HÓA VỪA, GLEASON SCORE 7(4+3). RỈ RÁC HAI THỤY (T>P). HAI TÚI TINH VÀ RÌA DIỆN CẮT NIỆU ĐẠO KHÔNG CÓ TẾ BÀO ẮC TÍNH.
3+4/ Niệu quản (T+P): KHÔNG CÓ TẾ BÀO ẮC TÍNH.

**Kết luận:**

TRANG 2:

2/ Polyp lớn: CARCINÔM TUYẾN, GRAD 2, XÂM LẤN QUÁ THANH MẠC, DI CĂN 03/12 HẠCH.

Polyp nhỏ: U TUYẾN ống nhánh của RUỘT, NGHỊCH SẢN ĐỘ CAO, CHÂN U CÒN TẾ BÀO NGHỊCH SẢN.

HAI RỈA ĐIỆN CẮT KHÔNG CÓ TẾ BÀO ÁC TÍNH.

Hình 2: Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**IV. BÀN LUẬN**

Trong ba thập kỷ qua, các kỹ thuật chẩn đoán và điều trị ung thư ở Trung Quốc đã có những tiến bộ vượt bậc, giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót của bệnh nhân ung thư. Tuy nhiên, việc kéo dài thời gian sống sót này cũng làm gia tăng tỷ lệ mắc đồng thời khối u ác tính nguyên phát ở cơ quan khác. Hiện nay, sự gia tăng của ung thư nguyên phát đồng thời đang dần trở thành một vấn đề y tế quan trọng [4].

Bệnh nhân ung thư có nguy cơ mắc ung thư nguyên phát mới cao hơn 20% so với dân số nói chung. Khoảng một phần ba số bệnh nhân ung thư sống sót trên 60 tuổi được chẩn đoán mắc thêm một loại ung thư khác. Khi số lượng bệnh nhân ung thư sống sót và người lớn tuổi tăng lên, tỷ lệ mắc nhiều loại ung thư nguyên phát cũng có khả năng tăng theo. Sự quan tâm ngày càng tăng từ góc độ dịch tễ học và lâm sàng là điều hợp lý [5].

Ung thư biểu mô tuyến tiền liệt tuyến và đại tràng là hai dạng rất thường gặp của mỗi loại nhưng sự xuất hiện đồng thời cả hai u nguyên phát rất hiếm gặp. Ung thư đại trực tràng là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ hai ở Hoa Kỳ và đứng thứ 4 trong các

loại ung thư thường gặp trên toàn thế giới. Dựa trên Cơ sở dữ liệu Sheer, tỉ lệ sống sót sau 5 năm là 91% đối với ung thư giai đoạn tại chỗ, 72% giai đoạn khu trú và 17% nếu di căn, và tổng cộng 63% bệnh nhân bị sống sót sau 5 năm. Ung thư tiền liệt tuyến là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 5 và đứng thứ 2 trong các ung thư thường gặp ở nam giới [6]. Đối với bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến khu trú tại chỗ tỉ lệ sống sót sau 5 năm đạt tới 98% và khi bệnh đã di căn là 30%.

Tỉ lệ mắc đồng thời ung thư tiền liệt tuyến và ung thư trực tràng là 0,4% theo nghiên cứu của Kavanagh và cộng sự (2012), tăng lên đến 1% với ung thư tiền liệt tuyến và ung thư đại tràng sigma trực tràng [7]. Các bác sĩ lâm sàng nên lưu ý đến khả năng mắc ung thư biểu mô tuyến tiền liệt và trực tràng nguyên phát đồng thời vì sự chậm trễ trong chẩn đoán khối u nguyên phát thứ hai thường là kết quả của việc bỏ sót và ít nhận thức về việc có nhiều khối u nguyên phát. Mặc dù 75% nam giới lớn tuổi có PSA tăng nhận được kết quả sinh thiết lành tính, sinh thiết kim tuyến tiền liệt dưới hướng dẫn siêu âm qua đường hậu môn được chứng minh là cần thiết để chẩn đoán xác định nhiều khối u

nguyên phát, bao gồm cả khối u ở trực tràng và tuyến tiền liệt nếu nồng độ PSA tăng cao [8]. Ở những bệnh nhân của chúng tôi, ung thư biểu mô đại tràng sigma trực tràng được phát hiện đầu tiên, PSA tăng cao cho thấy khả năng ung thư biểu mô nguyên phát tiền liệt tuyến xuất hiện đồng thời và được khẳng định qua kết quả sinh thiết kim kết hợp giải phẫu bệnh sau mổ.

Tại Nhật Bản, tỉ lệ ung thư trực tràng và tiền liệt tuyến đã tăng lên nhờ những cải tiến trong việc chẩn đoán. Điều trị ung thư trực tràng và ung thư tiền liệt tuyến đồng thời phụ thuộc vào mức độ tiến triển của khối u và tổng trạng bệnh nhân. Các nghiên cứu khuyến cáo phẫu thuật cắt trước thấp kết hợp phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến qua ngã sau xương mu là an toàn và hiệu quả [9]. Bệnh nhân của chúng tôi được phẫu thuật cắt bàng quang triệt căn kèm cắt đoạn đại tràng sigma trực tràng chứa khối u. Nghiên cứu của Lavan và cộng sự về việc điều trị đồng thời ung thư trực tràng đã xâm lấn tại chỗ và ung thư tuyến tiền liệt chưa di căn cho thấy rằng việc phẫu thuật cắt bỏ tuyến tiền liệt gặp nhiều khó khăn. Xác định nguồn gốc của hạch di căn rất hữu ích giúp cải thiện tình trạng bệnh nhân và xác định chiến lược điều trị ung thư tiền liệt tuyến. Tỉ lệ sống còn của ung thư tiền liệt tuyến nguy cơ thấp và trung bình là 75 đến 86%, nguy cơ cao là 34%. Tiến hành điều trị tân hỗ trợ ung thư trực tràng đơn độc không giải quyết được ung thư tiền liệt tuyến tiến triển. Theo kinh nghiệm từ các ca phẫu thuật, việc cắt bỏ tuyến tiền liệt sau xạ trị ngoài thường có nhiều rủi ro hơn so với việc phẫu thuật ngay từ đầu. Lý do là vì vùng phẫu thuật đã bị xơ hóa và có sẹo sau xạ trị. Ngày nay việc điều trị cho các bệnh nhân mắc nhiều loại ung thư cùng lúc ở trong và ngoài đường tiêu hoá chưa được tiêu

chuẩn hoá, có những trung tâm thực hiện các loại phẫu thuật cùng lúc trong 1 lần, nhưng cũng có những trung tâm thực hiện các ca phẫu thuật nối tiếp nhau. Những người ủng hộ ý kiến phẫu thuật đa chuyên khoa để giảm số lần phẫu thuật từ đó giảm tỉ lệ tử vong, giảm thời gian giữa các cuộc phẫu thuật, và bắt đầu các liệu pháp ung thư hỗ trợ.

Liên quan đến việc chẩn đoán, viêm đại trực tràng thứ phát sau xạ trị do ung thư tiền liệt tuyến gây ra các triệu chứng tiêu chảy, tiêu ra máu, ngoài ra sinh thiết tiền liệt tuyến có thể gây ra các triệu chứng ở trực tràng và mót rặn kéo dài trong vài tuần có thể giống với các triệu chứng bệnh lý tân sinh trực tràng. Mặc khác, việc xạ trị trong ung thư trực tràng có thể làm giảm kích thước và thậm chí điều trị ung thư tiền liệt tuyến tiềm ẩn. Liên quan đến nguy cơ phát triển khối u thứ hai do điều trị khối u thứ nhất, một số bài báo đã báo cáo việc tăng nguy cơ mắc ung thư đại trực tràng tăng lên sau khi xạ trị ngoài cho ung thư tiền liệt tuyến, khoảng thời gian giữa chiếu xạ và xuất hiện khối u ít nhất là 5 năm [10].

V. KẾT LUẬN

Bài báo cung cấp một trường hợp lâm sàng hiếm gặp, giúp bổ sung dữ liệu vào y văn liên quan đến các khối u nguyên phát đồng thời ở tiền liệt tuyến và đại tràng sigma – trực tràng, đồng thời các bác sĩ lâm sàng nên nghĩ về khả năng ung thư biểu mô tuyến tiền liệt và trực tràng nguyên phát đồng thời khi phát hiện thấy PSA tăng cao ở bệnh nhân ung thư biểu mô trực tràng, đặc biệt ở bệnh nhân nam lớn tuổi.

Ung thư đồng thời nhiều vị trí đòi hỏi hướng điều trị cá nhân hóa và đa chuyên khoa. Quá trình bắt đầu bằng đánh giá toàn diện bệnh sử, khám lâm sàng, xét nghiệm,

chẩn đoán hình ảnh và sinh thiết để xác định đặc điểm từng khối u. Hội đồng đa chuyên khoa sẽ họp bàn, đưa ra quyết định điều trị tối ưu dựa trên kết quả đánh giá. Các phương pháp điều trị có thể bao gồm phẫu thuật, xạ trị, hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích, liệu pháp miễn dịch và điều trị hỗ trợ. Bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ và tái khám định kỳ để đánh giá hiệu quả điều trị và phát hiện sớm các biến chứng. Nghiên cứu và thử nghiệm lâm sàng cũng đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển các phương pháp điều trị ung thư mới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sharp, H.J., et al.,** Screening colonoscopy before prostate cancer treatment can detect colorectal cancers in asymptomatic patients and reduce the rate of complications after brachytherapy. *Practical Radiation Oncology*, 2012. 2(3): p. e7-e13.
2. **Jacobs, C.D., et al.,** Multi-Institutional Analysis of Synchronous Prostate and Rectosigmoid Cancers. 2020. 10.
3. **Sturludóttir, M., et al.,** Synchronous rectal and prostate cancer – The impact of MRI on incidence and imaging findings. *European Journal of Radiology*, 2015. 84(4): p. 563-567.
4. **Ma, X., C. Lin, and W. Zhen,** Cancer care in China: A general review. *Biomed Imaging Interv J*, 2008. 4(3): p. e39.
5. **Soerjomataram, I. and J.W. Coebergh,** Epidemiology of multiple primary cancers. *Methods Mol Biol*, 2009. 471: p. 85-105.
6. **Ferlay, J., et al.,** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*, 2015. 136(5): p. E359-86.
7. **Jacobs, C.D., et al.,** Multi-institutional analysis of synchronous prostate and Rectosigmoid cancers. 2020. 10: p. 345.
8. **Macefield, R.C., et al.,** Impact of prostate cancer testing: an evaluation of the emotional consequences of a negative biopsy result. *Br J Cancer*, 2010. 102(9): p. 1335-40.
9. **Baur, H., M. Frimberger, and J.E. Altwein,** Simultaneous radical prostatectomy and partial rectum resection without colostomy. *Eur Urol*, 1997. 31(3): p. 380-1.
10. **Wallis, C.J., et al.,** Second malignancies after radiotherapy for prostate cancer: systematic review and meta-analysis. 2016. 352.

VÒNG THẮT DƯƠNG VẬT – BÌU: BÁO CÁO 4 TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Đặng Quang Tuấn¹, Trần Đoàn Thiên Quốc¹,
Phạm Văn Hảo¹, Mai Bá Tiến Dũng¹

TÓM TẮT

Giới thiệu: Vòng thắt dương vật - bìu là một tình trạng cấp cứu hiếm gặp nhưng nghiêm trọng trong lĩnh vực Tiết niệu - Nam khoa, đòi hỏi can thiệp kịp thời để ngăn ngừa các biến chứng nặng nề. Những trường hợp này thường đặt ra thách thức trong điều trị, đặc biệt tại các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế.

Đối tượng và phương pháp: Đây là nghiên cứu báo cáo hàng loạt trường hợp được thực hiện tại Bệnh viện Bình Dân.

Kết quả: Bốn trường hợp vòng thắt dương vật - bìu đã được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân. Bệnh nhân nhập viện với các mức độ sưng, bầm tím và đau khác nhau, do các vòng kim loại dùng để tăng khoái cảm tình dục gây ra. Trong tất cả các trường hợp, chúng tôi sử dụng máy khoan cầm tay để cắt vòng, kèm theo tưới rửa liên tục bằng dung dịch muối sinh lý nhằm giảm thiểu tổn thương do nhiệt. Sau phẫu thuật, chúng tôi không ghi nhận tổn thương niệu đạo hoặc thể xốp dương vật, và các bệnh nhân đều hồi phục tốt sau phẫu thuật, ngoại trừ một trường hợp bị loét nhẹ còn sót lại.

Bàn luận: Thắt nghẹt dương vật - bìu được chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Vòng siết chặt cản trở dòng chảy máu và bạch huyết, dẫn đến phù nề, thiếu máu cục bộ và tổn thương mô dương vật. Nếu bệnh nhân nhập viện muộn, tổn thương nghiêm trọng đến dương vật, bìu và niệu đạo có thể xảy ra. Trong một số trường hợp, dương vật có thể phải cắt bỏ do hoại thư.

Kết luận: Vòng thắt dương vật - bìu là một tình trạng cấp cứu trong lĩnh vực Tiết niệu - Nam khoa, có thể dẫn đến hoại thư và phải cắt bỏ dương vật. Chẩn đoán sớm và can thiệp phẫu thuật kịp thời là điều cần thiết để ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng. Chăm sóc đa ngành và giáo dục cộng đồng về những rủi ro của các thiết bị này là rất quan trọng.

Từ khóa: Vòng thắt dương vật, Vòng thắt dương vật – bìu

SUMMARY

PENOSCROTAL ENTRAPMENT: 4 CASE REPORTS AND LITERATURE REVIEW

Introduction: Penile and scrotal strangulation caused by constricting devices is a rare but critical urological emergency requiring timely intervention to prevent severe complications. These cases often pose unique management challenges, particularly in resource-constrained settings.

Materials and Methods: This study is a case series conducted at Binh Dan Hospital.

¹Bệnh viện Bình Dân Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đoàn Thiên Quốc
SĐT: 0907802439

Email: quoctran88@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Results: Four cases of penile and scrotal strangulation were treated at Binh Dan Hospital, Vietnam. Patients were presented with varying degrees of swelling, bruising, and pain caused by metal rings used for sexual enhancement. In all cases, a handheld rotary electric saw was employed for removal, accompanied by continuous saline irrigation to minimize thermal injury. No urethral or corpus spongiosum injuries were observed, and patients recovered well postoperatively, except one who exhibited mild residual ulceration.

Discussion: Penoscrotal entrapment is diagnosed clinically. The tight ring impedes the flow of blood and lymph, leading to edema and ischemia, and damage to the penile tissue. If the patient came to hospital lately, it can cause severe damage to the penis, scrotum and urethra. In some cases, the penis must be removed due to gangrene.

Conclusion: Penoscrotal entrapment is a Urology - Andrology emergency, which can lead to gangrene and need to remove the penis. Early diagnosis and timely surgical intervention are essential in preventing severe complications. Multidisciplinary care and public education about the risks of such devices are crucial.

Keywords: Penile entrapment, Penoscrotal entrapment

I. GIỚI THIỆU

Vòng thắt dương vật - bừa là những tình trạng cấp cứu hiếm gặp nhưng nghiêm trọng trong lĩnh vực Nam khoa và Tiết niệu. Nếu không được điều trị kịp thời, chúng có thể dẫn đến tình trạng thiếu máu cục bộ, hoại tử,

hoặc thậm chí mất mô dương vật. Các tổn thương này thường bắt nguồn từ việc sử dụng các dụng cụ siết chặt, chẳng hạn như vòng kim loại, với mục đích tăng cường khoái cảm tình dục. Việc xử lý các trường hợp này đòi hỏi phải có sự can thiệp nhanh chóng và hiệu quả để tránh các biến chứng nghiêm trọng.

Báo cáo này mô tả bốn trường hợp được điều trị tại Bệnh viện Bình Dân. Nội dung báo cáo làm nổi bật các biểu hiện lâm sàng, chiến lược điều trị và kết quả của các ca bệnh này, đồng thời đề cập đến những tác động rộng lớn hơn đối với việc chăm sóc y khoa trong lĩnh vực tiết niệu tại các cơ sở tương tự.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Bệnh nhân nam 40 tuổi đến khoa cấp cứu với tình trạng sưng đau dương vật. Khoảng 10 giờ trước đó, bệnh nhân đã đặt một đai ốc lục giác vào gốc dương vật. Thăm khám cho thấy đai ốc có đường kính 2 cm, dày 7 mm, siết chặt gây phù nề đáng kể và có dấu hiệu tím nhẹ. Cảm giác ở dương vật vẫn còn nguyên vẹn và bệnh nhân vẫn có thể đi tiểu bình thường. Khi khai thác thêm bệnh sử, bệnh nhân cho biết mình tham gia vào một nhóm kín thường thực hiện các thử thách kỳ lạ và táo bạo. Mặc dù chức năng tình dục hoàn toàn bình thường, bệnh nhân đã thực hiện hành động này theo yêu cầu của nhóm.



Hình 1: Bệnh nhân nam 40 tuổi đặt một đai ốc kim loại vào gốc dương vật

Trường hợp 2: Bệnh nhân nam 32 tuổi đến khoa cấp cứu sau khi đặt một vòng kim loại vào gốc bìu - dương vật hơn 24 giờ. Bệnh nhân sử dụng vòng này nhằm tăng khoái cảm tình dục, nhưng không thể tháo ra sau khi quan hệ. Khi dương vật bắt đầu sưng dần, bệnh nhân cảm thấy đau nhưng vẫn có thể đi tiểu bình thường. Không thể tự tháo vòng, bệnh nhân đã đến cấp cứu tại Bệnh viện Bình Dân. Thăm khám ghi nhận một

vòng kim loại có đường kính 10 cm và dày 5 mm siết chặt gốc bìu và dương vật, gây ra tình trạng sưng và bầm tím nghiêm trọng. Cảm giác và chức năng tiểu tiện của bệnh nhân vẫn bình thường. Khai thác thêm tiền sử cho thấy bệnh nhân đã từng sử dụng vòng kim loại để thủ dâm nhiều lần trước đây mà không gặp vấn đề, nhưng lần này đã quên tháo ra, dẫn đến tình trạng mắc kẹt.



Hình 2: Bệnh nhân nam 32 tuổi đặt một vòng kim loại lớn vào gốc bìu và dương vật

Trường hợp 3: Bệnh nhân nam 28 tuổi đến khoa cấp cứu với tình trạng thắt nghẹt dương vật. Khoảng 24 giờ trước khi nhập viện, bệnh nhân đã đặt một đai ốc lục giác vào thân dương vật trong khi thủ dâm. Sau đó, bệnh nhân bị sưng đau dương vật tăng dần nhưng vẫn có thể đi tiểu bình thường. Không thể tự tháo đai ốc, bệnh nhân đã đến

cấp cứu tại Bệnh viện Bình Dân. Thăm khám cho thấy một đai ốc lục giác có đường kính 4 cm và dày 0,5 cm đang siết chặt phần giữa thân dương vật. Vùng xa đầu dương vật có dấu hiệu bầm tím, sưng và nhạy đau, nhưng cảm giác ở quy đầu vẫn còn nguyên vẹn và bệnh nhân vẫn tiểu tiện được bình thường.



Hình 3: Bệnh nhân nam 28 tuổi đặt một đai ốc kim loại vào gốc dương vật

Trường hợp 4: Bệnh nhân nam 60 tuổi, có tiền sử bệnh Alzheimer, đến khoa cấp cứu với tình trạng khó tiểu và sưng dương vật. Bệnh nhân thừa nhận đã sử dụng một vòng kim loại trong khi quan hệ tình dục nhưng không thể tháo ra sau đó. Do xấu hổ và suy giảm nhận thức, bệnh nhân đã trì hoãn việc

đi khám trong một tuần cho đến khi các triệu chứng trở nên nghiêm trọng hơn.

Khám lâm sàng cho thấy một vòng kim loại dày khoảng 1 cm đang siết chặt gốc dương vật, gây sưng nhẹ và bầm tím. Cảm giác vẫn còn nguyên vẹn, và bệnh nhân vẫn có thể đi tiểu bình thường.



Hình 4: Bệnh nhân nam 60 tuổi đặt một vòng kim loại nhôm vào gốc dương vật

Bảng 1: Tóm tắt lâm sàng các trường hợp vòng thắt dương vật - bìu

Trường hợp	Thời gian bị thắt	Bệnh kèm theo	Dụng cụ	Tình trạng lâm sàng
1	10 giờ	Không	Đai ốc lục giác	Phù nề, tím nhẹ
2	24 giờ	Không	Vòng kim loại lớn	Sung, bầm tím
3	24 giờ	Không	Đai ốc lục giác	Sung, bầm tím, đau
4	1 tuần	Alzheimer	Vòng kim loại	Sung nhẹ, bầm tím

Trong các trường hợp này, chúng tôi cố gắng sử dụng gel bôi trơn để tháo đai ốc nhưng không thành công. Bệnh nhân được nhanh chóng chuyển lên phòng mổ. Tại đây, chúng tôi sử dụng máy khoan cắt cầm tay để cắt đai ốc tại vị trí 12 giờ và 6 giờ. Trong quá trình phẫu thuật, dung dịch muối sinh lý

được chúng tôi tưới liên tục để giảm nhiệt sinh ra trong quá trình cắt. Ngoài ra, chúng tôi sử dụng một tấm kim loại đặt bên dưới đai ốc để bảo vệ mô dương vật. Sau phẫu thuật, bệnh nhân chỉ bị bọng da nhẹ và không gặp phải biến chứng nào khác.

**Hình 5: Máy khoan cắt cầm tay được sử dụng để cắt bỏ các vòng kim loại**

III. BÀN LUẬN

Vòng thắt dương vật - bìu do các thiết bị siết chặt như vòng kim loại gây ra là một tình trạng cấp cứu hiếm gặp nhưng nghiêm trọng trong lĩnh vực Tiết Niệu và Nam khoa. Tình trạng này đòi hỏi can thiệp kịp thời để ngăn ngừa các biến chứng nặng như thiếu máu cục bộ, hoại tử và thậm chí mất mô dương vật. 4 trường hợp bệnh mà chúng tôi báo cáo cho

thấy sự đa dạng trong biểu hiện lâm sàng và những thách thức trong việc điều trị tình trạng này¹⁻³. Bhat và các cộng sự đã phân loại các tổn thương dương vật thành năm mức độ⁴:

- **Độ I:** Phù nề đầu xa dương vật. Không có bằng chứng về loét da hay tổn thương niệu đạo.

- **Độ II:** Phù nề đầu xa dương vật kèm giảm cảm giác. Tổn thương da và thể xốp, nhưng không tổn thương niệu đạo.

- **Độ III:** Tổn thương da và niệu đạo, không có lỗ rò niệu đạo. Mất cảm giác đầu xa dương vật.

- **Độ IV:** Đứt hoàn toàn thể xốp dẫn đến lỗ rò niệu đạo, siết chặt thể hang, và mất cảm giác đầu xa dương vật.

- **Độ V:** Hoại thư, hoại tử hoặc cắt đứt hoàn toàn dương vật.

Trong các trường hợp của chúng tôi, hầu hết các trường hợp được phân loại ở mức độ I hoặc II. Việc can thiệp phẫu thuật kịp thời đã giúp ngăn ngừa các biến chứng nặng như tổn thương độ IV hoặc V. Tuy nhiên, một trường hợp vẫn còn loét nhẹ ở gốc dương vật, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc can thiệp sớm và chăm sóc hậu phẫu cẩn thận.

Các nghiên cứu gần đây nhấn mạnh cần có một sự tiếp cận tiêu chuẩn trong quản lý vòng thắt dương vật. Dawood đã đề xuất một thang phân loại đơn giản hơn và chỉ ra rằng can thiệp lâm sàng chậm trễ làm tăng nguy cơ biến chứng⁵. Zeid cho thấy tầm quan trọng của việc hội chẩn các chuyên khoa khác trong những trường hợp mà các phương pháp truyền thống không hiệu quả¹. Một số kỹ thuật tiên tiến, như sử dụng máy mài góc hoặc thiết bị công nghiệp, đã được áp dụng để tháo vòng kim loại trong một số trường hợp^{6,7}.

Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh vai trò của việc theo dõi sau khi tháo vòng để đánh giá các biến chứng dài hạn như rò niệu đạo hoặc rối loạn cương dương. Campbell lưu ý rằng các đánh giá theo dõi là rất quan trọng để xử lý các di chứng tiềm ẩn như sẹo

dương vật hoặc mất chức năng⁸. Tương tự, Harris báo cáo một trường hợp nhiễm trùng và biến chứng do chậm trễ điều trị, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều trị và chăm sóc kịp thời⁷.

Kyomukama cũng đề cập đến những thách thức trong các cơ sở y tế có nguồn lực hạn chế, nơi việc thiếu trang thiết bị chuyên dụng thường buộc các bác sĩ phải tìm cách xử lý sáng tạo. Patel báo cáo thành công khi sử dụng các công cụ công nghiệp để quản lý các trường hợp vòng thắt dương vật, khẳng định sự cần thiết của các chiến lược điều trị linh hoạt².

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các báo cáo trên, nhấn mạnh sự cần thiết của can thiệp sớm và sử dụng các công cụ thích hợp. Mặc dù hầu hết các trường hợp của chúng tôi đã hồi phục mà không gặp biến chứng đáng kể, sự tồn tại của loét nhẹ ở một bệnh nhân cho thấy tầm quan trọng của việc liên tục cải tiến các kỹ thuật điều trị.

Các chiến dịch giáo dục cộng đồng nhằm nâng cao nhận thức về rủi ro liên quan đến các thiết bị siết chặt dương vật là rất cần thiết để giảm tỷ lệ mắc các trường hợp khẩn cấp này. Dawood và các cộng sự đã chỉ ra, sự xấu hổ và kỳ thị xã hội thường làm chậm trễ việc nhập viện, từ đó làm tăng nguy cơ các biến chứng nặng⁵.

IV. KẾT LUẬN

Vòng thắt dương vật và bìu là một tình trạng hiếm gặp nhưng có khả năng gây hậu quả nghiêm trọng, đòi hỏi phải được chăm sóc và can thiệp y tế kịp thời. Việc chẩn đoán sớm và xử lý đúng cách là rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng nặng như thiếu

máu cục bộ, hoại tử và hoại thư. Các trường hợp tại Bệnh viện Bình Dân mà chúng tôi báo cáo cho thấy sự đa dạng trong các biểu hiện lâm sàng và nhấn mạnh tầm quan trọng của các chiến lược xử lý nhanh chóng, hiệu quả. Loại bỏ sớm các vòng thắt là yếu tố then chốt trong việc ngăn ngừa các di chứng lâu dài. Ngoài ra, các trường hợp này còn cho thấy sự cần thiết trong việc chẩn đoán và điều trị các rối loạn tâm thần hoặc thần kinh tiềm ẩn, những yếu tố có thể góp phần dẫn đến việc sử dụng các vòng thắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zeid M, Sayedin H, Nabi N, Abdelrahman M, Jacob PT.** Penile Entrapment With Thick Penile Ring: A Case Report and Literature Review. *Cureus*. 2022;14(1):e21034. doi:10.7759/cureus.21034
2. **Patel NH, Schulman A, Bloom J, et al.** Penile and Scrotal Strangulation due to Metal Rings: Case Reports and a Review of the Literature. *Case Rep Surg*. 2018;2018: 5216826. doi:10.1155/2018/5216826
3. **Kyei MY, Asante EK, Mensah JE, et al.** Penile Strangulation by self-Placement of Metallic Nut. *Ghana Med J*. 2015;49(1):57-59.
4. **Bhat AL, Kumar A, Mathur SC, Gangwal KC.** Penile Strangulation. *British Journal of Urology*. 1991;68(6):618-621. doi:10.1111/j.1464-410X.1991.tb15426.x
5. **Dawood O, Tabibi S, Fiuk J, Patel N, El-Zawahry A.** Penile ring entrapment - A true urologic emergency: Grading, approach, and management. *Urol Ann*. 2020;12(1):15-18. doi:10.4103/UA.UA_16_19
6. **Pop DA, Stanciu BI, Moisoiu T, Burghilea D, Elec FI.** Angle grinder as surgical tool for incarcerated penoscrotal steel ring. *Pan Afr Med J*. 2020;37:91. doi:10.11604/pamj.2020.37.91.20784
7. **Harris E, Llompert D, Izquierdo G, Aziz MA.** Patient With Penile and Scrotal Strangulation Due to Prolonged Use of a Metal Ring Device. *Cureus*. 2020;12(12): e11928. doi:10.7759/cureus.11928
8. **Campbell KJ, Kwenda EP, Bozorgmehri S, Terry RS, Yeung LL.** Penile Strangulation: Analysis of Postextrication Follow-Up, Sequelae, and a Review of Literature. *Am J Mens Health*. 2024;18(1): 15579883231223366. doi:10.1177/15579883231223366
9. **Kyomukama LA, Ssebuufu R, Wani SA, Waziri MA, Lule H.** Penile ring entrapment and strangulation: A case report at Kampala International University Teaching Hospital in Western Uganda. *Int J Surg Case Rep*. 2021;80: 104982. doi:10.1016/j.ijscr.2020.09.080

TẮC RUỘT NON DO ÁP XE NANG NIỆU RỒN: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Lý Minh Tùng¹, Bùi Hồng Minh Hậu², Bùi Thanh Phước³

TÓM TẮT

Giới thiệu: Tồn tại nang niệu rồn là một bất thường bẩm sinh hoặc mắc phải, có thể hóa ác hoặc biến chứng nhiễm trùng trong giai đoạn tồn tại của nó. Chúng tôi mô tả một ca lâm sàng hiếm gặp với biểu hiện tắc ruột non muộn do nang niệu rồn nhiễm trùng áp xe hóa, dễ chẩn đoán nhầm với ung thư biểu mô niệu rồn xâm lấn.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nữ, 31 tuổi với triệu chứng đau bụng 1 tuần, kèm bí trung đại tiện 3 ngày nhập viện khoa Cấp cứu bệnh viện Bình Dân. Thăm khám lâm sàng ghi nhận có dấu hiệu nhiễm trùng và tắc ruột non trên bệnh nhân chưa có tiền căn nội ngoại khoa đặc biệt. Phim Xquang bụng đứng và MSCT được thực hiện cho thấy có tổn thương dạng u nang niệu rồn xâm lấn thành bụng và ruột non gây tắc ruột trên dòng, dẫn đến quyết định phẫu thuật cấp cứu. Trên bàn mổ, với sự phối hợp của Bác sĩ Ngoại tổng quát và Ngoại niệu xác chẩn là tắc – thủng ruột non do u niệu rồn xâm lấn và phẫu thuật cắt đoạn ruột non kèm cắt trọn khối u kèm chóp bàng quang đã

được thực hiện. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là nang niệu rồn nhiễm trùng áp xe hóa.

Tóm lược: Nang niệu rồn nhiễm trùng có biến chứng là một bệnh lý khó chẩn đoán, dễ nhầm lẫn với tình trạng hóa ác tính, đặc biệt là nguyên nhân hiếm gặp gây tắc ruột non trong bệnh cảnh bệnh nhân không có tiền căn phẫu thuật trước đó hay các nguyên nhân hiện hữu khác.

Từ khóa: nang niệu rồn; nhiễm trùng; tắc ruột non.

SUMMARY

SMALL BOWEL OBSTRUCTION CAUSED BY AN URACHAL CYST ABSCCESS: A CASE REPORT IN BINH DAN HOSPITAL

Background: Urachal cysts, whether congenital or acquired, represent an anomaly that may either undergo malignant transformation or lead to infection during their existence. We report a rare clinical case of high-located small bowel obstruction caused by an infected urachal cyst, a condition that can be misdiagnosed as invasive urachal carcinoma.

Case presentation: A 31-year-old female patient admitted in the Emergency Department of Binh Dan Hospital with a one-week history of abdominal pain and a three-day history of obstipation. Clinical examination revealed signs of infection and small bowel obstruction, with no significant past medical or surgical history. Abdominal X-rays and Multislice Computed Tomography (MSCT) revealed a cystic urachal

¹Khoa Ngoại Tổng quát, Đại học Khoa học Sức khỏe, Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa Ngoại Tổng quát, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Hồng Minh Hậu
SĐT: 0933 024 160

Email: drhaubui@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

mass invading the abdominal wall and small intestine, causing bowel obstruction which needed emergency operation. Intraoperatively, we found the obstructed and perforated small bowel due to an invasive urachal mass. Surgical management included resection of the affected small bowel segment along with complete excision of the urachal mass and bladder dome. However, postoperative histopathological examination revealed an abscessed benign urachal cyst.

Conclusion: Infected urachal cysts with complications are diagnostic challenge and commonly mistaken of malignancy. This condition is particularly rare as a cause of small bowel obstruction in patients without previous surgical history or other existing etiologies.

Keywords: Urachal cyst; infection; small bowel obstruction.

I. GIỚI THIỆU

Tắc ruột là một trong những bệnh lý thường gặp trong Cấp cứu Ngoại bụng. Trong đó, các nguyên nhân có thể gặp là dính, thoát vị, hay bệnh lý ác tính,... Hay có thể gây ra do sự hình thành một ổ viêm nhiễm gây dính tắc ruột như ổ áp xe ruột thừa, viêm dính của túi thừa Meckel hay hiếm gặp hơn là nhiễm trùng nang niệu rốn.

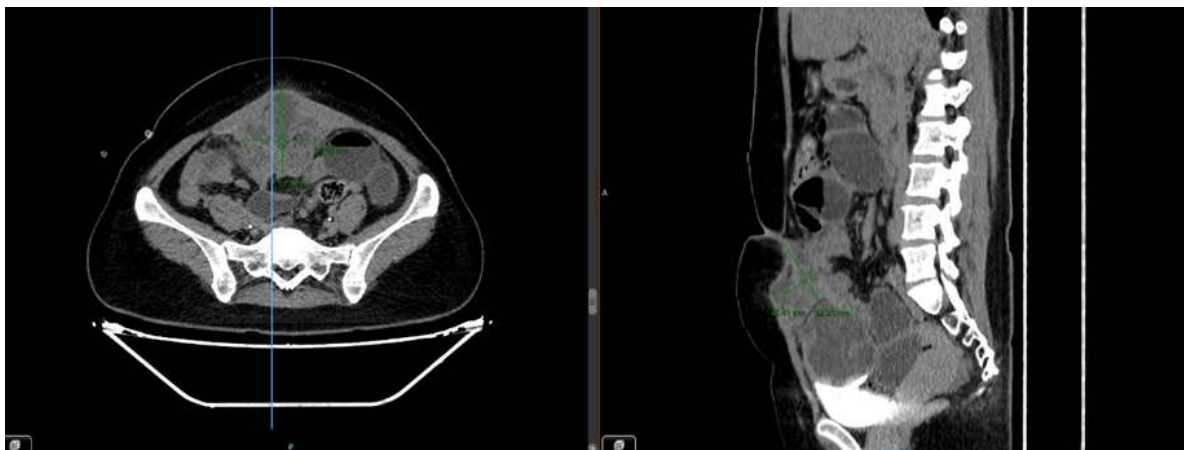
Đã có rất nhiều những nghiên cứu về sự tồn tại của ống niệu rốn và những bệnh lý liên quan. Tuy nhiên, tắc ruột thứ phát do nang niệu rốn nhiễm trùng ở người trưởng thành là rất hiếm gặp, đặc biệt đây là ca đầu tiên được mô tả tại Việt Nam. Thông qua bài báo này có thể giúp người bác sĩ tìm hiểu lại về bệnh lý tồn tại di tích ống niệu rốn, biểu hiện lâm sàng, các phương tiện chẩn đoán và kinh nghiệm phẫu thuật mà chúng tôi áp dụng tại Bệnh viện Bình Dân trong điều trị bệnh lý này.

II. MÔ TẢ CA LÂM SÀNG

Một bệnh nhân nữ 31 tuổi nhập viện tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Bình Dân với triệu chứng đau bụng quanh rốn, chán ăn và nôn ói ra thức ăn cũ sau ăn trong 7 ngày nay. Trước nhập viện 3 ngày, bệnh nhân than không trung đại tiện được và có kèm theo sốt ớn lạnh kèm tiểu gắt buốt. Khai thác tiền căn chưa ghi nhận tiền căn mang thai hay phẫu thuật vùng bụng trước đây cũng như không có bệnh lý nội khoa hay phụ khoa nào.

Khám lâm sàng gợi ý có dấu hiệu tắc ruột qua tình trạng bụng chướng có đề kháng quanh rốn, gõ vang và bóng trực tràng trống, kèm tình trạng nhiễm trùng nặng với biểu hiện mạch nhanh 100 lần/phút, kèm sốt 38 độ C, vẻ mặt nhiễm trùng với huyết áp và nhịp thở trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân sau đó đã được đặt sonde mũi dạ dày, điều trị kháng sinh mạnh và thực hiện khẩn các xét nghiệm nhằm chẩn đoán nguyên nhân. Xét nghiệm máu gợi ý tình trạng nhiễm trùng nặng với tăng bạch cầu đa nhân chiếm 81,1% trong 22.600 bạch cầu/uL, tổng phân tích nước tiểu có bạch cầu (+) với Nitrit (+), trong khi các chỉ số khác nằm trong giới hạn bình thường.

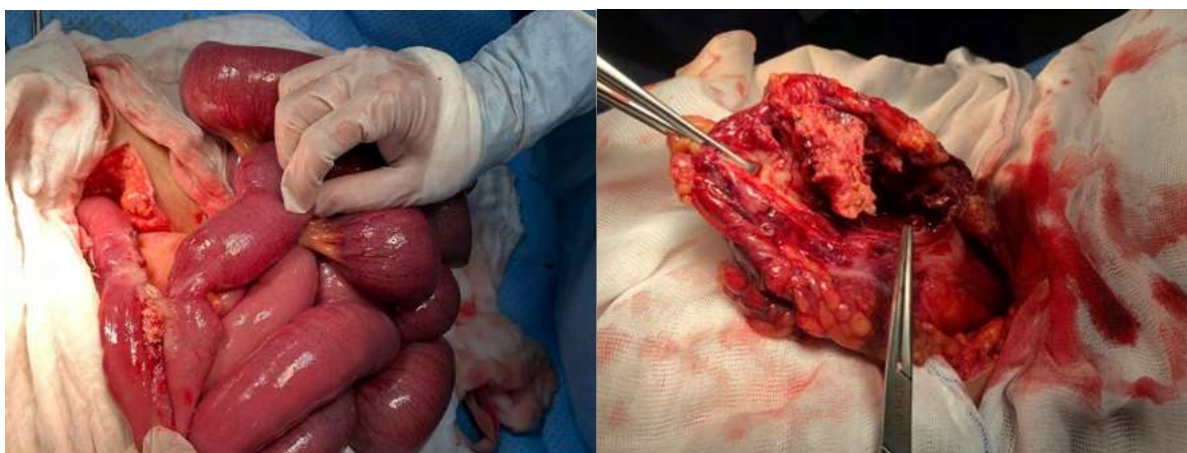
Phim Xquang bụng đứng cho thấy có vài mực nước hơi ruột non rải rác quanh rốn, mất khí khung đại tràng, không khí tự do ổ bụng. Chúng tôi cho chụp MSCT bụng – chậu cũng ngay sau đó phát hiện có tổn thương choán chỗ ở đường giữa bụng dưới rốn có đậm độ mô mềm dịch, kéo dài từ rốn đến thành trên bàng quang với kích thước 72x87x138mm, thâm nhiễm mỡ xung quanh có xâm lấn thành bụng trước, dính/xâm lấn vài quai ruột non gây dẫn ứ dịch quai ruột trên dòng 42mm cảm nghĩ u ống niệu rốn ung thư hóa xâm lấn gây tắc ruột non.



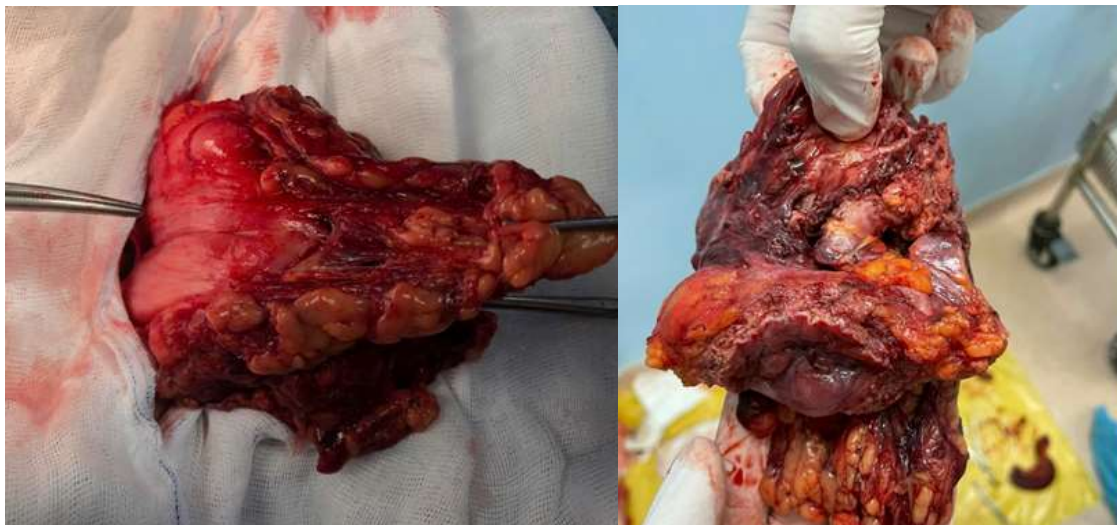
Hình 1: Hình ảnh MSCT nang niệu rốn nhiễm trùng áp xe hóa kèm các quai ruột non giãn lớn

Bệnh nhân đã được hồi sức, hỗ trợ điện giải, dịch truyền và được chỉ định phẫu thuật cấp cứu sau đó. Ekip phẫu thuật lựa chọn mở đường giữa trên rốn vì tình trạng bụng chướng và sự xâm lấn vùng giữa bụng dưới của khối tổn thương, ổ bụng có dịch mủ trắng đục khu trú giữa các quai ruột non vùng rốn – hạ vị, thăm sát thấy khối choán chỗ nghi u nang ống niệu rốn to 10x5cm xâm lấn thành bụng đường giữa từ dưới rốn đến đỉnh bàng quang, mô bờ, xẻ vào có dịch mủ hôi giống dịch ruột non, kế cận có các quai ruột non dính vào gấp góc, có 1 quai ruột dính chặt có điểm chuyển tiếp rõ ràng nghi

ngờ là quai ruột nguyên nhân có tắc và thông nối với u ống niệu rốn. Chẩn đoán trong mổ được xác lập là U nang niệu rốn nhiễm trùng xâm lấn thành bụng, xâm lấn ruột non gây rò và tắc ruột non, ekip phẫu thuật đã thực hiện gỡ dính, phá ổ áp xe, hút sạch mủ, cắt đoạn ruột non bị xâm lấn dài khoảng 15cm và tiến hành nối ruột kiểu tận – tận, hội chẩn Ngoại niệu trên bàn mổ thực hiện cắt trọn nang niệu rốn kèm phần chóp bàng quang, cắt lọc mô xâm lấn thành bụng gửi giải phẫu bệnh lý, khâu bàng quang, rửa bụng sạch đến nước trong và đặt dẫn lưu ổ bụng.



Hình 2: (Phải): đoạn ruột non dính gấp góc cạnh ổ áp xe; (Trái) lòng nang niệu rốn nhiễm trùng



Hình 3: Hình ảnh nang niệu rốn và phần chớp bàng quang sau khi cắt

Trong giai đoạn hậu phẫu, bệnh nhân được tiếp tục điều trị kháng sinh phổ rộng, hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch một phần. Ngày hậu phẫu 3, bệnh nhân bắt đầu xì hơi, được rút sonde mũi dạ dày và bắt đầu dinh dưỡng đường miệng bằng nước đường, được chụp cản quang lòng bàng quang kiểm tra xì rò nước tiểu vào ngày hậu phẫu thứ 7, rút sonde tiểu cùng ngày và xuất viện vào ngày thứ 8. Các marker ung thư đã được thực hiện vào ngày hậu phẫu đầu tiên gồm AFP, CA19-9, CEA, CA125 và CYFRA 21.1 đều cho kết quả bình thường. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy phần mô nang niệu rốn có đại thể kiểu viêm, vách dày, có nhiều giả mạc và vi thể hiện diện nhiều tế bào viêm, bạch cầu đa nhân và mô hoại tử, không thấy tế bào u hay lao, riêng đoạn ruột được cắt tại vị trí dính với nang niệu rốn có một lỗ thủng 1,5cm, xung quanh hoại tử, bề mặt ngoài phủ nhiều giả mạc. Kết luận cho kết quả giải phẫu bệnh là áp xe nang niệu rốn ăn lan đoạn ruột non và thành bụng.

III. BÀN LUẬN

Ống niệu rốn (urachus), hay dây chằng rốn giữa, là một cấu trúc ống đường giữa có

chiều dài từ 3 đến 10 cm và đường kính 8 đến 10 mm, kéo dài lên phía trên từ vòm trước của bàng quang tới rốn. Dọc theo đường đi của nó từ bàng quang đến rốn, ống niệu rốn nằm giữa mạc ngang ở phía trước và phúc mạc thành phía sau được gọi là khoang Retzius. Nó là một dấu vết tồn lưu của ít nhất hai cấu trúc phôi: ổ nhóp (cloaca) là sự kéo dài lên phía đầu của xoang niệu-dục (tiền thân bàng quang của thai), và niệu nang (allantois) là một phát sinh của túi noãn hoàng [1]. Vào khoảng tháng thứ 4 hay thứ 5 của thai kỳ, bàng quang di chuyển xuống khung chậu và phần đỉnh của nó hẹp lại dần dần thành một dải xơ cơ nhỏ phủ biểu mô, đó là ống niệu rốn (urachus). Trong giai đoạn phôi và thai sau đó và giai đoạn sớm sau sinh, phần niệu rốn vẫn còn nhỏ, không phát triển; lòng của nó hẹp và thường bị tắc do sự tăng sinh xơ. Ở 1/3 người trưởng thành, nó có thể thấy khi soi kính hiển vi như là một cấu trúc thông với lòng bàng quang; tuy nhiên, về mặt chức năng nó được cho là khép vào nửa cuối của thai kỳ [2].

Ống niệu rốn bình thường thoái triển trước sinh, còn lại dưới dạng một dải xơ với chức năng không được biết. Tuy nhiên sự tồn

lưu ống niệu rốn phôi làm phát sinh nhiều vấn đề lâm sàng, không chỉ ở trẻ ẵm mà còn ở người trưởng thành. Bởi vì các bệnh của ống niệu rốn tồn lưu là một biểu hiện ít gặp với các dấu hiệu và triệu chứng ổ bụng, niệu khoa không đặc hiệu, chẩn đoán xác định trước mổ không dễ dàng [3].

Có 2 dạng bất thường bệnh lý nang niệu rốn đã được mô tả gồm bẩm sinh và mắc phải. Dạng bẩm sinh thường được nhận diện thời thơ ấu bởi lỗ mở của nang niệu rốn dẫn nước tiểu rỉ ra ở lỗ rốn của đứa bé được gọi là tồn tại ống niệu rốn (congenital patent urachus), chiếm khoảng một nửa dị dạng bệnh lý nang niệu rốn. Còn dạng mắc phải được phân loại thành 3 thể: (1) xoang ống niệu rốn (umbilical urachal sinus); (2) túi thừa bàng quang – niệu rốn (vesicourachal diverticulum); (3) u nang niệu rốn (urachal cyst). Trong một tổng quan về bệnh lý ống niệu rốn của M. Blichert-Tof và cộng sự trên 315 ca thì có gần $\frac{1}{2}$ là tồn tại ống niệu rốn bẩm sinh, còn lại là 52,4% bất thường mắc phải, trong đó có đến 58,8% là dạng nang niệu rốn với xu hướng có tình trạng nhiễm trùng kèm theo [4].

U nang ống niệu rốn (urachal cyst) phát triển nếu ống niệu rốn đóng ở đầu bàng quang và rốn nhưng không khép kín ở đoạn giữa hai đầu tận này, chủ yếu xảy ra ở 1/3 dưới của ống niệu rốn và ít khi ở 1/3 trên [5]. U nang ống niệu rốn thường nhỏ, nhưng kích thước có thể rất biến đổi. Thông thường không có triệu chứng, có thể gây đau vùng quanh rốn, sốt nếu có nhiễm trùng nhưng thường không đặc hiệu và khó chẩn đoán, dễ nhầm với các bệnh lý khác trong ổ bụng như thoát vị rốn nghẹt, viêm túi thừa Meckel, viêm ruột thừa,... Như trong báo cáo ca Michael P.O's Leary ghi nhận một bệnh nhân nam trẻ, không có tiền sử phẫu thuật,

nhập viện với than phiền đau hố chậu phải kèm chướng bụng tăng dần, chẩn đoán trước mổ nghĩ nhiều tắc ruột non thứ phát do ổ áp xe ruột thừa và sau đó bệnh nhân đã được mổ với xác chẩn trong mổ là tắc ruột non do dính với nang niệu rốn nhiễm trùng [3]. Hay ca lâm sàng chẩn đoán nhầm nang niệu rốn nhiễm trùng với thoát vị rốn nghẹt do A. Ash mô tả trên bệnh nhân nam trẻ bị đau nhiều vùng rốn sau khi khiêng vác nặng [6]. Ở bệnh nhân mà chúng tôi mô tả, chẩn đoán sơ bộ về tình trạng tắc ruột non kèm nhiễm trùng đã được nghi ngờ nhưng chưa rõ căn nguyên, qua phim MSCT cho thấy một tổn thương choán chỗ đường giữa dưới rốn nghi ngờ nhiều u nang niệu rốn xâm lấn thành bụng và ruột non gây tắc ruột kèm với dấu hiệu viêm phúc mạc khu trú qua dấu hiệu đề kháng vùng quanh rốn và nhiễm khuẩn tiết niệu cũng hướng chẩn đoán đến một u nang niệu rốn nhiễm trùng chưa loại trừ ung thư vì kích cỡ và sự xâm lấn các cấu trúc lân cận.

Nhiễm trùng của u nang niệu rốn (urachal cyst) rất hiếm xảy ra sau tuổi 50. Hầu hết các trường hợp nhiễm trùng xảy ra ở giai đoạn sơ sinh. Bệnh nhân có thể xuất hiện các triệu chứng như đau, ban đỏ quanh rốn và tăng bạch cầu. Khoang Retzius, nơi chứa ống niệu rốn, nằm ngoài phúc mạc, và các phương án điều trị bao gồm rạch và dẫn lưu nhiễm trùng trước phúc mạc kèm theo việc thay băng và phẫu thuật cắt bỏ nang bệnh lý sau đó [7]. Nang niệu rốn nằm phía trước và ngoài ổ phúc mạc, vì vậy cần sớm phát hiện tình trạng viêm nhiễm hay ác tính hóa xâm lấn vào trong ổ phúc mạc nhằm can thiệp kịp thời. Trên bệnh nhân của chúng tôi có biểu hiện tắc ruột muộn do một tổn thương nghi ung thư ống niệu rốn xâm lấn nhiễm trùng hướng ekip phẫu thuật cấp cứu đặt ra 2 vấn đề cần giải quyết: (1) Giải quyết tình trạng

tắc ruột bằng cắt đoạn ruột hoặc nối tắt; (2) cắt trộn và cắt làm sạch tối đa tổn thương u nang niệu rốn và một phần chóp bàng quang gửi giải phẫu bệnh nhằm xác định rõ tính chất mô học và hạn chế sự tái phát của bệnh.

Sự tồn tại ống niệu rốn tiến triển thành ung thư rất hiếm gặp, chiếm dưới 0,01%. Các báo cáo trường hợp đã mô tả sự tiến triển của bệnh thành ung thư tuyến (adenocarcinoma), thường xảy ra ở độ tuổi từ 50 đến 70, và sarcoma xảy ra ở người lớn trước tuổi 50 [8, 9]. Các trường hợp adenocarcinoma của dây chằng niệu rốn có đáp ứng kém với xạ trị và hóa trị. Việc phẫu thuật cắt bỏ đối với những bệnh nhân có thể phẫu thuật đã cải thiện tỷ lệ sống không bệnh. Tuy nhiên, tỷ lệ sống sau 5 năm chỉ khoảng 40%. Tỷ lệ sống lâu dài được cải thiện khi đạt được rìa cắt bỏ âm tính và không có sự di căn hạch [10]. Do đó, trong trường hợp nghi ngờ bệnh lý ác tính của niệu rốn, nên cố gắng cắt bỏ khối u một cách hoàn chỉnh với rìa diện cắt âm tính.

Các phương tiện hình ảnh học để chẩn đoán bệnh lý này chủ yếu là siêu âm và phim MSCT, do CT và siêu âm hiển thị các ảnh cắt ngang và ống niệu rốn ở trong thành bụng trước nằm cách xa các cấu trúc ruột gây ảnh giả, các phương tiện này thích hợp để chứng minh các bất thường của ống niệu rốn. Trong cấp cứu, siêu âm là phương tiện tiện dụng vì nhanh và dễ sử dụng, có thể phát hiện các cấu trúc nang từ 2cm trở lên, đặc biệt có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tồn tại ống niệu rốn, xoang niệu rốn và nang niệu rốn ở trẻ em, vì lẽ đó siêu âm được lựa chọn là phương tiện hàng đầu khi tiếp cận bệnh lý này ở trẻ em. Riêng người trưởng thành, siêu âm cũng nên được sử dụng để gợi ý chẩn đoán, cần khảo sát phim MSCT đặc biệt ở mặt phẳng đứng để quan sát rõ khoang Retzius, nhằm phát hiện dấu hiệu ác tính của

nang niệu rốn cũng như các tạng xung quanh [11]. Tuy nhiên, khi nang niệu rốn có biến chứng như nhiễm trùng, sự thâm nhiễm mỡ xung quanh có thể che giấu đi sự biểu hiện bệnh lý thật sự trong khoang Retzius, làm khó để phân biệt ống niệu rốn tồn lưu bị nhiễm khuẩn với ung thư biểu mô niệu rốn như trong ca lâm sàng mà chúng tôi mô tả.

Việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý nang niệu rốn có biến chứng cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa chuyên khoa Ngoại tổng quát và Ngoại niệu. Vì đây là một bệnh lý khó phát hiện, diễn tiến mạn tính và gây nhiều biến chứng nguy hiểm như trường hợp chúng tôi mô tả. Cần nghi ngờ đến nang niệu rốn nhiễm trùng gây tắc ruột là một chẩn đoán phân biệt trong trường hợp người trẻ chưa từng có tiền căn phẫu thuật kèm hình ảnh tắc ruột với điểm chuyển tiếp gần thành bụng trước – dưới. Sự phối hợp của siêu âm và phim vi tính cắt lớp có thể gợi ý bệnh lý của nang niệu rốn và phương pháp phẫu thuật được áp dụng bao gồm giải quyết biến chứng từ cơ quan liên quan và cắt trộn vùng bệnh lý niệu rốn nhằm hạn chế tái phát và loại trừ ung thư.

IV. TÓM LƯỢC

Ca lâm sàng mà chúng tôi mô tả đóng góp vào kho tàng y học một biểu hiện lâm sàng hiếm gặp của bệnh lý nang niệu rốn nhiễm trùng gây tắc ruột non thứ phát với biểu hiện lâm sàng rõ về triệu chứng nhưng mơ hồ về nguyên nhân. Qua đó, giúp người bác sĩ biết thêm về 1 nguyên nhân có thể gây tắc ruột, hiểu thêm về bệnh lý tồn tại nang niệu rốn và các phương tiện chẩn đoán và phương pháp phẫu thuật có thể áp dụng.

V. CAM ĐOAN

Những thông tin lâm sàng mà chúng tôi có là hoàn toàn đúng sự thật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berman, S.M., et al.,** Urachal remnants in adults. *Urology*, 1988. 31(1): p. 17-21.
2. **Schubert, G.E., M.B. Pavkovic, and B.A.** Bethke-Bedurftig, Tubular urachal remnants in adult bladders. *J Urol*, 1982. 127(1): p. 40-2.
3. **O'Leary, M.P., et al.,** Urachal Cyst Causing Small Bowel Obstruction in an Adult with a Virgin Abdomen. *Case Reports in Surgery*, 2016. 2016.
4. **Blichert-Toft, M. and O.V. Nielsen,** Diseases of the urachus simulating intra-abdominal disorders. *Am J Surg*, 1971. 122(1): p. 123-8.
5. **Spataro RF, D.R., McLachlan MSF, et al.,** Urachal abnormalities in the adults. *Radiology*, 1983. 149: p. 659-663.
6. **Ash, A., R. Gujral, and C. Raio,** Infected urachal cyst initially misdiagnosed as an incarcerated umbilical hernia. *J Emerg Med*, 2012. 42(2): p. 171-3.
7. **Lees, V.C. and P.T. Doyle,** Urachal cyst presenting with abscess formation. *J R Soc Med*, 1991. 84(6): p. 367-8.
8. **Mattelaer, P., et al.,** Adenocarcinoma of the urachus: 3 case reports and a review of the literature. *Acta Urol Belg*, 1997. 65(1): p. 63-7.
9. **Tsiouris, A., et al.,** Urachal tumour: clinical and radiological features of a poorly understood carcinoma. *Ann R Coll Surg Engl*, 2007. 89(6): p. W17-8.
10. **Siefker-Radtke, A.O., et al.,** Multimodality management of urachal carcinoma: the M. D. Anderson Cancer Center experience. *J Urol*, 2003. 169(4): p. 1295-8.
11. **Jeong-Sik Yu, M.K.W.K., MD • Hwa-Jin Lee, MD • Young-Jun Lee, MD • Choon-Sik Yoon, MD • Myung-Joon Kim, MD,** Urachal Remnant Diseases: Spectrum of CT and US Findings. *RadioGraphics*, 2001. 21: p. 451-461.

LẤY SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẦM NHỎ (MINI-PCNL) MỘT LỰA CHỌN KHẢ THI TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN SAN HÔ

Nguyễn Thế Tùng¹, Mai Viết Nhật Tân¹, Nguyễn Lê Hoàng Anh¹,
Nguyễn Tế Kha¹, Phan Trường Bảo²,
Đỗ Anh Toàn^{1,3}, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết điều trị sỏi thận san hô bằng phương pháp lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL) tại Bệnh viện Bình Dân

Phương pháp: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca 85 trường hợp sỏi thận san hô được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ từ tháng 1/2024 đến tháng 9/2024 tại Bệnh Viện Bình Dân.

Kết quả: Trong 85 trường hợp, nam có 46 TH (54,1%) và nữ có 39 TH (35,9%). Có 65/85 TH (76,5%) sỏi san hô toàn phần và 20/85 TH (23,5%) sỏi bán san hô. Sỏi bên trái 46/85 TH (54,1%), sỏi bên phải 34/85 TH (40,0%) và sỏi hai bên 5/95 TH (5,9%). Tuổi trung bình 52,43 ± 23,56 tuổi, lớn nhất là 82 tuổi và nhỏ nhất là 17 tuổi. BMI trung bình 23,26 ± 5,64 kg/m². Trong số bệnh nhân trên có 23 TH (27,06%) bị THA,

11TH (12,94%) bị ĐTĐ2, 9 TH (10,59%) bị các bệnh khác. Trình trạng có vết mổ cũ cùng bên phẫu thuật có 12 TH (14,12%). Trình trạng thận ứ nước là: không ứ nước 24 TH (28,2%), ứ nước độ I có 27 TH (31,8%), ứ nước độ II có 22 TH (25,9%), ứ nước độ III có 12 TH (14,1%). Diện tích sỏi trung bình là 1366,2 mm² (392,5-4333,2), độ Hounsfield trung bình: 1092,47 ± 470,3 HU (600-1600). Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ có 78 TH (91,8%) có bạch cầu trong nước tiểu, 7 TH (8,2%) không có bạch cầu trong nước tiểu. Có 17 TH (20%) cấy nước tiểu dương tính trước mổ. Khi chọc dò vào đài bể thận thì có 81TH (95,3%) Chọc dò vào đài dưới, có 3 TH (3,5%) chọc dò vào đài giữa và 1 TH (1,2%) chọc dò vào đài trên. 80 TH (94,1%) nông 1 đường hầm và 5 TH (5,9%) nông 2 đường hầm. Thời gian tán sỏi trung bình 65,87 ± 45,6 phút (10-120), Thời gian mổ trung bình 105,35 ± 59,6 phút (40-180). Sau mổ có 48 TH (56,5%) được đặt JJ, Tất cả các trường hợp trên đều được dẫn lưu thận ra da. Thời gian nằm viện trung bình: 10,33 ngày (3-31). Thời gian mang ống dẫn lưu trung bình: 6,29 ngày (1-47). Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ: 21/85 TH (24,7%), Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 42/85 TH (49,4%), Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng: 67/85 TH (78,8%) Tỷ lệ thực hiện miniPCNL lần 2: 32/85 TH (37,6%) Tỷ lệ thực hiện mini PCNL lần 3: 5/85 TH (5,9%). HGB trung bình trước mổ: 13,68 g/dl (8,8-17,2), HGB trung bình sau mổ: 12,13g/dl (7.6-16.9) Mức giảm HGB trung bình 1,56 g/dl (-0,8-5,4), có 4/85 TH (4,8%) cần truyền máu

¹Khoa Phẫu Thuật Ung Bướu Tiết Niệu Bệnh Viện Bình Dân

²Phòng Nghiên Cứu Khoa Học Bệnh Viện Bình Dân

³Bộ Môn Ngoại Tiết Niệu ĐHYD TP Hồ Chí Minh

⁴Bộ Môn Ngoại Tiết Niệu Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Tùng.

SĐT: 0972922175

Email: thetungnguyen123@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

Có 54/85 trường hợp không có biến chứng (63,5%), có 31/85 trường hợp có biến chứng (37,5%). Biến chứng chủ yếu là sốt, nhiễm khuẩn sau mổ. Không có trường hợp nào phải nằm ICU, không có trường hợp nào tử vong.

Kết luận: Lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận san hô là phương pháp an toàn và khả thi.

Từ khóa: Sỏi thận san hô, lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ (Mini-PCNL)

SUMMARY

MINI-PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY (MINI-PCNL): A FEASIBLE OPTION IN THE TREATMENT OF STAGHORN KIDNEY STONES

Objective: To evaluate the outcomes of treating staghorn kidney stones using the mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL) method at Binh Dan Hospital.

Method: A retrospective, descriptive series of 85 cases of staghorn kidney stones treated with the mini-PCNL method from January 2024 to September 2024 at Binh Dan Hospital

Results: Among the 85 cases, there were 46 males (54.1%) and 39 females (45.9%). Complete staghorn stones were present in 65 out of 85 cases (76.5%), and partial staghorn stones in 20 out of 85 cases (23.5%). Stone location: Left kidney stones: 46 cases (54.1%), Right kidney stones: 34 cases (40.0%), Bilateral stones: 5 cases (5.9%). Average age: 52.43 ± 23.56 years (range 17–82 years). Average BMI: 23.26 ± 5.64 kg/m². Hypertension (HTN): 23 cases (27.06%), type 2 Diabetes Mellitus (T2DM): 11 cases (12.94%), other diseases: 9 cases (10.59%), previous surgical scars on the same side: 12 cases (14.12%). The status of hydronephrosis was: no hydronephrosis in 24 cases (28.2%), grade I hydronephrosis in 27

cases (31.8%), grade II hydronephrosis in 22 cases (25.9%), and grade III hydronephrosis in 12 cases (14.1%). The average stone area was 1366.2 mm² (392.5–4333.2), and the average Hounsfield unit was 1092.47 ± 470.3 HU (600–1600). Preoperative urinalysis showed 78 cases (91.8%) with leukocytes in the urine, and 7 cases (8.2%) without leukocytes. There were 17 cases (20%) with positive urine cultures before surgery. During puncture into the renal pelvis, 81 cases (95.3%) were punctured into the lower calyx, 3 cases (3.5%) into the middle calyx, and 1 case (1.2%) into the upper calyx. In 80 cases (94.1%), one tract was dilated, and in 5 cases (5.9%), two tracts were dilated. The average stone fragmentation time was 65.87 ± 45.6 minutes (10–120), and the average surgery time was 105.35 ± 59.6 minutes (40–180). Postoperatively, 48 cases (56.5%) had a JJ stent placed, and all cases had nephrostomy drainage. The average hospital stay was 10.33 days (3–31). The average duration of drainage tube placement was 6.29 days (1–47). The immediate postoperative stone-free rate was 21/85 cases (24.7%), the stone-free rate after 1 month was 42/85 cases (49.4%), and the stone-free rate after 3 months was 67/85 cases (78.8%). The rate of performing a second mini-PCNL was 32/85 cases (37.6%), and a third mini-PCNL was 5/85 cases (5.9%). The average preoperative hemoglobin (HGB) was 13.68 g/dl (8.8–17.2), and the average postoperative HGB was 12.13 g/dl (7.6–16.9), with an average HGB decrease of 1.56 g/dl (–0.8–5.4). Blood transfusion was required in 4/85 cases (4.8%). There were 54/85 cases without complications (63.5%), and 31/85 cases with complications (37.5%). The main complication was postoperative infectious fever. There were no cases requiring ICU admission, and no mortality cases.

Conclusion: Mini - percutaneous nephrolithotomy in the treatment of staghorn kidney stones is a safe and feasible method.

Keywords: Staghorn kidney stones, mini-percutaneous nephrolithotomy (mini-PCNL)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi thận san hô là dạng sỏi thận phức tạp có phân nhánh vào hệ thống các đài thận. Sỏi san hô nếu không điều trị kịp thời dẫn đến tổn hại đến thận, làm thận mất chức năng suy thận hoặc gây nhiễm khuẩn huyết đe dọa đến tính mạng. Lấy sạch sỏi là mục tiêu quan trọng trong điều trị sỏi thận san hô nhằm loại bỏ ổ nhiễm trùng, giảm tắc nghẽn, ngăn ngừa tái phát và bảo tồn chức năng thận¹. Theo Hướng dẫn của Hiệp hội tiết niệu châu Âu và Hiệp hội tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) khuyến nghị lấy sỏi thận qua da (PCNL) là phương pháp điều trị đầu tay cho sỏi có kích thước lớn (kích thước >2 cm). PCNL là phương pháp tiếp cận an toàn và ít xâm lấn khi so sánh với phẫu thuật mở cho bệnh nhân có sỏi san hô². Jackman và cộng sự³ đã giới thiệu phương pháp lấy sỏi thận qua da đường hầm nhỏ (mini-PCNL). Với kích thước đường hầm nhỏ hơn lấy sỏi qua da tiêu chuẩn, Mini-PCNL làm giảm tỷ lệ biến chứng chảy máu so với PCNL tiêu chuẩn. Tuy nhiên, phương pháp mini-PCNL chủ yếu được chỉ định cho sỏi thận nhỏ kích thước nhỏ hơn 2,5cm. Vậy liệu Mini-PCNL có khả thi trong điều trị sỏi thận phức tạp như sỏi sỏi san hô không. Từ đó chúng tôi làm nghiên cứu nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ Mini-PCNL trong điều trị sỏi thận san hô.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là

sỏi thận san hô, được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ tại bệnh viện Bình Dân.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận san hô
- Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ với năng lượng Holmium Laser.

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

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.
- Bệnh án không liên lạc bệnh nhân được, bệnh nhân bỏ tái khám theo dõi
- Bệnh nhân có chống chỉ định lấy sỏi thận qua da

Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Tháng 1/2024 đến tháng 9/2024

- Nghiên cứu được tiến hành tại các khoa Tiết Niệu Bệnh Viện Bình Dân

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu toàn bộ 85 bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi thận san hô và sỏi bán san hô được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu đánh giá kết quả sau phẫu thuật được thu thập thông qua hồ sơ bệnh án khai thác các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh và kết quả phẫu thuật của bệnh nhân.

Kết quả chẩn đoán hình ảnh trước phẫu thuật: (Siêu âm ổ bụng, Xquang hệ tiết niệu, Chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu) để xác định:

- + Kích thước sỏi: Kích thước sỏi trong nghiên cứu của chúng tôi là kích thước lớn nhất của sỏi đo được trên siêu âm và cắt lớp vi tính, đơn vị là mm.

+ Dựa vào kết quả MSCT để tính diện tích bề mặt sỏi. Theo công thức Tiselius⁴:

$$S = \text{chiều dài} \times \text{chiều ngang} \times \pi \times 0,25$$

+ Số lượng sỏi: 1 viên, 2 và ≥ 3 viên

- Mức độ giãn đài bể thận trong nghiên cứu dựa trên kết quả phim chụp cắt lớp vi tính và được chia làm 3 mức độ.

- Phân loại sỏi thận⁵

• Sỏi bán san hô (partial staghorn calculi): Là sỏi nằm ở bể thận có nhánh vào ít nhất hai nhóm đài thận.

• Sỏi san hô hoàn toàn (complete staghorn calculi): Là sỏi bể thận có nhánh vào ít nhất 80% các đài thận.

Đánh giá kết quả phẫu thuật

Thời gian mổ, thời gian tán sỏi

Vị trí đài bể thận được chọc dò vào: đài trên, đài giữa, đài dưới

Dụng cụ nong đường hầm, kích thước đường hầm.

Số đường hầm vào thận trên mỗi bệnh nhân

Có đặt dẫn lưu thận, đặt JJ không.

Biến chứng lúc phẫu thuật như: chảy máu, nhiễm khuẩn, tổn thương tạng....

Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ dựa trên hình ảnh C.arm.

*** Kết quả sớm sau phẫu thuật**

Triệu chứng và biến chứng sớm sau mổ: chảy máu, sốt, truyền máu, nhiễm khuẩn...

Thời gian dùng thuốc giảm đau.

Thời gian hậu phẫu

Số lần thực hiện phẫu thuật PCNL.

Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng

Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng

Tiêu chuẩn sạch sỏi⁷

Sạch sỏi: Trên phim Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị và siêu âm không còn sỏi hoặc có sỏi $< 4\text{mm}$.

Sốt sỏi: Trên phim Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị và siêu âm có sỏi $\geq 4\text{mm}$.

Phương pháp thống kê và xử lý số liệu

Số liệu thu thập theo các nội dung nghiên cứu đã nêu gồm các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu bệnh án được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS, Excell.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung: chúng tôi phân tích với số mẫu $N=85$ trường hợp bệnh nhân có sỏi san hô, nam có 46 TH (54,1%), nữ có 39 TH (45,9%). Tuổi trung bình $52,43 \pm 23,56$ tuổi (17-82 tuổi), BMI trung bình $23,26 \pm 5,64$ (17,6- 31,25) kg/m^2 . Có 46 TH (54,1%) sỏi bên trái, 34 TH (40,0%) sỏi bên phải và 5 TH (5,9%) sỏi san hô 2 bên. Trong số bệnh nhân trên có 23 TH (27,06%) bị THA, 11TH (12,94%) bị ĐTĐ2, 9 TH (10,59%) bị các bệnh khác. Trình trạng có vết mổ cũ cùng bên phẫu thuật có 12 TH (14,12%). Tất cả các trường hợp này đều có triệu chứng đau hông lưng khi nhận viện.

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

N	85 TH	
Tuổi trung bình	$52,43 \pm 23,56$ (17-82) tuổi	
Giới tính		
Nam	46	54,1%
Nữ	39	45,9%
BMI	$23,26 \pm 5,64$ (17,6- 31,25) kg/m^2	
Tiền căn		

THA	23	27,06 %
ĐTĐ Typ 2	11	12,94 %
Suy thận	1	1,18 %
Stent mạch vành	1	1,18 %
Gout	2	2,36 %
Hen phế quản	1	1,18 %
Suy giáp	1	1,18 %
Bướu giáp	1	1,18 %
U vú	1	1,18 %
vết mổ cũ cùng bên phẫu thuật	12	14,12 %
Vị trí sỏi		
Bên trái	46	54,1%
Bên phải	34	40,0%
Hai bên	5	5,9%
Thang điểm ASA		
Độ 1	3	3,5%
Độ 2	70	82,4%
Độ 3	12	14,1%

Trong 85 TH, có 65 TH (76,5%) là sỏi san hô toàn phần, 20 TH (23,5%) là sỏi bán san hô. Trình trạng thận ứ nước là: không ứ nước 24 TH (28,2%), ứ nước độ I có 27 TH (31,8%), ứ nước độ II có 22 TH (25,9%), ứ nước độ III có 12 TH (14,1%). Diện tích sỏi trung bình là 1366,2 mm² (392,5-4333,2), độ Hounsfield trung bình: 1092,47 ± 470,3 HU (600-1600).

Kết quả tổng phân tích nước tiểu trước mổ có 78 TH (91,8%) có bạch cầu trong nước tiểu, 7 TH (8,2%) không có bạch cầu trong nước tiểu. trong đó có 17 TH (20%) cấy nước tiểu dương tính trước mổ. Tất cả các trước hợp này đều được điều trị kháng sinh trước mổ.

Thời gian trung bình dùng kháng sinh trước mổ: 3,89 ngày (0-17)

Bảng 2. Đặc điểm sỏi san hô

Mức độ ứ nước		
Không ứ nước	24	28,2%
Độ 1	27	31,8%
Độ 2	22	25,9%
Độ 3	12	14,1%
Phân loại sỏi san hô		
San hô	65	76,5%
Bán san hô	20	23,5%
Diện tích sỏi	1366,2 mm2 (392.5-4333.2)	
Đô hounsfield	1092,47 ± 470,3 HU (600-1600)	
Bạch cầu nước tiểu		

Dương tính	78	91,8%
Âm tính	7	8,2%
Cấy nước tiểu trước mổ		
Âm tính	68	80,0%
Dương tính	17	20,0%
Ecoli	3	3,5%
Ecoli CARBD	2	2,4%
Ecoli ESBL	4	4,7%
Enteroccus Faecalis	1	1,2%
Klebsilla Pneumoniae	4	4,7%
Proteus Mirabilis	1	1,2%
Staphylococcus Haemolyticus MRSA	1	1,2%
Streptococcus Agalactiae	1	1,2%

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật và sau phẫu thuật

	N	Tỷ lệ
Vị trí chọc dò vào đài bể thận		
Đài dưới	81	95,3%
Đài giữa	3	3,5%
Đài trên	1	1,2%
Kích thước amplat		
16.5 Fr	50	58,8%
18.0 Fr	12	14,1%
20.0 Fr	4	4,7%
21.0 Fr	18	21,2%
22.0 Fr	1	1,2%
Số đường hầm		
1 đường hầm	80	94,1%
2 đường hầm	5	5,9%
Thời gian mổ trung bình	105,35 ± 59,6 phút (40-180)	
Thời gian tán sỏi trung bình	65,87 ± 45,6 phút (10-120)	
Có mở thận ra da	85	100%
Có đặt JJ	48	56,5%

Có 85 TH sỏi thận san hô được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ (Mini-PCNL). Khi chọc dò vào đài bể thận thì có 81TH (95,3%) chọc dò vào đài dưới. Có 3 TH (3,5%) chọc dò vào đài giữa và 1 TH (1,2%) chọc dò vào đài trên. Kích thước amplat dùng khi tán sỏi có 50 TH

(58,8%) có kích thước 16,5 Fr, 12 TH (14,1%) có kích thước 18Fr, 4TH (4,7%) có kích thước 20Fr, 18 TH (21,2%) có kích thước 21Fr và 1 TH (1,2%) có kích thước 22Fr. 80 TH (94,1%) nong 1 đường hầm và 5 TH (5,9%) nong 2 đường hầm. Thời gian tán sỏi trung bình 65,87 ± 45,6 phút (10-120),

Thời gian mổ trung bình $105,35 \pm 59,6$ phút (40-180). Sau mổ có 48 TH (56,5%) được đặt JJ, tất cả các trường hợp trên đều được dẫn lưu thận ra da.

Thời gian hậu phẫu trung bình: 5,56 ngày (2-20)

Thời gian nằm viện trung bình: 10,33 ngày (3-31)

Thời gian mang ống dẫn lưu trung bình: 6.29 ngày (1-47)

Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ: 21/85 TH (24,7%)

Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 42/85 TH (49,4%)

Tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng: 67/85 TH (78,8%)

Tỷ lệ thực hiện miniPCNL lần 2: 32/85 TH (37,6%)

Tỷ lệ thực hiện mini PCNL lần 3: 5/85 TH (5,9%)

Các trường hợp sỏi sỏi được điều trị bằng: tán sỏi ngoài cơ thể, thực hiện Mini-PCNL thì sau, theo dõi...

Tai biến biến chứng

HGB trung bình trước mổ: 13,68 g/dl (8,8-17,2), HGB trung bình sau mổ: 12,13g/dl (7,6-16,9) Mức giảm HGB trung bình 1,56 g/dl (-0,8-5,4), có 4/ 85 TH (4,8%) cần truyền máu.

Có 54/85 trường hợp không có biến chứng (63,5%), Có 31/85 trường hợp có biến chứng (37,5%), không có trường hợp nào phải nằm ICU, không có trường hợp nào tử vong.

Bảng 4. Mô tả các biến chứng và xử lý

Biến chứng	N	Tỷ lệ	Xử lý
Chảy máu	4	4,8 %	Truyền máu, điều trị nội
Sốt	3	3,5 %	Giảm sốt, điều trị nội khoa
Nghẹt thông thận	2	2,4%	Bơm rửa thông thận
Nhiễm khuẩn đường tiết niệu	18	21,2%	Kháng sinh, điều trị nội
Nhiễm khuẩn huyết	2	2,4%	Kháng sinh, điều trị nội
Tụ dịch nhiễm trùng sau mổ	1	1,2%	Dẫn lưu tụ dịch
Tiểu máu- túi giả phình động mạch thận	1	1,2%	DSA cầm máu

Bảng 5. Phân loại tai biến, biến chứng theo Clavien

Phân loại Clavien	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Độ I	5	5,9%
Độ II	24	28,22%
Độ IIIa	1	1,2%
Độ IIIb	1	1,2 %
Độ IVa	0	0,0 %
Độ IVb	0	0,0 %
Độ V	0	0,0%

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của người bệnh

Có 85 trường hợp sỏi san hô được điều trị bằng phương pháp lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ, trong đó có 46 TH (54,1%), Nữ có 39 TH (45,9%), nam mắc bệnh nhiều hơn nữ. Tỷ lệ Nam- nữ là 1,17/1. Tuổi trung bình $52,43 \pm 23,56$ (17-82) tuổi thấp nhất là 17 tuổi, tuổi cao nhất là 82 tuổi. Tỷ lệ nam- nữ 1.17/1 cho thấy tần suất mắc bệnh sỏi thận san hô nam nhiều hơn nữ, và tuổi tập trung là ở độ tuổi trung niên phù hợp với nhiều tác giả và bệnh học của sỏi thận^{8,9}

BMI trung bình $23,26 \pm 5,64$ (17,6-31,25) kg/m², phù hợp với BMI của người Việt Nam, tập trung chủ yếu vào BMI bình thường không cao (39/85 TH 45,9%) và có 4/85TH (4,7%) có BMI >30 những trường hợp này, phẫu thuật Mini-PCNL diễn ra thuận lợi, không ghi nhận nhiều khó khăn trong lúc mổ. Có 46 TH (54,1%) sỏi bên trái, 34 TH (40,0%) sỏi bên phải và 5 TH (5,9%) Sỏi san hô 2 bên được thực hiện mini-PCNL.

Trong 85 TH, có 49 TH có tiền căn bệnh lý, tần suất xuất hiện nhiều nhất là bệnh THA có 23/85 TH (27,06%), ĐTĐ 2 có 11TH (12,94%) và 9 TH (10,59%) bị các bệnh khác. Tình trạng bệnh lý mãn tính này phù hợp với tình hình các bệnh mãn tính xuất hiện ở độ tuổi trung niên của nhóm bệnh nhân trên.

Đặt điểm của sỏi thận san hô

Có 65 TH (76,5%) là sỏi san hô toàn phần, 20 TH (23,5%) là sỏi bán san hô. Trình trạng thận ứ nước là: không ứ nước 24 TH (28,2%), ứ nước độ I có 27 TH (31,8%), ứ nước độ II có 22TH (25,9%), ứ nước độ III có 12 TH (14,1%). Diện tích sỏi trung bình là

1266,2 mm² (392,5-4333,2). Sỏi san hô có diện tích khá lớn đặt biệt có độ Hounsfield trung bình: $1092,47 \pm 470,3HU$ (600-1600). Từ đó thấy diện tích sỏi san hô khá lớn đặt biệt có trường hợp sỏi san hô với diện tích 4333,2 mm² và độ cứng sỏi san hô khá cao điều này gây khó khăn đến khả năng tán sỏi sỏi cũng như kéo dài thời gian tán sỏi. Bên cạnh sỏi to phức tạp thì tình trạng nước tiểu với 78/85 TH (91,8%) là có bạch cầu trong nước tiểu, trong đó có 17/85 TH (20%) cấy dương tính với các vi khuẩn: Ecoli, Ecoli CARBD, Ecoli ESBL, Klebsilla Pneumoniae, Proteus Mirabilis, Staphylococcus Haemolyticus MRSA, Steptococus Agalactine. Điều này phù hợp với cơ chế hình thành sỏi san hô với các tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu. Tất cả những trường hợp này đều được điều trị kháng sinh phù hợp và cấy lại âm tính mới được lên chương trình phẫu thuật để tránh biến chứng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn sau mổ.

Đặc điểm phẫu thuật

Tất cả các trường hợp đều được thực hiện với tư thế nằm sấp, đây là tư thế tiêu chuẩn, quen thuộc với phẫu thuật viên niệu khoa khi thực hiện thủ thuật lấy sỏi qua da. Khi chọc dò vào đài bể thận thì có 81TH (95,3%) chọc dò vào đài dưới, có 3 TH (3,5%) chọc dò vào đài giữa và 1 TH (1,2%) chọc dò vào đài trên. Vị trí chọc dò vào đài thận chủ yếu là vào đài thận dưới với 81/85 TH (95,3%). Đây là điều hợp lý vì vị trí này là vùng ít mạch máu¹⁰, ít gây biến chứng chảy máu và khá quen thuộc cũng như dễ dàng thực hiện hơn các cách tiếp cận đài thận theo các đài thận đối với phẫu thuật viên.

Tuy nhiên trong những trường hợp sỏi có san hô quá nhiều nhánh và phân nhánh sâu vào đài thận thì chọn chọc dò vào đài dưới gây khó khăn cho việc tiếp cận sỏi, khó kiểm tra các đài thận và dễ sót sỏi sau mổ. Có 3/85 TH chọc chọc vào đài giữa và 1/85 TH chọc chọc vào đài trên, và có 5/85 TH (5,9%) chọn tiếp cận bằng 2 đường hầm vào đài bể thận. Những trường hợp này phẫu thuật viên chủ động tiếp cận vào vị trí có thể tiếp cận sỏi dễ dàng để tán sỏi cũng như kiểm tra sót sỏi sau tán sỏi.

Thời gian mổ trung bình $105,35 \pm 59,6$ phút (40-180). So với các tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2010)¹¹ là 98,3 phút (60-180), tác giả Phan Trường Bảo và cộng sự (2023)¹² là $64,2 \pm 38,7$ phút, tác giả Sanjay Khadgi và cộng sự (2021)¹³ $90 \pm 32,4$ phút. Thời gian mổ trung bình dài hơn so với các tác giả trên có thể là do sỏi phức tạp và to nên kéo dài thời gian mổ hơn. Thời gian tán sỏi trung bình $65,87 \pm 45,6$ phút (10-120), ngắn nhất 10 phút và dài nhất là 120 phút. Có những trường hợp thời gian qua ngắn chỉ 10 phút là do khi tiếp cận tán sỏi thì nghi ngờ có nhiễm khuẩn với nước tiểu lợn cợn nên phẫu thuật viên phải ngưng phẫu thuật và mở thận ra da để điều trị ổn nhiễm khuẩn rồi tán sỏi thì 2. Có nhiều trường hợp có thời gian tán sỏi kéo dài thậm chí đến 120 phút nguyên nhân do sỏi san hô to, cứng và phức tạp nên kéo dài thời gian tán.

Kết quả phẫu thuật

Tỷ lệ sạch sỏi là một trong những tiêu chí quan trọng nhất để đánh giá tính hiệu quả của các phương pháp điều trị sỏi thận. Tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ, 21/85 TH (24,7%), ngay sau mổ có nhiều trường hợp

còn sỏi to và có những trường hợp khi nong vào và tán sỏi được một phần sỏi thì thấy nghi ngờ nhiễm trùng nên ngưng phẫu thuật hoặc có nhiều trường hợp sỏi quá to, thời gian tán sỏi quá lâu có trường hợp hơn thời gian tán kéo dài đến 120 phút nên buộc phải dừng lại để lên chương trình tán sỏi thì 2 nên tỷ lệ sạch sỏi ngay sau mổ khá thấp chỉ 21/85 TH (24,7%) sạch sỏi. Nhiều trường hợp được tán thì 2 (tỷ lệ thực hiện mini- PCNL lần 2 32/85 TH (37,6%)) ngay phẫu thuật vài ngày và theo dõi tiếp sau 1 tháng thì tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 42/85 TH (49,4%). Sau đó xử trí những trường hợp sót sỏi còn lại bằng các biện pháp như nội khoa theo dõi, tán sỏi ngoài cơ thể, mini-PCNL lần 3 (5/85 TH (5,9%)) thì tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng: 67/85 TH (78,8%). So sánh với tác giả Phan Trường Bảo và cộng sự (2023)¹² tỷ lệ sạch sỏi 66,7%, Tác giả Blum và cộng sự (2018)⁶ tỷ lệ sạch sỏi 77,3%, tác giả Sanjay Khadgi và cộng sự (2021)¹³ là 83%. Tỷ lệ sạch sỏi của nguyên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể là do diện tích sỏi của nghiên cứu chúng tôi khá lớn, sỏi khá phức tạp và độ cứng của sỏi cao nên làm giảm tỷ lệ sạch sỏi. Tuy nhiên sau 3 tháng thì tỷ lệ sạch sỏi tăng lên : 67/85 TH (78,8%). Tỷ lệ sạch sỏi tốt khá cao và chấp nhận được trong trường hợp sỏi lớn và phức tạp như sỏi san hô.

Tỷ lệ tai biến và biến chứng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có HGB trung bình trước mổ: 13,68 g/dl (8,8-17,2), HGB trung bình sau mổ: 12,13g/dl (7,6-16,9) Mức giảm HGB trung bình 1,56 g/dl (-0,8-5,4), có 5 TH/ 85 (5,7%) cần truyền máu. So với tác giả Phan Trường Bảo và cộng sự (2023)¹² tỷ lệ truyền máu 13,3 %, tác giả

Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2011)¹¹ là 7,1 %. Tác giả Sanjay Khadg và cộng sự (2021)¹³ tỷ lệ truyền máu là 2,4%. Từ đó cho thấy tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi không cao. Có 1 trường hợp bị tiểu máu- túi giả phình động mạch thận, trường hợp này được phát hiện sớm và can thiệp DSA cầm máu sớm và hậu phẫu bệnh ổn.

Ngoài biến chứng chảy máu thì có các biến chứng khác như : sốt sau mổ 3 TH (3,6%), nghẹt thông thận sau mổ 2TH (2,4%), Nhiễm khuẩn đường tiết niệu 18 TH (21,2%), Nhiễm khuẩn huyết 2TH (2,4%), tụ dịch sau mổ là 1 TH (1,2%). Những trường hợp này đều được điều trị nội khoa, không có phẫu thuật lại. Trong các triệu chứng trên, tỷ lệ biến chứng sốt, nhiễm khuẩn vẫn chiếm tỷ lệ nhiều nhất đến 27,2%. Điều này có thể giải thích là do sỏi san hô to, thời gian tán sỏi lâu, bên cạnh đó cơ chế chính hình thành sỏi là từ nhiễm khuẩn đường tiết niệu, từ xác vi trùng nên biến chứng sốt và nhiễm trùng có thể xảy ra sau phẫu thuật lấy sỏi qua da mặc dù trước đó đã điều trị ổn và cấy âm tính trước mổ. Trong nghiên cứu các phẫu thuật viện đã theo dõi sát bệnh nên kết quả điều trị sau mổ ổn, không có trường hợp nào phải chuyển ICU và không có trường hợp nào tử vong sau mổ.

Thời gian nằm viện trung bình: 10,33 ngày (3-31). Theo tác giả Phan Trường Bảo và cộng sự (2023)¹² thời gian nằm viện 4,6 ± 2,3 ngày, tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng và cộng sự (2010)¹¹ Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 5,2 ngày (3-10), tác giả Sanjay Khadg và cộng sự (2021)¹³ là 3 ngày (2-5). Thời gian nằm viện trong nghiên cứu

của chúng tôi dài hơn so với các tác giả trên. Nguyên nhân là do có nhiều trường hợp bị nhiễm khuẩn trước mổ (78/85 TH (91,8%) có bạch cầu trong nước tiểu trước mổ và 17/85 TH (20%) cấy nước tiểu dương tính, các trường hợp này cần phải điều trị trước mổ. Và sau mổ có nhiều trường hợp sốt sỏi và 17/85 TH (20%) được tán sỏi thì 2 sau phẫu thuật trong cùng đợt nhập viện.

V. KẾT LUẬN

Sỏi san hô là các loại sỏi thận lớn và phức tạp, việc điều trị sỏi san hô là một thách thức lớn do kích thước lớn, hình dạng bất thường và nguy cơ gây tổn thương thận nếu không được xử lý kịp thời. Trong nghiên cứu của chúng tôi với 85 trường hợp bệnh nhân được thực hiện lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ với kết quả sạch sỏi: Tỷ lệ sạch sỏi sau 1 tháng: 42/85 TH (49,4%), tỷ lệ sạch sỏi sau 3 tháng: 67/85 TH (78,8%) và tỷ lệ biến chứng nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân không nhiều, nhiễm khuẩn huyết 2/85 TH (2,4%). Không có trường hợp nào cần phải nằm ICU, Không có trường hợp nào tử vong. Từ đó cho thấy lấy sỏi qua da đường hầm nhỏ trong điều trị sỏi thận san hô là một phương pháp an toàn và khá hiệu quả, đây có thể là một lựa chọn trong điều trị sỏi thận san hô.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ganpule AP, Naveen Kumar Reddy M, Sudharsan SB, Shah SB, Sabnis RB, Desai MR. Multitract percutaneous nephrolithotomy in staghorn calculus. Asian J Urol. 2020 Apr;7(2):94-101. doi: 10.1016/j.ajur.2019.10.001. Epub 2019 Oct 8. PMID: 32257801; PMCID: PMC7096673

2. **Preminger G.M., Assimos D.G., Lingeman J.E.**. Chapter 1: AUA guideline on management of staghorn calculi: diagnosis and treatment recommendations. *J Urol.* 2005;173: 1991–2000. doi: 10.1097/01.ju.0000161171.67806.2a.
3. **Jackman S.V., Hedican S.P., Peters C.A., Docimo S.G.** Percutaneous nephrolithotomy in infants and preschool age children: experience with a new technique. *Urology.* 1998;52:697–701. doi: 10.1016/s0090-4295(98)00315-x.
4. **Tiselius HG, Andersson A**, Stone burden in a average Swedish population of stone formers requiring active stone removal: how can the stone size be estimated in the clinical routine?, *European Urology*, 43(3), 2003, 275- 281N.V. Duc, N.M. An. / *Vietnam Journal of Community Medicine*, Vol. 64, No. 5 (2023) 193-200
5. **Yarimoglu S, Sahan M, Polat S, Cesur G, Koras O, Degirmenci T.**(2021). Does access location influence outcome of percutaneous nrphrolithotomy in staghorn stones?. *J Coll Physicians Surg Pak* 2021; 31(09),pp 1075-1080
6. **Blum KA, Parkhomenko E, Thai J, Tran T, Gupta M.**(2018). A contemporary lower pole approach for complete staghorn calculi: outcomes and efficacy. *World J of Urology* 36, pp 1461-1467
7. **Margaret S. Pearle, MD, PhD, Jodi A. Antonelli, MD, and Yair Lotan.** “Urinary Lithiasis: Etiology, Epidemiology, and Pathogenesis”. *Campbell Walsh Wein Urology* 12th.p 2005-2035
8. **Diri A, Diri B.** Management of staghorn renal stones. *Ren Fail.* 2018 Nov;40(1):357-362. doi: 10.1080/0886022X.2018.1459306. PMID: 29658394; PMCID: PMC6014528.
9. **Stoller, Marshall L.** (2013), “Urinary Stone Disease”, *Smith’s General Urology*, 18th edition, Chapter 17, pp. 249 – 278.
10. **Casey A. Dauw, MD, and J. Stuart Wolf, Jr., MD, FACS.** *Fundamentals of Upper Urinary Tract Drainage.* *Campbell’s Urology.* 2020. 12 th edition,:160 - 185
11. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng.** Tán sỏi thận qua da trong sỏi thận san hô *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 375. 2010
12. **Phan Trường Bảo, Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Lê Trọng Thiên Long.** “ Nội soi qua da đường hầm nhỏ tán sỏi thận san hô: Báo cáo 15 trường hợp đầu tiên tại bệnh viện Bình Dân”. *Tạp chí y học Việt Nam* năm 2023, tập 525, trang 680-684.
13. **Khadgi S, El-Nahas AR, El-Shazly M, Al-Terki A.** Comparison of standard- and mini-percutaneous nephrolithotomy for staghorn stones. *Arab J Urol.* 2021 Jan 21;19(2):147-151. doi: 10.1080/2090598X.2021.1878670. PMID: 34104489; PMCID: PMC8158257.

GÓC NHÌN GIẢI PHẪU DÂY THẦN KINH QUẶT NGƯỢC TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN GIÁP QUA TIỀN ĐÌNH MIỆNG (TOETVA)

Hoàng Đình Tuy¹, Nguyễn Hồng Sơn¹,
Cao Phạm Thanh Duy¹, Đặng Quốc Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả hướng tiếp cận thần kinh quặt ngược thanh quản theo góc nhìn giải phẫu nhằm xác định hình thái, hướng đi của dây thần kinh quặt ngược thanh quản trong phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã tiền đình miệng.

Đối tượng nghiên cứu và phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhân phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã tiền đình miệng tại Bệnh Viện Lê Văn Thịnh từ tháng 9/2024 đến tháng 11/2024.

Kết quả: 15 BN được phẫu thuật nội soi cắt tuyến giáp qua ngã tiền đình miệng, độ tuổi trung bình là $45,4 \pm 13,0$ gồm 1 nam (6,66%), 14 nữ (93,34%). Có 10 bệnh nhân kết quả giải phẫu bệnh trước mổ là ung thư (66,67%), 5 bệnh nhân là nhân giáp lành tính (33,33%). Quan sát dây thần kinh theo hướng từ trên xuống sau khi đã di động cực trên tuyến giáp là 9 trường hợp (60,00%), cần phải cắt bó mạch giáp giữa và di động thêm tuyến giáp từ mặt bên để quan sát dây thành kinh là 4 trường hợp (26,67%), chỉ thấy được thần kinh sau khi cắt tuyến giáp ra khỏi khí quản là 2 trường hợp (13,33%). Số ca cắt một thùy giáp là 11 ca (73,33%), cắt một thùy, eo giáp

và nạo hạch VI là 9 ca, cắt toàn bộ tuyến giáp là 1 ca (26,67%) và cắt toàn bộ kèm nạo hạch VI là 1 ca. PTNS thành công tất cả các bệnh nhân. Thời gian PT trung bình một thùy là 123 ± 28 phút, 1 thùy, eo giáp kèm nạo hạch là 138 ± 36 phút, cắt toàn bộ tuyến giáp là 165 phút, cắt toàn bộ kèm nạo hạch là 180 phút. Không có chảy máu đáng kể trong mổ. Sau mổ, không có bệnh nhân có triệu chứng tổn thương thần kinh quặt ngược, tê bì cằm, suy tuyến cận giáp. Số ngày nằm viện trung bình là $5,5 \pm 1,83$ (3 đến 10 ngày).

Kết luận: Tiếp cận thần kinh quặt ngược thanh quản trong PTNS cắt tuyến giáp qua ngã tiền đình miệng là an toàn, hiệu quả ở nhóm bệnh nhân được lựa chọn phù hợp.

Từ khoá: Phẫu thuật nội soi tuyến giáp, thần kinh quặt ngược thanh quản

SUMMARY

ANATOMICAL PERSPECTIVE OF THE RECURRENT LARYNGEAL NERVE IN TRANSORAL ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VESTIBULAR APPROACH (TOETVA)

Objective: To describe the approach to the recurrent laryngeal nerve from an anatomical perspective to determine the morphology and pathway of the recurrent laryngeal nerve in transoral endoscopic thyroidectomy.

Subjects and Methods: A prospective study on patients undergoing transoral endoscopic

¹Bệnh viện Lê Văn Thịnh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Đình Tuy

SĐT: 0918181800

Email: dinh tuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

thyroidectomy at Le Van Thinh Hospital from September 2024 to November 2024.

Results: 15 patients underwent transoral endoscopic thyroidectomy, with an average age of 45.4 ± 13.0 years, including 1 male (6.66%) and 14 females (93.34%). Histopathological results showed that 10 patients had thyroid cancer (66.67%), and 5 patients had benign thyroid nodules (33.33%). Observation of the recurrent laryngeal nerve revealed that the nerve descended after mobilization of the thyroid gland in 9 cases (60.00%). In these cases, it was necessary to cut the middle thyroid vein and further mobilize the thyroid gland from the posterior aspect to visualize the nerve. The nerve was observed in 4 cases (26.67%) after mobilizing the thyroid gland, and it was only visible after the thyroid gland was completely removed in 2 cases (13.33%). The number of lobectomies was 11 cases (73.33%), lobectomy with isthmectomy and group VI lymph node dissection was 9 cases, total thyroidectomy was 1 case (26.67%), and total thyroidectomy with group VI lymph node dissection was 1 case. All surgeries were successfully completed. The average operative time for lobectomy was 123 ± 28 minutes, lobectomy with isthmectomy and lymph node dissection was 138 ± 36 minutes, total thyroidectomy was 165 minutes, and total thyroidectomy with lymph node dissection was 180 minutes. There was no significant intraoperative bleeding. Postoperatively, no patients exhibited symptoms of recurrent laryngeal nerve injury, numbness, or hypothyroidism. The average hospital stay was 5.5 ± 1.83 days (ranging from 3 to 10 days).

Conclusion: Approaching the recurrent laryngeal nerve in transoral endoscopic thyroidectomy is safe and effective in appropriately selected patients.

Keywords: Transoral endoscopic thyroidectomy, recurrent laryngeal nerve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhờ những tiến bộ trong tầm soát sức khỏe, u tuyến giáp là bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, đặc biệt là nữ giới. Đa số u tuyến giáp là lành tính, tỉ lệ ác tính chiếm khoảng 4-6,5%¹. Hiện nay, ngày càng nhiều bệnh nhân được phát hiện bệnh sớm, đặc biệt là nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, có nhu cầu thẩm mỹ cao. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp ngã tiền đình miệng (TOETVA) được báo cáo lần đầu bởi Anuwong² có ưu điểm hơn các phương pháp PTNS khác là ít xâm lấn hơn, tiếp cận cả 2 thùy tuyến giáp qua 1 đường mổ và thuận lợi trong việc nạo vét hạch cổ. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã cho thấy tính khả thi, an toàn của PT này và đặc biệt ưu thế về vấn đề thẩm mỹ.

Tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản (TKQNTQ) là một trong những biến chứng nguy hiểm của phẫu thuật tuyến giáp cả nội soi và mổ mở. Có nhiều mốc giải phẫu để tìm thần kinh này như động mạch giáp dưới, dây chằng Berry, rãnh khí quản thực quản, điếm vào khí quản. Góc nhìn ở phẫu thuật mổ mở đa dạng từ nhìn từ trên xuống, dưới lên, từ bên ngoài vào trong hoặc kết hợp với nhau³. Do giới hạn về phẫu trường và tầm nhìn trong TOETVA nên cách tiếp cận và mốc tìm thần kinh cũng khó khăn hơn mổ mở thông thường. Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu thì tỉ lệ tổn thương là tương đương nhau³.

Điếm qua các nghiên cứu trong và ngoài nước thường đánh giá kết quả phẫu thuật mà cũng ít có nghiên cứu tìm hiểu về vấn đề

này^{4,5,6}. Tại Bệnh viện chúng tôi đã tiến hành triển khai phẫu thuật này và đạt được một số kết quả khả quan. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá hình thái TK quặt ngược và cách tiếp cận thần kinh này trong PT TOETVA cũng như kết quả ban đầu của phẫu thuật trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả hàng loạt ca.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Từ ngày 01/09/2024 đến ngày 30/11/2024, tại khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh viện Lê Văn Thịnh.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật TOETVA.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân cần nạo hạch cổ bên, cắt rộng tổ chức xung quanh do u xâm lấn, bướu giáp

to thông trung thất.

2.4. Cỡ mẫu: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn.

2.5. Biến số nghiên cứu: Ghi nhận đặc điểm dân số, lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm thần kinh trong mổ, tỉ lệ phẫu thuật thành công, tỉ lệ tai biến, biến chứng.

2.6. Kỹ thuật, công cụ và quy trình thu thập số liệu

Bệnh nhân PT TOETVA được tư vấn đồng ý tham gia nghiên cứu. Thu thập số liệu, tiến hành thống kê và đánh giá kết quả.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel, phân tích và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

2.8. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân được tư vấn đồng ý tham gia nghiên cứu.

Nghiên cứu được thông qua sự cho phép của Hội đồng Đạo đức của bệnh viện Lê Văn Thịnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua tiến hành phẫu thuật 15 bệnh nhân bằng phương pháp TOETVA tại Bệnh viện Lê Văn Thịnh từ tháng 9/2024 đến tháng 11/2024. Chúng tôi rút ra một số kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm dân số của 2 nhóm

Đặc điểm	Kết quả	Tỷ lệ phần trăm (%)
Tuổi	45,4 ± 13,0 (22 – 70)	
Giới: Nữ	14	93,3
Nam	1	6,7
Vị trí u		
Thùy phải	6	40
Thùy trái	7	46,6
Vùng eo	1	6,7
2 thùy	1	6,7
GPB trước mổ: Carcinôm nhú	10	66,7
Lành tính	5	33,3
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt thùy	4	26,6

Cắt thùy, eo giáp, nạo hạch VI	9	60	
Cắt toàn bộ	1	6,7	
Cắt toàn bộ, nạo hạch VI	1	6,7	
Kích thước nhân giáp			
Kích thước	Tổng (n=15)	Lành tính (n=5)	Ác tính (n=10)
Trung bình (mm)	20.2	29.0	15.8
Min – Max (mm)	5.0 – 42.5	20 .0– 45.0	5.0 - 25

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian phẫu thuật (phút)	
Cắt thùy	123 phút
Cắt thùy, eo giáp, nạo hạch VI	138 phút
Cắt toàn bộ tuyến giáp	165 phút
Cắt toàn bộ tuyến giáp, nạo hạch VI	180 phút
Tai biến trong mổ	
Thủng da	1 (6,6%)
Tổn thương khí quản	0
Tổn thương thực quản	0
Chảy máu	0
Chuyển mổ hở	0
Tổn thương thần kinh	0
Quan sát thấy thần kinh	15 (100%)
Tràn khí dưới da	2 (13,3%)

Bảng 3. Đặc điểm quan sát thần kinh quặt ngược thanh quản và hướng tiếp cận trong PT TOETVA

		Trái (n=8)		Phải (n=7)	
		6-9 giờ	10-12 giờ	12 – 3 giờ	3 – 6 giờ
Hướng tiếp cận	Trên xuống dưới	4	1	2	4
	Ngoài vào trong	2	1	1	0
Vị trí tìm thấy thần kinh QNTQ	Điểm thần kinh đi vào thanh quản	5	1	1	2
	1/3 trên tuyến giáp	0	1	2	1
	1/3 giữa tuyến giáp	0	0	0	0
	1/3 dưới tuyến giáp	1	0	0	1
Quan sát rõ thần kinh trong mổ	Nhìn thấy rõ trong lúc phẫu tích	5	2	3	3
	Chỉ thấy được thần kinh sau khi bóc lộ toàn bộ tuyến giáp	1	0	0	1

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật

Đặc điểm bệnh nhân được PT TOETVA:

Trong 15 bệnh nhân của chúng tôi, tuổi trung bình $45,4 \pm 13,0$. Có 14 Nữ và 1 Nam. U giáp bên phải chiếm 40%, bên trái 46,7 % 2 bên chiếm 6,7% và eo giáp 6,7%. Ung thư dạng nhú chiếm 66,7% và u lành tính chiếm 33,3%. Tất cả các bệnh nhân ung thư đều được nạo hạch dự phòng nhóm VI mặc dù trên lâm sàng và siêu âm trước mổ đều không có hạch nghi ngờ ung thư. Tuy nhiên sau phẫu thuật có 2 bệnh nhân có vi di căn hạch nhóm VI, các trường hợp này hạch nhỏ nên chỉ cần theo dõi sau phẫu thuật.

Kết quả trong mổ:

Thời gian phẫu thuật trung bình cho cắt 1 thùy tuyến giáp là 123 phút, cắt thùy và eo giáp kèm nạo hạch VI là 138 phút, cắt toàn bộ tuyến giáp là 165 phút và cắt toàn bộ tuyến giáp kèm nạo hạch VI là 180 phút, không có trường hợp nào chuyển mổ mở. Trong quá trình phẫu thuật, do đây là 15 ca đầu tiên được tiến hành bằng kỹ thuật TOETVA nên thời gian mổ đang được giảm dần theo thời gian khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm hơn. Tất cả các trường hợp đều quan sát thấy thần kinh quặt ngược và không có tổn thương thần kinh này, không có tổn thương khí quản, thực quản, chảy máu đáng kể. Có 2 trường hợp tràn khí dưới da mức độ nhẹ phát hiện trong mổ, băng ép, giảm áp lực bơm, sau mổ không phát hiện tràn khí thêm.

Biến chứng và kết quả phẫu thuật:

Nghiên cứu của chúng tôi do quan sát rõ thần kinh trong tất cả trường hợp nên không có khàn tiếng, nuốt sặc sau mổ. Không có trường hợp nào có suy tuyến cận giáp sau mổ, 2 trường hợp cắt toàn bộ tuyến giáp có

kiểm tra bằng xét nghiệm Parathyroid hormon và Calci máu trong giới hạn bình thường. Do áp dụng kỹ thuật vào trocar xa vùng thần kinh cảm, hạn chế bóc tách rộng vùng cảm nên nghiên cứu chúng tôi không có trường hợp nào tê bì vùng cảm sau mổ. Có 2 trường hợp bầm da vị trí trocar giữa và trocar bên. Bầm da biến mất sau tái khám 2 tuần. 10 trường hợp siêu âm phát hiện có tụ dịch vị trí thùy giáp đã mổ lượng ít sau mổ 4 ngày, các bệnh nhân này không triệu chứng, không có dấu hiệu nhiễm trùng. Siêu âm kiểm tra sau 2 tuần không còn thấy tình trạng tụ dịch. Tất cả các bệnh nhân đều hài lòng về mặt thẩm mỹ, thời gian nằm viện trung bình 5,5 ngày.

4.2. Đặc điểm dây TKQNTQ

Khác với phẫu thuật mổ mở, ở PT TOETVA tuyến giáp chỉ được quan sát qua camera với góc nhìn từ trên xuống, do đó để bộc lộ được TKQNTQ thì mốc xác định thường sử dụng nhất là điểm đi vào thanh quản tại màng nhẫn giáp sau khi đã di động cực trên, sau đó bóc tách lần theo đường đi của thần kinh để tránh tổn thương trong quá trình di động tuyến giáp. Tuy nhiên trong nhiều trường hợp, không thể xác định được điểm này, việc bóc tách sẽ được tiến hành sát tuyến giáp từ phía bên đi dần xuống cực dưới, TKQNTQ sẽ được tìm dọc theo rãnh khí thực quản, hoặc sau khi đã cắt rời thùy giáp khỏi khí quản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều quan sát được TKQNTQ, có 9 trường hợp chiếm tỉ lệ 60% quan sát được thần kinh tại vị trí đi vào màng nhẫn giáp sau khi đã di động cực trên. Có 4 trường hợp chiếm tỉ lệ 26,6% quan sát thần kinh từ phía bên sau khi cắt tĩnh mạch giáp giữa, 2 trường hợp còn lại chiếm 13,4% chỉ quan sát được thần kinh sau khi đã tách rời thùy giáp

khỏi khí quản, các trường hợp này việc bóc tách được tiến hành cẩn thận sát vỏ bao tuyến giáp, tách rời các cấu trúc xung quanh đảm bảo không ảnh hưởng thần kinh trong quá trình bóc tách.

V. KẾT LUẬN

PT TOETVA là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả, tỉ lệ tai biến, biến chứng thấp, đặc biệt làm bệnh nhân hài lòng về mặt thẩm mỹ. Việc tìm kiếm TKQNTQ mặc dù có khó khăn do góc nhìn và phẫu trường hẹp, tuy nhiên nhờ sự phóng đại của hình ảnh nội soi nên có thể quan sát rõ trong tất cả các trường hợp. Hướng tiếp cận thần kinh quặt ngược thanh quản trong phẫu thuật TOETVA là an toàn, dễ tiếp cận, mang tính khả thi cao trong ứng dụng điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân bệnh lý tuyến giáp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, et al.** 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on

Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid*. 2016;26(1):1-133

2. **Anuwong A. (2016).** Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach: A Series of the First 60 Human Cases. *World J Surg*, 40(3), 491–497
3. **Zhang D, Sun H, Tufano R, Caruso E, Dionigi G, Kim HY.** Recurrent laryngeal nerve management in transoral endoscopic thyroidectomy. *Oral Oncol*. 2020 Sep; 108:104755
4. **Xuan H.N., Le H.T., Xuan H.N., et al.** (2021). Preliminary Experience with Transoral Endoscopic Thyroidectomy and Parathyroidectomy via Vestibular Approach
5. **Nguyen H.X., Nguyen H.X., Nguyen H.V., et al. (2021).** Transoral Endoscopic Thyroidectomy by Vestibular Approach with Central Lymph Node Dissection for Thyroid Microcarcinoma. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 31(4), 410–415.
6. **Anuwong A., Ketwong K., Jitpratoom P., et al. (2018).** Safety and Outcomes of the Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach. *JAMA Surg*, 153(1), 21

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HẸP HẬU MÔN - TRỰC TRÀNG SAU PHẪU THUẬT TRĨ

Trần Đức Việt¹, Dương Văn Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề và mục tiêu: Hẹp hậu môn – trực tràng sau mổ trĩ là một biến chứng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Nhiều phương pháp ngoại khoa đã được sử dụng điều trị nhưng chưa được thống nhất. Mục tiêu nghiên cứu xác định tỷ lệ, đánh giá đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị ngoại khoa hẹp hậu môn - trực tràng sau mổ trĩ.

Phương pháp nghiên cứu: Chia làm 2 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Hồi cứu, cắt ngang mô tả. Từ 01/2018 đến 12/2022, 3700 bệnh nhân trĩ được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân.

Giai đoạn 2: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca Từ 01/2018 đến 12/2022, 53 bệnh nhân hẹp hậu môn - trực tràng sau phẫu thuật trĩ được điều trị ngoại khoa tại bệnh viện Bình Dân.

Kết quả:

23/3700 trường hợp (0,6%) hẹp hậu môn – trực tràng sau phẫu thuật trĩ cần nhập viện can thiệp. Phương pháp Longo, phương pháp Milligan Morgan và tạo hình mô trĩ bằng Laser có tỷ lệ lần lượt là 1,26%, 0,5% và 0%. Sự khác biệt về tỷ lệ này giữa các phương pháp có ý nghĩa thống kê ($p = 0,013$).

53 bệnh nhân hẹp hậu môn - trực tràng sau phẫu thuật trĩ, nam giới chiếm 58,5%, trung bình 42,5 tuổi. Mức độ hẹp trung bình – nặng chiếm 90,6%. Vị trí hẹp thấp chiếm 45,3%, hẹp trung bình chiếm 17%, hẹp cao chiếm 37,7%. Hẹp thấp có liên quan đến hậu quả sau phẫu thuật Milligan Morgan, hẹp cao thường sau phẫu thuật Longo ($p < 0,001$). Tỷ lệ tái phát 3,8%, són phân nhẹ 11,3%, són phân vừa 3,8%. 2 trường hợp tái phát đều rối loạn đại tiện sau phẫu thuật lần hai ($p = 0,009$). Kết quả chung: tốt 83%, khá 11,3%, kém 5,7%.

Kết luận: Tỷ lệ hẹp hậu môn – trực tràng sau phẫu thuật Longo cao hơn so với các phương pháp khác. Cắt vòng xơ, nông hậu môn và tạo hình ống môn bằng vật da điều trị hẹp hậu môn-trực tràng có tỉ lệ thành công khá cao; cắt bên cơ thắt trong được áp dụng hạn chế trong một số trường hợp nhằm phòng ngừa biến chứng són phân.

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ANORECTAL STENOSIS AFTER HEMORRHOID SURGERY

Aim: Research to determine the rate, injury characteristics and results of surgical treatment of anorectal stenosis after hemorrhoid surgery.

Methods:

Phase 1: Retrospective, descriptive cross-sectional. 3,700 patients with hemorrhoid underwent surgical treatment at Binh Dan hospital.

Phase 2: Retrospective, describing a series of cases. 53 patients with anorectal stenosis after

¹Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Việt

SĐT: 0779616331

Email: trducviet96@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

hemorrhoid surgery were treated surgically at Binh Dan hospital.

Results: From 01/2018 to 12/2022, the rate of anorectal stenosis after hemorrhoid surgery and hospitalization for intervention was 0.6%. Longo, Milligan-Morgan and laser hemorrhoidoplasty methods had rates of 1.26%, 0.5% and 0% ($p=0.013$).

Anorectal stenosis after hemorrhoid surgery: males account for 58.5%, average age was 42.5 years. Moderate-severe stenosis rate was 90.6%. Low stenosis was related to the consequences after Milligan-Morgan surgery, while high stenosis was after Longo surgery ($p < 0,001$). Recurrence rate was 3.8%, mild fecal incontinence was 11.3%, moderate fecal incontinence was 3.8%. Both cases of recurrence were due to defecation disorders after the second surgery ($p=0.009$). Overall results: 83% good.

Conclusion: The rate of anorectal stenosis after Longo surgery is higher than other methods. Fibrosus excision, anal dilation and anoplasty have a fairly high success rate; Lateral internal sphincterotomy is used sparingly to prevent complications of fecal incontinence.

Keyword: anorectal stenosis

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp hậu môn – trực tràng là tình trạng lòng ống hậu môn bị hẹp, không mở hết một cách dễ dàng do lớp biểu mô lát của niêm mạc ống hậu môn bị thay thế bởi tổ chức xơ liên kết tạo thành một vòng sẹo hẹp. Điều này dẫn đến tình trạng đi cầu khó khăn và đau.

Tỷ lệ hẹp hậu môn - trực tràng sau phẫu thuật cắt trĩ từ 5% đến 10%¹. Chẩn đoán bệnh không khó nhưng việc điều trị đòi hỏi nhiều cân nhắc cẩn trọng, nếu không, sẽ để lại hậu quả rối loạn chức năng kìm giữ phân của ống hậu môn^{2,3}.

Ở nước ngoài, vấn đề điều trị hẹp hậu môn - trực tràng đã có nhiều báo cáo, phương pháp điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật như lấy bỏ vòng xơ, cắt cơ thắt trong phía bên, hay tạo hình hậu môn bằng vật da, niêm mạc. Mặc dù có nhiều kỹ thuật tạo hình hậu môn cho kết quả khả quan đã được nghiên cứu, song chưa có sự đồng thuận giữa các tác giả. Ở Việt Nam hiện nay, phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn - trực tràng mới chỉ có một vài nghiên cứu vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Giai đoạn 1: Bệnh nhân có chẩn đoán trĩ được điều trị phẫu thuật từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022 tại bệnh viện Bình Dân.

Giai đoạn 2: Bệnh nhân có chẩn đoán hẹp hậu môn - trực tràng sau phẫu thuật trĩ được điều trị ngoại khoa từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022 tại bệnh viện Bình Dân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Giai đoạn 1: Hồi cứu, cắt ngang mô tả.

Giai đoạn 2: Hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.3. Đánh giá tổn thương giải phẫu

Theo tiêu chuẩn phân loại hẹp của Milsom⁴

Mức độ:

+ Hẹp nhẹ: có thể dứt lọt vừa ngón tay trở hoặc van Hill – Ferguson cỡ M

+ Hẹp trung bình: dứt khó khăn ngón trở hoặc van Hill – Ferguson cỡ M vào lỗ hậu môn, bệnh nhân đau đớn.

+ Hẹp nặng: hoàn toàn không dứt lọt ngón trở van Hill – Ferguson cỡ S, chỉ khi nong giãn ra mới dứt được vào lỗ hậu môn.

Vị trí độ cao:

+ Hẹp thấp: chỗ hẹp ở rìa hậu môn cho đến dưới đường lược 0,5 cm.

+ Hẹp trung bình: chỗ hẹp từ dưới đường lược 0,5 cm đến trên đường lược 0,5 cm.

+ Hẹp cao: chỗ hẹp ở trên đường lược 0,5 cm trở lên.

+ Hẹp toàn bộ: đoạn hẹp chiếm hết chiều dài ống hậu môn.

2.4. Phương pháp điều trị:

Bao gồm các phương pháp:

+ Nong hậu môn

+ Cắt vòng xơ

+ Cắt một phần cơ thắt trong

+ Tạo hình ống hậu môn bằng vật da

Đánh giá kết quả phẫu thuật:

Kết quả lâu dài:

Kết quả tại thời điểm khảo sát nghiên cứu (đánh giá sau mổ ít nhất 6 tháng).

- Tái phát: Bệnh nhân xuất hiện lại triệu chứng đi tiêu khó, đau khi đi tiêu và phải phẫu thuật lại

- Rối loạn đại tiện: Đánh giá theo thang điểm Jorge/Wexner:

+ 0 điểm: không són phân

+ 1-8 điểm: són phân nhẹ

+ 9-14 điểm: són phân vừa

+ 14-19 điểm: són phân nặng

+ 20 điểm: mất tự chủ hậu môn trầm trọng

Đánh giá kết quả chung:

+ Tốt: Bệnh nhân đại tiện tự chủ và có cảm giác thoải mái.

+ Khá: Cảm giác đại tiện bị vướng, hoặc đại tiện thoải mái song mất tự chủ với khí.

+ Kém: Cảm giác đại tiện không thoải mái, phải cố rặn mới tống phân ra được, hay đại tiện dễ song mất tự chủ với phân lỏng, đặc; hay tái phát

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giai đoạn 1

Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022, tại bệnh viện Bình Dân có 3700 bệnh nhân phẫu thuật điều trị bệnh trĩ.

Trong số đó, có 23 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp hậu môn- trực tràng sau phẫu thuật trĩ cần nhập viện can thiệp điều trị.

Bảng 1: Tỷ lệ hẹp hậu môn - trực tràng sau mổ trĩ cần nhập viện can thiệp

	Hẹp hậu môn – trực tràng	Trĩ	Tỷ lệ
Milligan Morgan	11	2384	0,5%
Longo	12	955	1,26%
Laser	0	361	0%
Tổng	23	3700	0,6%

Phép kiểm Fisher' Exact, $p = 0,013$

3.2. Giai đoạn 2

Từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022, 53 bệnh nhân có chẩn đoán hẹp hậu môn - trực tràng sau phẫu thuật trĩ được điều trị ngoại khoa.

Tuổi, giới

31 nam (58,5%) và 22 nữ (41,5%).

Từ 18 đến 96 tuổi, trung bình 42,5 tuổi.

Tổn thương giải phẫu

Bảng 2: Mức độ hẹp hậu môn – trực tràng

	Tần số (người)	Tỷ lệ (%)
Hẹp nhẹ	5	9,4
Hẹp trung bình	16	30,2
Hẹp nặng	32	60,4
Tổng	53	100

Bảng 3: Vị trí độ cao hẹp hậu môn – trực tràng

	Tần số (người)	Tỷ lệ (%)
Hẹp thấp	24	45,3
Hẹp trung bình	9	17
Hẹp cao	20	37,7
Tổng	53	100

Liên quan giữa tiền sử phẫu thuật trĩ với tổn thương giải phẫu

Bảng 4: Mối liên quan giữa tiền sử phẫu thuật trĩ với tổn thương giải phẫu

Yếu tố		Tiền sử phẫu thuật trĩ		Tổng	p
		Milligan Morgan	Longo		
Vị trí độ cao	Cao	0	20	20	<0,001
	Trung bình	6	3	9	
	Thấp	22	2	24	
Mức độ	Nhẹ	3	2	5	1,000
	Trung bình	8	8	16	
	Nặng	17	15	32	

Phép kiểm Fisher' Exact

Phương pháp điều trị

Bảng 5: Phương pháp điều trị

	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nong hậu môn	4	7,6%
Nong hậu môn, cắt vòng xơ	19	35,8%
Nong hậu môn, cắt vòng xơ, tạo hình ống hậu môn bằng vật da	1	1,9%
Cắt vòng xơ	23	43,4%
Cắt vòng xơ, tạo hình ống hậu môn bằng vật da	5	9,4%
Tạo hình ống hậu môn bằng vật da	1	1,9%
Tổng	53	100%

Kết quả lâu dài

Hẹp tái phát: 2 bệnh nhân (3,8%)

Bảng 6: Rối loạn đại tiện sau mổ

	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Không són phân	45	84,9
Són phân nhẹ	6	11,3
Són phân vừa	2	3,8
Són phân nặng	0	0
Mất tự chủ hậu môn trầm trọng	0	0

Mối liên quan giữa mức độ rối loạn đại tiện với tổn thương giải phẫu.

Bảng 7: Mối liên quan giữa mức độ rối loạn đại tiện với tổn thương giải phẫu.

Yếu tố		Rối loạn đại tiện			Tổng	p
		Không	Nhẹ	Vừa		
Vị trí độ cao	Cao	17	2	1	20	0,006
	Trung bình	5	4	0	9	
	Thấp	23	0	1	24	
Mức độ	Nhẹ	5	0	0	5	0,622
	Trung bình	13	3	0	16	
	Nặng	27	3	2	32	

Phép kiểm Fisher' Exact

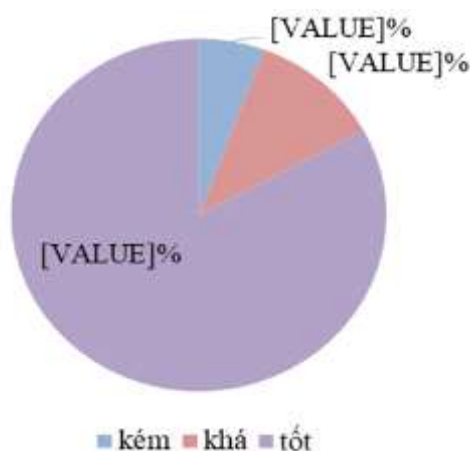
Mối liên quan giữa hẹp tái phát mức độ rối loạn đại tiện

Bảng 8: Mối liên quan giữa hẹp tái phát với mức độ rối loạn đại tiện

Yếu tố		Rối loạn đại tiện			Tổng
		Không	Nhẹ	Vừa	
Tái phát	Có	0	1	1	2
	Không	45	5	1	51

Phép kiểm Fisher' Exact, $p=0,009$

Kết quả chung



Biểu đồ 1. Kết quả chung

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ hẹp hậu môn sau phẫu thuật trĩ

Trong phẫu thuật Longo, một trong các cơ chế gây hẹp sau phẫu thuật thường gặp nhất là bung đường kim khâu niêm mạc, để lộ ra lớp dưới niêm và kích hoạt phản ứng viêm quá mức, gây tạo mô sẹo co kéo đường kim². Tác giả Brisinda cho rằng việc khâu

quá sâu vào các lớp thành trực tràng, làm cho dụng cụ cắt qua các lớp sâu gây ra hẹp đường khâu sau mổ⁵. Giả thuyết này gần đây đã được chứng minh không hợp lý khi tác giả Chiara Eberspacher báo cáo không có sự khác biệt giữa các trường hợp cắt niêm mạc so với các trường hợp cắt sâu vào thành trực tràng⁶.

Đối với phẫu thuật Milligan Morgan, việc bảo tồn nguyên vẹn cầu da niêm giữa các búi trĩ bị cắt bỏ là hết sức quan trọng. Các cầu da này cần rộng ít nhất 1 cm để ngăn ngừa sẹo hình tròn cứng ở rìa hậu môn có xu hướng co lại theo thời gian và để duy trì độ đàn hồi của ống hậu môn⁷.

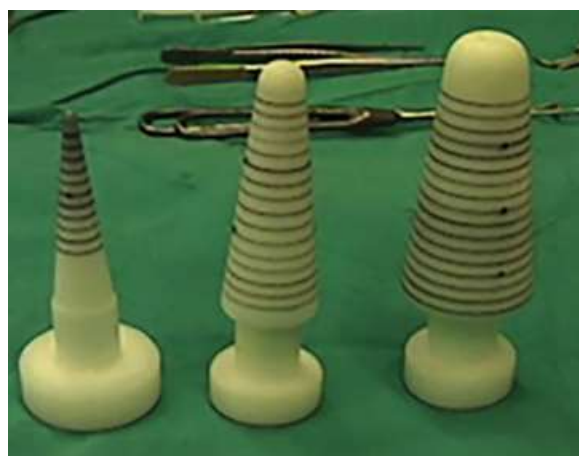
Phương pháp tạo hình mô trĩ bằng Laser là kỹ thuật xâm lấn tối thiểu điều trị bệnh trĩ dựa vào tính chất định hướng cao của chùm tia laser, cùng với sự đồng bộ của các photon, vùng tác động của phẫu thuật được kiểm soát quanh đầu dò⁸. Với bước sóng 1470 nm, vùng ảnh hưởng của tia giới hạn dưới 2mm, đồng thời, năng lượng laser được hấp thu tốt bởi các hemoglobin do đó gây ra

ít tổn thương cho các mô xung quanh, ngăn ngừa tổn thương cơ thắt.

Tổn thương giải phẫu

Mức độ

Nghiên cứu ghi nhận mức độ tổn thương tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ngô Hoàng Kiến Tâm⁹ có tỷ lệ hẹp mức độ trung bình là 29,5% và hẹp mức độ nặng là 65,9%. Nghiên cứu của tác giả Farid¹⁰ sử dụng phương pháp chính xác hơn để xác định mức độ hẹp, dụng cụ thước đo hình nón được đánh dấu bằng các vòng biểu thị thang đo có đường kính tăng dần 1 mm. Việc sử dụng dụng cụ thước đo sẽ giúp phẫu thuật viên đánh giá mức độ thương tổn khách quan chính xác và có quy chuẩn hơn đánh giá chủ quan bằng cách sử dụng ngón tay để đo.



Nguồn: Gülen M et al, *Diseases of the colon and rectum*, 2016¹¹

Hình 1. Dụng cụ hình nón đo đường kính ống hậu môn

Vị trí độ cao

Kết quả nghiên cứu cho thấy, mối liên quan giữa vị trí độ cao hẹp hậu môn – trực tràng với tiền sử phẫu thuật bệnh trĩ có ý nghĩa thống kê ($p=0,000$). Chúng tôi nhận thấy rằng tổn thương hẹp thấp có liên quan đến hậu quả sau phẫu thuật Milligan Morgan còn hẹp cao thường sau phẫu thuật Longo. Trong các trường hợp hẹp sau phẫu thuật trĩ bằng phương pháp kín hay hở (Milligan

Morgan, Ferguson,...), sẹo hẹp xuất hiện tại vị trí phần thấp hoặc trung bình của ống hậu môn¹². Một số tác giả cho rằng hẹp đường kim bấm sau phẫu thuật Longo nên được coi là một tình trạng hẹp trực tràng thấp vì phẫu thuật Longo được thực hiện trên đường lược từ 2 – 4 cm tại vị trí thành trực tràng. Tuy nhiên, tác giả Petersen và cộng sự cho rằng đa số các khoảng cách đo trong phẫu thuật là

không chính xác, vị trí đặt đường khâu thường nằm ở phần cao của ống hậu môn².

Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp điều trị hầu hết là cắt vòng xơ chiếm tỷ lệ 90,6%, số bệnh nhân được sử dụng phối hợp từ hai phương pháp trở lên là

26 trường hợp chiếm 49,1% tổng số trường hợp bao gồm cắt vòng xơ, nong hậu môn, tạo hình ống hậu môn bằng vật da. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào sử dụng phương pháp cắt cơ thắt trong.



Nguồn: Tác giả

Hình 2: Tạo hình ống hậu môn bằng vật da hình kim cương

Về phương pháp cắt cơ thắt trong, các tác giả còn nhiều ý kiến đối lập nhau. Các nghiên cứu của Phan Dương¹³ và Ngô Hoàng Kiến Tâm⁹ báo cáo, tỷ lệ cắt cơ thắt trong 1 bên hoặc 2 bên điều trị hẹp hậu môn lần lượt là 100% và 86,4%. Nghiên cứu của Gallo¹⁴ ghi nhận cắt bên cơ thắt trong chiếm 27,6%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phúc Minh, chỉ có 2 trường hợp cắt cơ thắt trong ở vị trí 3 giờ và 9 giờ, đều là hai trường hợp hẹp hậu môn tái phát cần can thiệp lại. Cơ chế bệnh sinh ở bệnh hẹp hậu môn, không giống như nứt hậu môn, da hậu môn không bị căng ra mà do sự hình thành các dải xơ hóa mạn tính tại vị trí vết mổ do phẫu thuật trước đó gây ra. Do đó, việc áp dụng phương pháp cắt bên cơ thắt trong không mang lại kết quả khả quan trong điều trị hẹp hậu môn¹⁵. Trong một số trường hợp hẹp hậu môn – trực tràng mức độ vừa đến nặng, hoặc hẹp tái phát sau nong, phương pháp cắt cơ thắt trong có thể áp dụng với mục đích giảm áp lực căng của ống hậu môn khi thực hiện động tác nong. Do khi thay đổi khẩu kính

quá nhiều có thể làm rách mô ống hậu môn gây ra tình trạng hẹp tái phát. Tuy nhiên, điều đáng lo ngại của phương pháp cắt cơ thắt trong là biến chứng rối loạn đại tiện¹⁶, tỷ lệ có thể từ 19% đến 29,8%¹³. Vì vậy, nhiều tác giả cho rằng chỉ nên cắt cơ thắt trong một cách chọn lọc trong một số trường hợp nhất định¹⁷.

Kết quả lâu dài

Tái phát

Chúng tôi ghi nhận 2 trường hợp tái phát cần nhập viện điều trị can thiệp lại. Trường hợp thứ nhất là bệnh nhân nữ, 77 tuổi, tiền căn phẫu thuật trĩ nội độ III cách 4 tháng bằng phương pháp Milligan Morgan. Bệnh nhân đi tiêu khó phải rặn nhiều, tiêu phân dẹt, thương tổn hẹp hậu môn vị trí trung bình, mức độ nặng hẹp bít lòng ống hậu môn bởi mô xơ viêm sưng cứng. Sau khi cắt vòng xơ, nong rộng ống hậu môn kiểm tra thấy tổn thương hết vòng niêm mạc ống hậu môn kèm mô viêm xơ còn lại chảy máu do đó phẫu thuật viên quyết định hạ niêm mạc trực tràng bao phủ ống hậu môn. Sau khi

xuất viện 1 tháng, các triệu chứng đi tiêu khó phải rặn nhiều kèm phân dẹt xuất hiện mức độ nặng dần và nhập viện lại sau 3 tháng phẫu thuật lần thứ nhất. Tổn thương được đánh giá là vị trí trung bình, mức độ trung bình, và bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt vòng xơ, nông hậu môn và hạ niêm mạc trực tràng bao phủ. Triệu chứng đi tiêu khó của bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật lần hai, tuy nhiên, bệnh nhân lại mất tự chủ hậu môn với khí ở tần suất thường xuyên ≥ 1 lần/ tuần. Trường hợp thứ hai là bệnh nhân nữ, 58 tuổi, tiền căn phẫu thuật trĩ hỗn hợp cách 3 tháng bằng phương pháp Milligan Morgan. Bệnh nhân là tiêu khó, đau khi đi tiêu kèm tiêu máu, tổn thương hẹp ngay tại vị trí rìa hậu môn, mức độ nặng. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt vòng xơ. 2 tháng sau, bệnh nhân đi tiêu khó, hẹp hậu môn vị trí thấp, mức độ nặng. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt vòng xơ kèm theo tạo hình ống hậu môn bằng vạt da kiểu kim cương. Triệu chứng đi tiêu khó của bệnh nhân được cải thiện đáng kể sau phẫu thuật lần hai, tuy vậy bệnh nhân lại bị mất tự chủ thường xuyên với khí, thỉnh thoảng với phân lỏng và cần phải đeo tã khi làm việc nặng.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với tác giả Ngô Hoàng Kiến Tâm⁹ và tác giả Phan Dương¹³ với 2,3% và 4,3%. So với nghiên cứu ở cùng trung tâm trong thời gian trước của Nguyễn Phúc Minh¹⁸ với tỷ lệ 10,5%, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ hẹp hậu môn – trực tràng tái phát thấp hơn. Theo một số nghiên cứu ngoài nước: Yabanoglu¹⁹ báo cáo tỷ lệ tái phát là 10%; Gallo¹⁴ ghi nhận không có trường hợp nào tái phát trong tổng số 50 bệnh nhân của nhóm nghiên cứu; theo nghiên cứu của tác giả Farid¹⁰, so sánh tỷ lệ tái phát của các phương

pháp tạo hình ống hậu môn bằng vạt da giữa kiểu cái nhà, kim cương và Y-V lần lượt là: 5%, 20% và 35%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thấy mối liên quan giữa hẹp hậu môn – trực tràng tái phát với rối loạn đại tiện có ý nghĩa thống kê ($p = 0,009$) với cả hai trường hợp tái phát đều có tình trạng mất tự chủ ống hậu môn sau phẫu thuật. Do đó, trước bệnh nhân hẹp hậu môn – trực tràng tái phát, phẫu thuật viên cần cân nhắc thật kỹ lưỡng và có chiến lược phẫu thuật thật cẩn thận để ngăn ngừa biến chứng rối loạn đại tiện.

Rối loạn đại tiện

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 6 trường hợp són phân nhẹ chiếm tỷ lệ 11,3%, 2 trường hợp són phân vừa chiếm tỷ lệ 3,8%, không có trường hợp ghi nhận són phân nặng hay mất tự chủ hậu môn trầm trọng. Về hai trường hợp són phân vừa đều mất tự chủ hậu môn với khí và phân lỏng, một trường hợp đã được trình bày ở trên. Trường hợp thứ hai là bệnh nhân nữ, 52 tuổi, tiền căn phẫu thuật trĩ hỗn hợp độ III cách 7 tháng bằng phương pháp Longo, với triệu chứng đi tiêu khó kèm đau khi tiêu. Vị trí cao cách bờ hậu 3 cm, hẹp mức độ nặng làm nhỏ phẫu trường gây khó khăn trong quá trình thao tác. Bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp cắt vòng xơ. Sau đó, triệu chứng đi tiêu khó kèm đau khi đi tiêu của bệnh nhân được cải thiện, tuy nhiên bệnh nhân bị mất tự chủ thường xuyên với khí, thỉnh thoảng với phân lỏng, và cảm thấy cần đi vệ sinh ngay lập tức khi mắc cầu.

So với nghiên cứu ở cùng trung tâm trong thời gian trước của Nguyễn Phúc Minh¹⁸ với tỷ lệ 0%, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ rối loạn đại tiện cao hơn. Tuy nhiên tỷ lệ này thấp hơn với một số nghiên cứu khác trong nước như tác giả Phan Dương¹³ với 29,8%, tác giả Ngô Hoàng Kiến

Tâm với 18,2%. Theo Lefta²⁰, tỷ lệ rối loạn đại tiện là 12%, các trường hợp đều là mất tự chủ với khí. Báo cáo của Shehata²¹ ghi nhận có đến 50% số trường hợp rối loạn đại tiện sau mổ, tuy nhiên tất cả các trường hợp đều cải thiện và biến mất sau 1 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy mối liên quan giữa tình trạng rối loạn đại tiện với vị trí độ cao tổn thương giải phẫu có ý nghĩa thống kê ($p=0,006$). Đối với tổn thương hẹp hậu môn – trực tràng ở vị trí trung bình – cao có tỷ lệ rối loạn đại tiện sau mổ (24,1%) cao hơn tổn thương tại vị trí thấp (4,2%). Các trường hợp tổn thương nằm vị trí trung bình – cao kèm theo mô xơ làm giảm đàn hồi ống hậu môn khiến phẫu trường trở nên hẹp và khó quan sát đánh giá, thao tác khó khăn.

Theo Lindsey¹⁶, đại tiện mất tự chủ sau phẫu thuật vùng hậu môn – trực tràng đặc trưng bởi sự hiện diện phổ biến của tổn thương cơ thắt trong, dẫn đến sự giảm sút áp lực của ống hậu môn khi nghỉ. Đây là biến chứng làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và gây ảnh hưởng lên rất nhiều khía cạnh khiến bệnh nhân dần tách biệt với xã hội²². Với một biến chứng khó sửa chữa và ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống của bệnh nhân, tác giả Phan Dương đưa ra nguyên tắc chính trong phẫu thuật điều trị hẹp hậu môn – trực tràng: “Thà cắt không hết vòng xơ của cơ vòng trong, chấp nhận trít hẹp hậu môn có thể tái phát, còn hơn là cắt triệt để vòng xơ và nong rộng chỗ hẹp hậu môn một cách thái quá, để rồi đón nhận hậu quả thiếu tự chủ của hậu môn sau mổ”. Do đó, để hạn chế biến chứng rối loạn đại tiện, trong quá trình phẫu thuật không nên cắt cơ vòng trong một cách thái quá, phối hợp nong hậu môn, tránh nong một cách mạnh bạo làm tổn thương cơ thắt.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hẹp hậu môn – trực tràng sau mổ trĩ cần nhập viện can thiệp tại bệnh viện Bình Dân từ năm 2018-2022 là 0,6%. Tỷ lệ hẹp hậu môn – trực tràng cần nhập viện can thiệp điều trị sau phẫu thuật Longo là cao nhất, tiếp đến là phẫu thuật Milligan Morgan, và thấp nhất là phẫu thuật tạo hình mô trĩ bằng Laser.

Phẫu thuật cắt vòng xơ, nong hậu môn và tạo hình ống môn bằng vật da cho tỉ lệ thành công khá cao; cắt bên cơ thắt trong được áp dụng hạn chế trong một số trường hợp nhằm phòng ngừa biến chứng són phân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brisinda G, Vanella S, Cadeddu F, et al.** Surgical treatment of anal stenosis. *World Journal of Gastroenterology: WJG*. 2009; 15(16):1921.
2. **Petersen S, Hellmich G, Schumann D, Schuster A, Ludwig K.** Early rectal stenosis following stapled rectal mucosectomy for hemorrhoids. *BMC surgery*. 2004;4(1):1-6.
3. **Lieberman H, Thorson AG.** Anal stenosis. *The American journal of surgery*. 2000; 179(4):325-329.
4. **Milsom J, Mazier W.** Classification and management of postsurgical anal stenosis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 1986; 163(1):60-64.
5. **Brisinda G.** How to treat haemorrhoids. Prevention is best; haemorrhoidectomy needs skilled operators. *BMJ (Clinical research ed)*. Sep 9 2000;321(7261):582-583. doi:10.1136/bmj.321.7261.582
6. **Eberspacher C, Magliocca FM, Pontone S, et al.** Stapled Hemorrhoidopexy: "Mucosectomy or Not Only Mucosectomy, This Is the Problem". *Frontiers in surgery*. 2021;8: 655257. doi:10.3389/fsurg.2021.655257

7. **Sayfan J.** Complications of Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy. *Digestive Surgery*. 2001;18(2): 131-133. doi:10.1159/000050113
8. **Plapler H, Hage R, Duarte J, et al.** A new method for hemorrhoid surgery: intrahemorrhoidal diode laser, does it work? *Photomedicine and laser surgery*. Oct 2009;27(5): 819-23. doi:10.1089/pho.2008.2368
9. **Ngô Hoàng Kiến Tâm, Nguyễn Trung Tín.** Kết quả điều trị hẹp hậu môn bằng kỹ thuật tạo hình vạt da trượt kiểu cái nhà. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2016;20(1):209- 2016.
10. **Farid M, Youssef M, El Nakeeb A, Fikry A, El Awady S, Morshed M.** Comparative study of the house advancement flap, rhomboid flap, and y-v anoplasty in treatment of anal stenosis: a prospective randomized study. *Diseases of the colon and rectum*. May 2010;53(5):790-7. doi:10.1007/DCR.0b013e3181d3205a
11. **Gülen M, Leventoglu S, Ege B, Mentes BB.** Surgical Treatment of Anal Stenosis with Diamond Flap Anoplasty Performed in a Calibrated Fashion. *Diseases of the colon and rectum*. Mar 2016; 59(3):230-5. doi:10.1097/dcr.0000000000000530
12. **Corsale I, Rigutini M, Panicucci S, Frontera D, Mammoliti F.** Stenosis after Stapled Anopexy: Personal Experience and Literature Review. *Clin Surg*. 2018;32140.
13. **Phan Dương.** Đánh giá kết quả điều trị trĩ hẹp hậu môn bằng phẫu thuật cắt cơ vòng trong phía bên. *Luận án tiến sĩ Y học*. Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh; 2008.
14. **Gallo G, Stratta E, Realis Luc A, Clerico G, Trompetto M.** A tailored rhomboid mucocutaneous advancement flap to treat anal stenosis. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*. Oct 2020;22(10): 1388-1395. doi:10.1111/codi.15118
15. **Leventoglu S, Mentes B, Balci B, Kebiz HC.** New Techniques in Hemorrhoidal Disease but the Same Old Problem: Anal Stenosis. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*. Mar 1 2022;58(3)doi:10.3390/medicina58030362
16. **Lindsey I, Jones OM, Smilgin-Humphreys MM, Cunningham C, Mortensen NJ.** Patterns of fecal incontinence after anal surgery. *Diseases of the colon and rectum*. Oct 2004;47(10): 1643-9. doi:10.1007/s10350-004-0651-7
17. **Tahamtan M, Ghahramani L, Khazraei H, et al.** Surgical management of anal stenosis: anoplasty with or without sphincterotomy. *Journal of Coloproctology (Rio de Janeiro)*. 2017;37
18. **Nguyễn Phúc Minh.** Đánh giá kết quả điều trị hẹp hậu môn. *Y học TP Hồ Chí Minh*. 2018;22(2):284-287.
19. **Yabanoglu H.** Outcomes of Advancement Flaps Used in the Treatment of Anal Stenosis Developing After Hemorrhoid Surgery: One Center Experience. *Turkish Journal of Colorectal Disease*. 10/09 2018;28:125-128. doi:10.4274/tjcd.64497
20. **Lefta MJ, Baqir QK.** Diamond flap anoplasty for severe anal stenosis. *Basrah J Surg*. 2013;23-6.
21. **Shehata MS.** Surgical management of iatrogenic anal stenosis. 2020;39(3):774-779. doi:10.4103/ejs.ejs_74_20
22. **Filippo La T, Diego C.** Faecal Incontinence. In: Pasquale C, ed. *Proctological Diseases in Surgical Practice*. IntechOpen; 2018:122-140:chap 7.

PHẪU THUẬT NỘI SOI SAU PHÚC MẠC CẮT BƯỚU BẢO TỒN THẬN ĐỐI VỚI UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN GIAI ĐOẠN T3A: KINH NGHIỆM QUA HAI TRƯỜNG HỢP TẠI BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Trang Võ Anh Vinh^{1,2}, Trần Đỗ Hữu Toàn^{1,2},
Lê Nguyễn Hải Đăng^{1,2}, Phạm Phú Phát¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những thập kỷ qua, ung thư biểu mô tế bào thận (Renal cell carcinoma - RCC) vẫn còn là một thách thức đáng kể trong điều trị bệnh lý ngoại khoa về bướu thận, đặc biệt trong những trường hợp cần bảo tồn thận dù bướu đã tiến triển ở giai đoạn T3a. Với kỹ năng của bác sĩ phẫu thuật ngày càng hoàn thiện, phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận trong giai đoạn T3a dần được ứng dụng trên lâm sàng và đạt được một số kết quả bước đầu. Bài báo này nhằm trình bày kỹ thuật mổ và bàn luận một số vấn đề liên quan đến phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận ở bệnh nhân có bướu thận giai đoạn T3a.

Đối tượng và phương pháp: Báo cáo mô tả hai trường hợp lâm sàng ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn T3a. Biến số nghiên cứu bao gồm triệu chứng lâm sàng, đặc điểm hình ảnh học trên CT-scan, creatinine trước và sau mổ, thời gian phẫu thuật, thời gian thiếu máu nóng, lượng máu mất, thời gian nằm viện, các biến chứng sau phẫu

thuật, CT-scan tại thời điểm tái khám sau 6 tháng và 18 tháng.

Kết quả: Hai bệnh nhân được phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận ngả sau phúc mạc với 3 trocar. Thời gian phẫu thuật của 2 bệnh nhân lần lượt là 120 và 150 phút. Lượng máu mất ước tính là 50 và 300 ml, thời gian thiếu máu nóng lần lượt là 20 và 40 phút. Không có trường hợp nào có biến chứng trong và sau mổ với diện cắt bướu thận âm tính.

Kết luận: Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận là một chọn lựa khả thi và an toàn đối với bướu thận giai đoạn T3a trong một số trường hợp cụ thể. Kỹ thuật nên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi.

Từ khóa: bướu thận T3a, phẫu thuật nội soi cắt bướu bảo tồn thận

SUMMARY

LAPAROSCOPIC RETROPERITONEAL NEPHRON- SPARING SURGERY FOR STAGE T3A RENAL CELL CARCINOMA: EXPERIENCE FROM TWO CASES AT BINH DAN HOSPITAL

Background: Over the past decades, renal cell carcinoma (RCC) has posed a significant challenge in the surgical treatment of kidney tumours, especially in cases that have progressed to stage T3a. With the increasing proficiency of surgeons, laparoscopic nephron-sparing surgery for stage T3a tumours has been introduced into

¹Bệnh viện Bình Dân, TP. Hồ Chí Minh

²Bộ môn Ngoại khoa, Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đỗ Hữu Toàn
SĐT: 0818696222

Email: toantdh.nhatrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

clinical practice with promising outcomes. This study presents the surgical technique and discusses related issues concerning laparoscopic nephron-sparing surgery for patients with stage T3a renal tumours.

Subjects and methods: This report describes two clinical-stage T3a renal cell carcinoma cases. Research variables included clinical symptoms, imaging characteristics on CT scans, pre-and postoperative creatinine levels, surgical time, warm ischemia time, estimated blood loss, length of hospital stay, postoperative complications, and CT scan findings at six and 18-month follow-up visits.

Results: Both patients underwent laparoscopic nephron-sparing surgery via a retroperitoneal approach using three trocars. The surgical durations were 120 and 150 minutes, respectively. Estimated blood losses were 50 and 300 mL, with warm ischemia times of 20 and 40 minutes. No intraoperative or postoperative complications were recorded, and all surgical margins were negative.

Conclusion: Laparoscopic retroperitoneal nephron-sparing surgery is a feasible and safe option for stage T3a renal tumours. Experienced laparoscopic surgeons should perform this technique.

Keywords: T3a renal tumor, laparoscopic nephron-sparing surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào thận (RCC) là nguyên nhân hàng đầu trong bệnh lý bướu thận, chiếm khoảng 80-90% các bệnh lý ác tính của thận. Tỷ lệ mắc và tử vong do RCC tăng 2-3% theo từng thập kỷ trên toàn thế giới và đang ngày một tăng dần, đặc biệt ở các nước trong khu vực Châu Á.

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt bướu bảo tồn thận là lựa chọn điều trị đầu tay cho RCC

giai đoạn khu trú theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Châu Âu.¹ Tuy nhiên, đối với bướu thận đã ở giai đoạn T3, việc cắt bướu bảo tồn thận vẫn còn tranh cãi. Kết quả nghiên cứu của Hui Liu và cộng sự (2023) trên 1.278 bệnh nhân cắt bướu bảo tồn thận và 2.113 bệnh nhân cắt thận tận gốc đối với bướu thận giai đoạn T3a bước đầu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ sống còn chung và tỷ lệ sống còn về mặt ung thư học.² Nhóm tác giả kết luận phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận ở giai đoạn T3a trong một số trường hợp nhất định, bước đầu cho kết quả an toàn về mặt ung thư học trong khi vẫn đạt được lợi ích bảo tồn chức năng thận.

Tại bệnh viện Bình Dân, nhóm nghiên cứu của chúng tôi cũng có những kinh nghiệm ban đầu về hai trường hợp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận giai đoạn T3a (bướu xâm lấn mỡ quanh thận hoặc tĩnh mạch thận). Kết quả phẫu thuật ban đầu cho thấy tính an toàn và khả thi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hai trường hợp RCC giai đoạn cT3aN0M0 được phẫu thuật trong khoảng thời gian từ năm 2022 đến năm 2023 tại bệnh viện Bình Dân. Cả hai trường hợp đều được thu thập số liệu về mặt lâm sàng, cận lâm sàng. Hình ảnh học được sử dụng để chẩn đoán bao gồm siêu âm và CT-scan hệ niệu có cản quang.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu mô tả, báo cáo hai trường hợp.

2.3. Xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phần mềm Excel.

2.4. Vấn đề y đức

Bệnh nhân và thân nhân được tư vấn về phương pháp điều trị và được lựa chọn

phương pháp điều trị, đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của bệnh nhân được mã hóa và giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Trường hợp thứ nhất

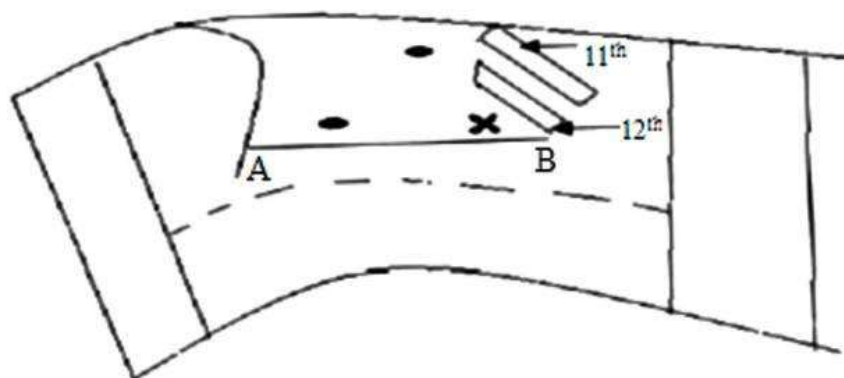
Bệnh nhân (BN) nam, 63 tuổi, đến khám vì đau hông trái kéo dài trong 2 tháng. Không có tiền căn bệnh lý nội khoa hay can thiệp ngoại khoa trước đây. Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) theo công thức MDRD là 104.84 mL/phút/1,73m². BN được chụp CT scan hệ niệu cho thấy vùng 1/3 giữa thận trái có khối tăng đậm độ mỡ, không đồng dạng, kích thước 43x60mm, xâm lấn mỡ quanh thận, không huyết khối tĩnh mạch thận. (Hình 1). Chẩn đoán trước mổ bướu thận trái nghi RCC giai đoạn cT3aN0M0. Bệnh nhân lựa chọn cắt bướu bảo tồn thận trái. Bệnh nhân được tiếp cận phẫu thuật nội soi ngã sau phúc mạc, với 2 trocar 12mm và 1 trocar 5mm (Hình 2).

BN được cắt trọn bướu bằng kỹ thuật bóc bướu thận (enucleation) và mỡ quanh thận trái vùng quanh bướu (Hình 3). Cuộc phẫu thuật kéo dài 150 phút, thời gian thiếu máu nóng khi kẹp động mạch thận phải là 40 phút, lượng máu mất khoảng 50ml. Sau phẫu thuật bệnh nhân được dặn nghỉ ngơi tại giường trong 24 giờ, sau đó vận động sớm dần. Ống thông Foley niệu đạo được rút vào ngày hậu phẫu thứ nhất và ống dẫn lưu sau phúc mạc được rút vào ngày hậu phẫu hai. Thời gian nằm viện là 4 ngày. Giai đoạn hậu phẫu không ghi nhận biến chứng.

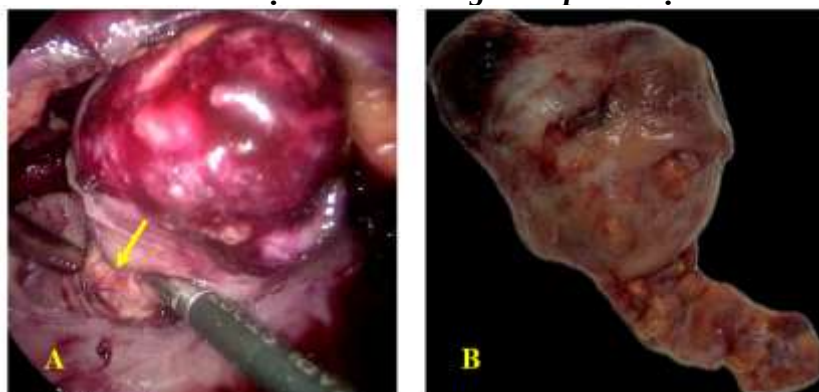
Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận carcinoma tế bào thận loại tế bào sáng, grad 3 theo WHO/ISUP 2016, xâm lấn mỡ quanh thận, rìa diện cắt không có tế bào ác tính. Sau 6 tháng và 1 năm theo dõi, kết quả CT-scan kiểm tra chưa ghi nhận hình ảnh tổn thương nghi ngờ tái phát. Chức năng thận sau 1 năm trong giới hạn bình thường với eGFR là 101.79 mL/phút/m².



Hình 1. Bướu thận trái xâm lấn mỡ quanh thận, phân loại bướu T3a



Hình 2. Vị trí vô trocar ngả sau phúc mạc



Hình 3. A: Chối bướu (mũi tên vàng); B: Bệnh phẩm sau phẫu thuật

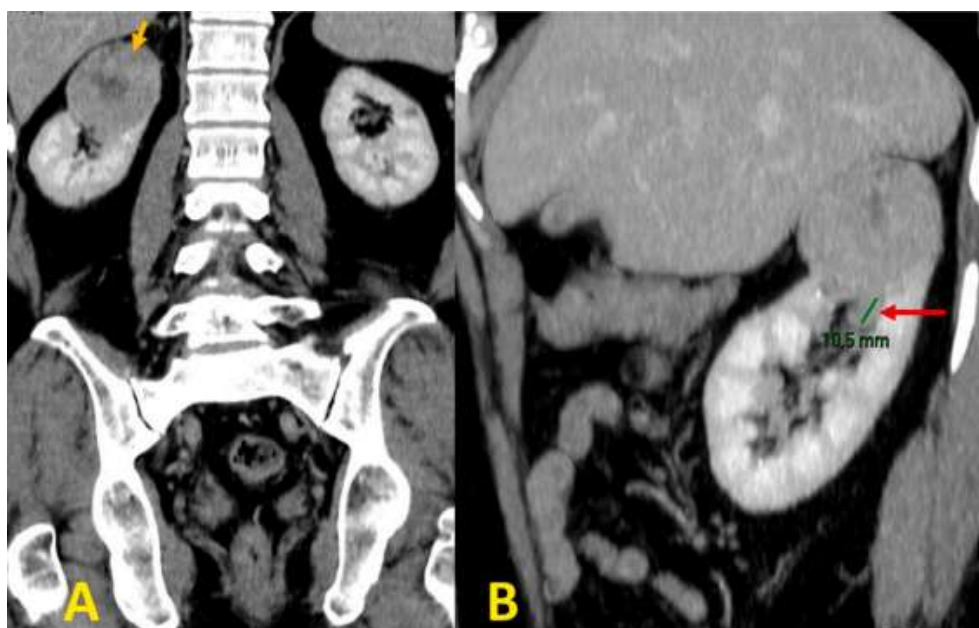
3.2. Trường hợp thứ hai

BN nam, 64 tuổi, đến khám vì đau hông phải. Bệnh nhân không có tiền căn bệnh lý nội khoa hay can thiệp ngoại khoa trước đây. Độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) theo công thức MDRD là 85mL/phút/1.73m². BN được chụp CT scan hệ niệu cho thấy cho thấy một tổn thương dạng khối ở vị trí mặt sau cực trên thận trái kích thước khoảng 52x52x51mm ở cực trên thận phải, với chồi bướu lan từ chân bướu vào một phần tĩnh mạch cực trên thận (Hình 4A-B). Bệnh nhân được chẩn đoán bướu thận phải nghi RCC giai đoạn cT3aN0M0.

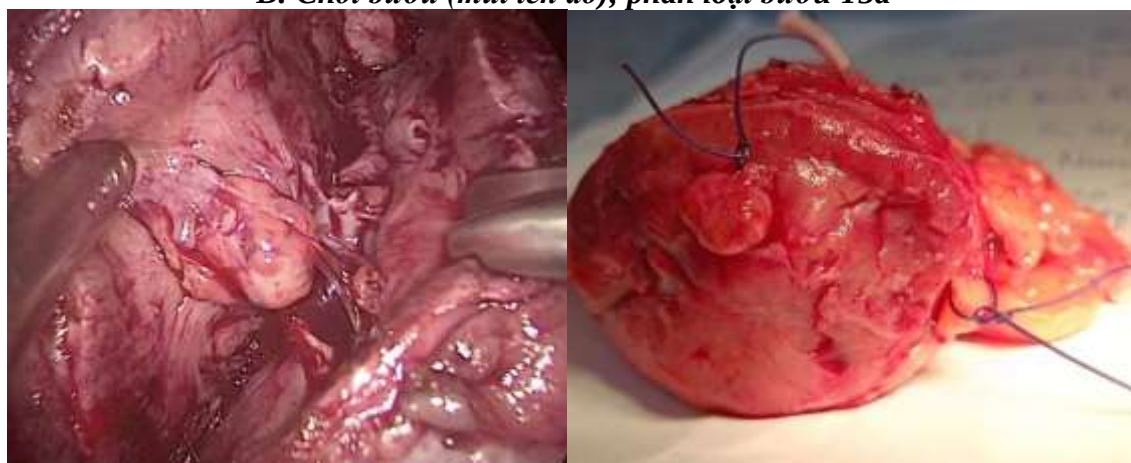
BN được tiếp cận phẫu thuật ngả sau phúc mạc cắt bướu với cùng một kỹ thuật như ở trường hợp thứ nhất. BN được cắt trọn bướu bằng kỹ thuật bóc bướu thận và lấy chồi tĩnh mạch xâm lấn từ đáy bướu vào tĩnh mạch thận cực trên thận phải (Hình 5). Cuộc

phẫu thuật kéo dài 120 phút, thời gian thiếu máu nóng khi kẹp động mạch thận phải là 20 phút, lượng máu mất khoảng 50ml. Sau phẫu thuật bệnh nhân được dặn nghỉ ngơi tại giường trong 24 giờ, sau đó vận động sớm dần. Ống thông Foley niệu đạo được rút vào ngày hậu phẫu thứ nhất và ống dẫn lưu sau phúc mạc được rút vào ngày hậu phẫu hai. Thời gian nằm viện là 3 ngày. Giai đoạn hậu phẫu không ghi nhận biến chứng.

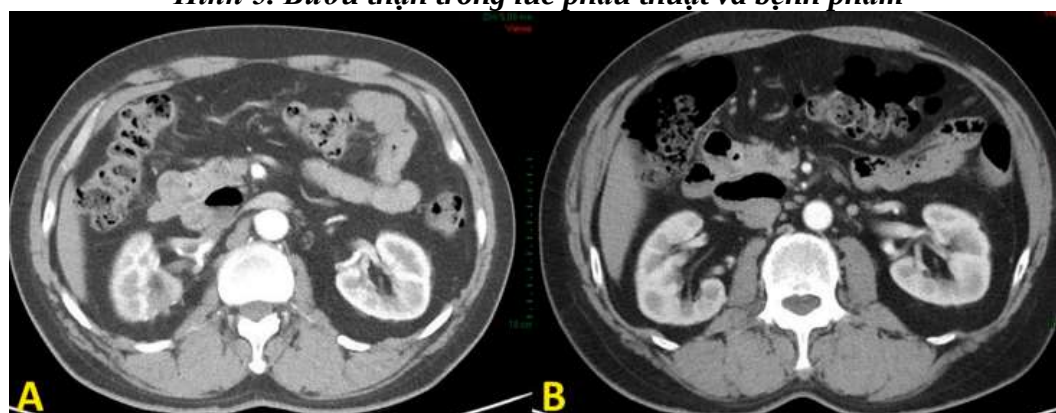
Kết quả giải phẫu bệnh ghi nhận carcinoma tế bào thận loại tế bào sáng, grad 1 theo WHO/ISUP 2016, chưa xâm lấn mỡ quanh thận, rìa diện cắt không có tế bào ác tính. Sau 6 tháng và 1 năm theo dõi, kết quả CT-scan kiểm tra chưa ghi nhận hình ảnh tổn thương nghi ngờ tái phát (Hình 6). Chức năng thận sau 1 năm trong giới hạn bình thường với eGFR là 81.79 mL/phút/m².



**Hình 4. A: Bướu cực trên thận phải (mũi tên vàng);
B: Chồi bướu (mũi tên đỏ); phân loại bướu T3a**



Hình 5. Bướu thận trong lúc phẫu thuật và bệnh phẩm



Hình 6. Hình ảnh CT-scan tại thời điểm tái khám 1 năm sau mổ không ghi nhận tái phát

IV. BÀN LUẬN

Ung thư thận là nguyên nhân ung thư đứng thứ 15 trên toàn thế giới ở cả 2 giới nam và nữ, với 431.288 ca mới trong năm 2020. Tỷ lệ hiện mắc và tỷ lệ tử vong¹ tại châu Á trong năm 5 vừa qua lần lượt lần lượt là 33.6% và 44.7%. Việc quyết định điều trị ung thư thận tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh. Phẫu thuật cắt bướu bảo tồn là lựa chọn hàng đầu trong giai đoạn bướu còn khu trú, giúp cải thiện tiên lượng sống của bệnh nhân khi được phẫu thuật sớm và triệt để. Tuy nhiên đối với bướu thận giai đoạn T3a, việc quyết định lựa chọn phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận hay cắt thận tận gốc vẫn còn tranh cãi và là thách thức đối với các phẫu thuật viên vì không đảm bảo được tiên lượng sống còn về mặt ung thư học.

PTNS cắt bướu bảo tồn thận đã trở thành phương pháp điều trị tiêu chuẩn, thay thế cho mổ mở để điều trị cho khối ung thư biểu mô tế bào thận ở T1 ở hầu hết các trung tâm phẫu thuật nội soi có kinh nghiệm. Lợi ích của PTNS như giảm lượng máu mất, giảm đau sau mổ, hồi phục, vận động sớm nên thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở. Ở những trung tâm phẫu thuật chuyên sâu phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm PTNS thì hiệu quả điều trị là tương đương giữa mổ nội soi và mổ mở.

Theo khuyến cáo của Hội Tiết niệu Châu Âu (EAU), đối với những bệnh nhân có RCC giai đoạn T3a, phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận có thể được xem xét đối với các trường hợp khả thi.

Năm 2021, Shiliang Liu và cộng sự² đã nghiên cứu so sánh 872 bệnh nhân phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận và 2324 bệnh nhân phẫu thuật cắt thận tận gốc với bướu thận T3aN0M0 dưới 7cm bước đầu cho thấy không có sự khác biệt giữa tỷ lệ sống còn về mặt ung thư học.

Một phân tích tổng hợp của Hui Liu và cộng sự³ năm 2021 trên 9 nghiên cứu cũng cho kết quả tương tự. Nhóm tác giả kết luận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ sống còn chung, tỷ lệ tái phát, biến chứng sau mổ và bờ diện cắt dương tính giữa hai phương pháp kể trên. Phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận có tiên lượng tốt hơn phương pháp còn lại ở bệnh nhân bướu thận pT3a có kích thước dưới 4cm.⁴ Thêm vào đó, đối với những trường hợp được chẩn đoán RCC giai đoạn khu trú trước mổ và có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là pT3a, phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận không làm tăng tỷ lệ tái phát^{5,6}.

Đối với hai trường hợp trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn phương pháp phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận cho bướu giai đoạn T3aN0M0, trong đó một trường hợp là bướu xâm lấn mỡ quanh thận, một trường hợp là có chồi bướu vào nhánh tĩnh mạch thận. Thời gian thiếu máu nóng của 2 trường hợp lần lượt là 40 và 20 phút với bờ diện cắt âm tính trên giải phẫu bệnh. Hai bệnh nhân đều phục hồi sớm sau mổ, xuất viện vào hậu phẫu ngày thứ 3.

Tại thời điểm tái khám 6 tháng và 1 năm, kết quả CT-scan của hai bệnh nhân chưa ghi nhận hình ảnh tái phát bướu, cùng chức năng

thận gần như tương đương với trước mổ. Mặt khác, tiếp cận ngã sau phúc mạc giúp bảo tồn các tạng trong ổ bụng so với tiếp cận ngã trong phúc mạc, giúp bệnh nhân giảm biến chứng liệt ruột, giảm lượng máu mất và giảm thời gian nằm viện sau mổ⁷.

Phẫu thuật cắt bướu bảo tồn thận trong hai trường hợp được cân nhắc kỹ trước mổ, có thảo luận về nguy cơ và lợi ích với bệnh nhân và thân nhân trước mổ. Kinh nghiệm phẫu thuật cắt một phần thận được nhóm nghiên cứu tích lũy trong thực hành lâm sàng tại bệnh viện Bình Dân giúp nhóm nghiên cứu phần nào tự tin để tiến hành các trường hợp ban đầu này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận là một chọn lựa khả thi và an toàn đối với bướu thận giai đoạn T3a trong một số trường hợp cụ thể. Kỹ thuật nên được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi. Tuy nhiên cần nghiên cứu thêm với số lượng mẫu lớn và thời gian theo dõi dài hơn.

Phẫu thuật nội soi sau phúc mạc cắt bướu bảo tồn thận là một lựa chọn khả thi và an toàn trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn T3a đối với những trường hợp được lựa chọn cẩn thận. Trong hai trường hợp được báo cáo, kỹ thuật này cho thấy hiệu quả cao trong việc loại bỏ khối u với diện cắt âm tính, đồng thời bảo tồn tốt chức năng thận mà không ghi nhận biến chứng đáng kể trong và sau phẫu thuật.

Mặc dù phẫu thuật bảo tồn thận trong RCC giai đoạn T3a vẫn còn nhiều tranh cãi, ngày càng có nhiều bằng chứng ủng hộ việc áp dụng kỹ thuật này ở những bệnh nhân phù hợp. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật nên dựa trên đặc điểm bệnh lý của khối u, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và khả năng theo dõi sau mổ.

Trong tương lai, cần có thêm các nghiên cứu với số lượng bệnh nhân lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá chính xác hơn về hiệu quả ung thư học và chức năng thận lâu dài của phương pháp này. Sự phát triển của các kỹ thuật phẫu thuật tối thiểu xâm lấn, đặc biệt là phẫu thuật robot hỗ trợ, có thể mở ra nhiều cơ hội hơn trong điều trị bướu thận giai đoạn tiến triển, tối ưu hóa hiệu quả phẫu thuật đồng thời duy trì chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ljungberg B, Albiges L, Abu-Ghanem Y, et al.** European Association of Urology Guidelines on Renal Cell Carcinoma: The 2022 Update. *European urology*. Oct 2022;82(4): 399-410. doi:10.1016/j.eururo.2022.03.006
2. **Liu S, Feng C, Liu C, Wang Z.** Comparison of prognosis between patients undergoing radical nephrectomy versus partial nephrectomy for renal cell carcinoma ≤ 7 cm T3aN0/xM0: Survival benefit is biased toward partial nephrectomy. 2021;10(24): 8909-8923. doi:https://doi.org/10.1002/cam4.4412
3. **Liu H, Kong QF, Li J, et al.** A meta-analysis for comparison of partial

- nephrectomy vs. radical nephrectomy in patients with pT3a renal cell carcinoma. *Translational andrology and urology*. Mar 2021;10(3):1170-1178. doi:10.21037/tau-20-1262
4. **Liu Z, Yang Z, Li J, et al.** Partial versus radical nephrectomy for the treatment of pT3aN0M0 renal cell carcinoma: A propensity score analysis. *Asian Journal of Surgery*. 2023/09/01/ 2023;46(9):3607-3613. doi:https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2023.04.058
 5. **Patel SH, Uzzo RG, Larcher A, et al.** Oncologic and Functional Outcomes of Radical and Partial Nephrectomy in pT3a Pathologically Upstaged Renal Cell Carcinoma: A Multi-institutional Analysis. *Clinical Genitourinary Cancer*. 2020/12/01/ 2020;18(6):e723-e729. doi:https://doi.org/10.1016/j.clgc.2020.05.002
 6. **Srivastava A, Patel HD, Joice GA, et al.** Incidence of T3a up-staging and survival after partial nephrectomy: Size-stratified rates and implications for prognosis. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*. 2018/01/01/ 2018;36(1): 12.e7-12.e13. doi:https://doi.org/ 10.1016/j.urolonc.2017.09.005
 7. **Wright JL, Porter JR.** Laparoscopic partial nephrectomy: comparison of transperitoneal and retroperitoneal approaches. *The Journal of Urology*. 2005/09/01/ 2005;174(3):841-845. doi: https://doi.org/10.1097/01.ju.0000169423.94253.46

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG GÂY MÊ NGƯỜI BỆNH U TRUNG THẤT TRƯỚC XÂM LẤN TĨNH MẠCH CHỦ TRÊN VÀ TIM PHẢI

Trần Đỗ Anh Vũ¹, Hà Ngọc Chi¹, Huỳnh Thị Mai Phương¹,
Võ Lan Anh¹, Hồ Khánh Đức¹, Văn Hùng Dũng¹, Phạm Minh Tòng²

TÓM TẮT

Tổng quan: Các khối u trung thất trước thường gặp bao gồm: u tuyến ức, u quái, u tuyến giáp, u lymphoma và phình động mạch chủ ngực. Trong đó, u tuyến ức xâm lấn tĩnh mạch chủ trên, nhĩ phải và thất phải là rất hiếm gặp. Phẫu thuật cắt bỏ khối u là phương pháp điều trị chủ yếu đối với u tuyến ức xâm lấn, với tiên lượng sống còn của bệnh nhân có tương quan thuận với kích thước khối u được cắt bỏ.

Ca lâm sàng: Người bệnh nữ, 64 tuổi, đến khám vì phù mắt. Qua khám lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính, phát hiện khối u trung thất trước có dấu hiệu xâm lấn tĩnh mạch chủ trên và nhĩ phải. Sau hội chẩn toàn viện, người bệnh được chỉ định phẫu thuật cắt bỏ khối u. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy u tuyến ức type B3, chưa xâm lấn vỏ bao; người bệnh được tiếp tục điều trị bằng hóa trị sau mổ.

Bàn luận: Trong quá trình gây mê và thực hiện phẫu thuật, người bệnh có nguy cơ bị tắc nghẽn đường thở hoàn toàn và trụy tim mạch do chèn ép tim và các mạch máu lớn, tắc nghẽn hồi lưu qua tĩnh mạch chủ trong giai đoạn khởi mê. Tuần hoàn ngoài cơ thể giữ vai trò quan trọng

trong các trường hợp khối u trung thất trước có kích thước lớn có nguy cơ trụy hô hấp - tuần hoàn. Tuần hoàn ngoài cơ thể có thể được thiết lập trước hoặc sau khi khởi mê. Để đảm bảo an toàn tối đa cho người bệnh, cần xây dựng một kế hoạch chi tiết và sự phối hợp chặt chẽ giữa đội ngũ gây mê hồi sức, phẫu thuật viên và tuần hoàn ngoài cơ thể.

Kết luận: Chúng tôi báo cáo một trường hợp gây mê hồi sức thành công cho phẫu thuật cắt khối u trung thất trước xâm lấn tĩnh mạch chủ trên, nhĩ phải và một phần thất phải được thực hiện dưới hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Tuần hoàn ngoài cơ thể không chỉ đảm bảo cung cấp đủ oxy và tưới máu trong giai đoạn nguy kịch mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho việc cắt khối u một cách an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: U trung thất chèn ép tim, gây mê hồi sức, tuần hoàn ngoài cơ thể, tắc nghẽn đường thở, suy hô hấp

SUMMARY

CASE REPORT: ANESTHETIC CONSIDERATIONS IN PATIENT WITH AN ANTERIOR MEDIASTINAL TUMOR INVADING THE SUPERIOR CAVA AND RIGHT ATRIUM

Overview: Anterior mediastinal masses frequently encountered include thymomas, germ cell tumors, thyroid neoplasms, lymphomas, and thoracic aortic aneurysms. Among these, invasive thymomas infiltrating the superior vena cava, right atrium, and right ventricle are exceedingly rare. Surgical resection remains the

¹Bệnh viện Bình Dân

²Viện Tim Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chi

SĐT: 0906987286

Email: mechichi2903@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025

cornerstone of therapy for invasive thymomas, with patient prognosis being directly proportional to the extent of complete tumor excision.

Clinical Case: A 64-year-old female presented with facial edema. Clinical evaluation and computed tomography (CT) imaging revealed an anterior mediastinal mass with evidence of invasion into the superior vena cava and right atrium. Following a comprehensive multidisciplinary consultation, the patient was scheduled for surgical resection of the mass. Histopathological examination confirmed a type B3 thymoma without capsular invasion, and the patient subsequently underwent adjuvant chemotherapy.

Discussion: During anesthetic induction and throughout the surgical procedure, patients are at risk for complete airway obstruction and cardiovascular collapse due to compression of the heart and major vessels, as well as impaired venous return via the superior vena cava. Extracorporeal circulation is indispensable in managing large anterior mediastinal masses that significantly compromise cardiopulmonary function. This modality may be instituted in the awake patient or following induction of anesthesia. To ensure optimal patient safety, a meticulously devised perioperative management plan and close collaboration among the anesthesiology team, surgeons, and perfusion specialists are imperative.

Conclusion: We report a case of successful anesthetic management for the resection of an anterior mediastinal mass infiltrating the superior vena cava, right atrium, and a portion of the right ventricle, with the support of extracorporeal circulation. This approach not only ensured adequate oxygenation and perfusion during the critical perioperative period but also facilitated a safe and effective tumor resection.

Keywords: Anterior mediastinal mass with cardiac compression, anesthetic management, extracorporeal circulation, airway obstruction, respiratory failure.

I. GIỚI THIỆU

Phẫu thuật u trung thất trước xâm lấn là một thách thức lớn trong y học do mức độ phức tạp của bệnh lý và các nguy cơ cao trong quá trình gây mê phẫu thuật. U tuyến ức lớn xâm lấn tĩnh mạch chủ đến tim phải là một trong những trường hợp rất khó đối với bác sĩ gây mê hồi sức do các biến chứng như tắc nghẽn đường thở, rối loạn huyết động khi khởi mê.[1, 2] Kỹ thuật khởi mê toàn thân cho người bệnh (NB) u trung thất trước đây gồm khởi mê bằng thuốc mê hô hấp, đặt ống nội khí quản tĩnh, không sử dụng dẫn cơ và NB tự thở.[3, 4] Tuy nhiên, NB vẫn có nguy cơ tử vong chu phẫu cao. Kết hợp đa chuyên khoa và sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) giúp gia tăng mức độ an toàn khi khởi mê cho NB u trung thất. THNCT có thể thiết lập trước khởi mê hoặc chuẩn bị sẵn sàng và khởi động ngay lập tức khi có tắc nghẽn đường thở, rối loạn huyết động.[5, 6]

Chúng tôi báo cáo một trường hợp hiếm gặp trên lâm sàng. Đó là u tuyến ức xâm lấn tĩnh mạch chủ trên, nhĩ và thất phải. Trường hợp này cho chúng ta cách nhìn tổng quát về gây mê và chăm sóc NB u trung thất trước.

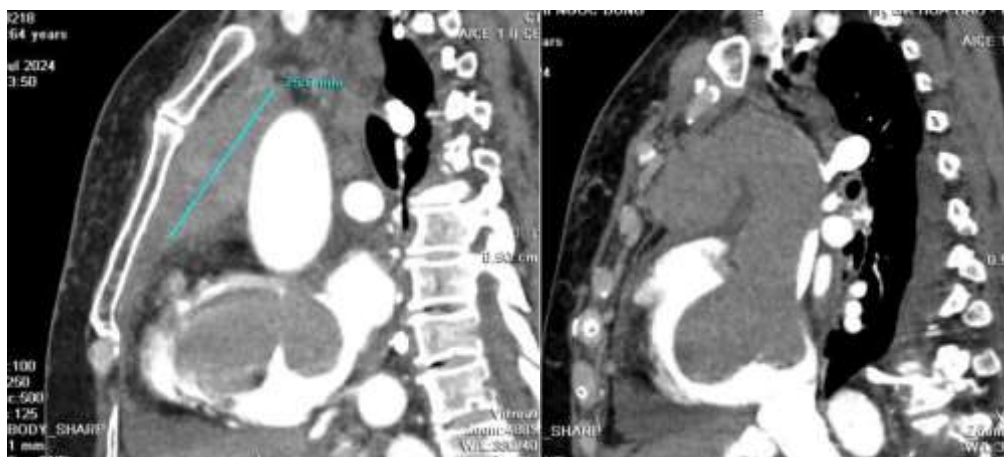
II. BÁO CÁO CA BỆNH

Người bệnh nữ, 64 tuổi, đến khám vì phù mắt. Cách nhập viện 1 tháng bệnh nhân phù mắt và cổ, tăng dần, phù nhiều vào buổi sáng, hồi hộp, khó thở khi gắng sức. Khám lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính phát hiện có khối u trung thất trước.

Kết quả chụp cắt lớp vi tính (Hình 1) khối choáng chỗ vùng trung thất trước nghĩ u

(d # 73*33*60 cm), giới hạn không rõ với tĩnh mạch chủ (TMC) trên và 1/3 chu vi động mạch chủ ngực đoạn lên. Huyết khối hoàn toàn TMC trên, nhĩ phải và một phần thất phải, nhiều tuần hoàn bàng hệ vùng cổ và trong trung thất. Siêu âm tim (Hình 2) không rối loạn vận động vùng, EF = 65%, có khối

choáng chỗ từ lỗ TMC trên đến nhĩ phải và một phần thất phải d # 72*40mm, chèn ép nặng van 3 lá. Các xét nghiệm cận lâm sàng khác như khí quản, phế quản gốc và các phế quản 2 bên chưa ghi nhận bất thường. Khảo sát vùng hầu và cổ ghi nhận hốc miệng khẩu hầu, hạ hầu thanh quản bình thường.



Hình 1: Kết quả MSCT ngực



Hình 2: Kết quả siêu âm tim

Người bệnh được hội chẩn toàn viện, thông qua kế hoạch cắt u và qua đó sinh thiết u trung thất để có hướng điều trị tiếp.

NB được dự trữ hồng cầu lắng, huyết tương tươi đông lạnh và tiểu cầu.

Tại phòng mổ, NB nằm trên bàn phẫu thuật với tư thế dễ chịu nhất, thiết lập đường truyền lớn. NB được gây mê tại chỗ để đặt catheter tĩnh mạch đùi trái, huyết áp xâm lấn

động mạch quay phải. Đồng thời, bộc lộ tĩnh mạch, động mạch đùi bên phải để chuẩn bị sẵn sàng khởi động tuần hoàn ngoài cơ thể. Chúng tôi tiến hành dự trữ oxy trước khởi mê, sau đó gây mê với fentanyl, propofol, hỗ trợ thông khí tốt, sử dụng giãn cơ rocuronium, đặt ống nội khí quản. Sau khởi mê, huyết động ổn định, phẫu thuật viên tiếp tục mở ngực cửa xương ức, ghi nhận u lớn ở

trung thất xâm lấn tĩnh mạch thân tay đầu trái và tĩnh mạch chủ trên, huyết khối trong lòng nhĩ phải và thất phải. Do khối u xâm lấn xuyên thành tĩnh mạch chủ trên, tắc hoàn toàn tĩnh mạch thân cánh tay đầu trái, gõ dính khó khăn nên quyết định đặt ống thông (cannule) tĩnh mạch thân cánh tay đầu trên chỗ tắc, cannulle động tĩnh mạch đùi phải,

khởi động THNCT. Phẫu thuật viên xẻ nhĩ phải, thám sát và bóc trọn khối u ở TMC trên và nhĩ - thất phải.

Sau mổ, NB được an thần thở máy và rút nội khí quản sau mổ 18 giờ, chuyển về khoa phòng điều trị sau 2 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh là u tuyến ức type B3 chưa xâm lấn vỏ bao.



Hình 3: Khối u trung thất, TMC trên, nhĩ - thất phải

III. THẢO LUẬN

3.1. Đánh giá trước phẫu thuật

Trước khi phẫu thuật cần xác định các tình huống cấp cứu có thể xảy ra ngay khi khởi mê và phẫu thuật. Với bệnh sử chi tiết và khám lâm sàng có thể cung cấp thông tin hữu ích về mức độ thay đổi chức năng các cơ quan cũng như mức độ chèn ép của khối u. Các biểu hiện thường gặp của khối u trung thất liên quan đến triệu chứng tắc nghẽn. Tắc nghẽn khí quản có thể gây khó thở, thở nhanh, khó thở khi nằm, ho, thở rít hoặc ho ra máu. Chèn ép tim và các mạch máu lớn có thể dẫn đến ngất, rối loạn nhịp tim, hạ huyết

áp. Đặc biệt, chèn ép TMC trên và tĩnh mạch thân cánh tay đầu có thể gây phù mắt và chi trên. Tuy nhiên, NB có thể tự điều chỉnh tư thế, thói quen để thích nghi với các triệu chứng này, đến mức họ không chú ý đến chúng. Khi gây mê toàn thân cần biết tư thế nào giúp cải thiện triệu chứng chèn ép. Từ đó, bác sĩ gây mê có thể điều chỉnh tư thế khi NB xuất hiện các triệu chứng chèn ép trong giai đoạn khởi mê.[7]

Để xác định vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn cây phế quản và các cấu trúc mạch máu lớn của khối u, NB thường được chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang để

đánh giá.[8] Siêu âm tim, nội soi phế quản, đo chức năng hô hấp cung cấp những thông tin quan trọng cho quá trình gây mê. Nhưng cần chú ý, hình ảnh học không dự đoán được những thay đổi trong quá trình gây mê – phẫu thuật. Vì vậy, bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê cần dựa vào các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng để dự đoán các trường hợp nguy hiểm nhất có thể xảy ra, từ đó có kế hoạch điều trị thích hợp. Kế hoạch đề ra của chúng tôi ở NB này đó là thiết lập hệ thống THNCT sẵn sàng để có thể khởi động bất cứ khi nào và được thực hiện trước khi gây mê – phẫu thuật.

3.2. Điều trị trước phẫu thuật

Đối với các khối u trung thất lớn có xâm lấn các cơ quan lân cận thì việc điều trị trước mổ với hóa trị hoặc xạ trị hoặc nút mạch có thể làm giảm kích thước u và giảm tình trạng tắc nghẽn. Tuy nhiên, NB này khối u đã qua van 3 lá, nguy cơ thuyên tắc phổi cao vì vậy nên phải thực hiện phẫu thuật sớm. Ngoài ra, sinh thiết xuyên thành ngực để xác định bản chất khối u phục vụ cho hóa - xạ trị không thể thực hiện được vì nguy cơ chảy máu cao và rối loạn huyết động có thể xuất hiện ngay khi vô cảm hoặc sinh thiết. Sau hội chẩn toàn viện - liên viện đã đưa ra kế hoạch phẫu thuật cắt bỏ khối u với sự phối hợp các chuyên khoa Phẫu thuật Tim - Mạch máu, Ngoại lồng ngực, Gây mê hồi sức và sự hỗ trợ của hệ thống tuần hoàn ngoài cơ thể.[9]

3.3. Vấn đề gây mê

Khối u trung thất lớn gây chèn ép vào khí quản và xâm lấn vào mạch máu lớn kéo dài đến tim, phổi là một thách thức lớn đối với bác sĩ gây mê. Bất kì triệu chứng chèn ép nào cũng có thể trở nên trầm trọng dưới tác động của gây mê toàn thân. Mặc dù, NB có thể hoàn toàn ổn định trước phẫu thuật nhưng sự thay đổi sinh lý của gây mê toàn thân cũng

như phẫu thuật sẽ dẫn đến các vấn đề nghiêm trọng. Các nghiên cứu đã cho thấy tỉ lệ biến chứng tim mạch trong phẫu thuật từ 9%-20%.[7] Các rối loạn về hô hấp, tuần hoàn rất dễ xảy ra ở bất cứ thời điểm nào của quá trình gây mê, nhưng tỉ lệ chính xác thì chưa có nghiên cứu cụ thể nào ghi nhận. Do đa số các bài báo về u trung thất là các báo cáo trường hợp lâm sàng, vì vậy cần đánh giá cụ thể từng trường hợp cụ thể.

Sau khi đánh giá trước phẫu thuật, NB được chia thành các nhóm nguy cơ gồm thấp – trung bình – cao. Nguy cơ thấp là những NB không có các triệu chứng lâm sàng hoặc triệu chứng lâm sàng rất nhẹ. Nguy cơ trung bình khi có triệu chứng lâm sàng từ nhẹ đến vừa và có mức độ chèn ép trên cắt lớp vi tính dưới 50%. Nguy cơ cao khi triệu chứng lâm sàng nặng, mức độ chèn ép trên cắt lớp vi tính trên 50%.[10] Ở trường hợp của chúng tôi, trên cắt lớp vi tính chưa thấy sự chèn ép khí phế quản cũng như chèn ép vùng hầu thanh quản. Tuy nhiên, bệnh sử và lâm sàng có khó thở khi gắng sức, phù vùng mặt cổ, trên siêu âm tim và chụp cắt lớp vi tính khối u đã xâm lấn TMC trên, nhĩ – thất phải, có nhiều tuần hoàn bàng hệ trong cổ và trung thất. Vì vậy, NB có nguy cơ về hô hấp thấp, nhưng về tuần hoàn được đánh giá nguy cơ trung bình – cao.

Trên bàn phẫu thuật, NB được đặt ở tư thế dễ chịu nhất, đó là nằm đầu cao nhằm duy trì thông khí tự nhiên tối đa. NB được theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn liên tục để dễ dàng phát hiện các rối loạn huyết động có thể xảy ra bất kỳ lúc nào trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Trường hợp này, chúng tôi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm đùi trái vì NB này dễ bị chèn ép tuần hoàn trở về ở tĩnh mạch chủ trên. Và quan trọng nhất là bọc lộ động mạch, tĩnh mạch đùi phải

dưới gây mê tại chỗ, tuần hoàn ngoài cơ thể được chuẩn bị sẵn sàng và khởi động ngay lập tức khi có tắc nghẽn đường thở, rối loạn huyết động khi khởi mê.

Khi khởi mê, chúng tôi tiến hành dự trữ oxy 100%, khởi mê với fentanyl, propofol, duy trì NB ở mức tự thở có hỗ trợ thông khí để đánh giá áp lực đường thở trước khi sử dụng thuốc dẫn cơ đặt nội khí quản. Khởi mê với một bác sĩ gây mê có kinh nghiệm lâu năm cầm mask hỗ trợ thông khí để kịp thời phát hiện sự tắc nghẽn là một điều cần thiết. Sau khi gây mê NB ổn định, tiến hành mở ngực qua xương ức bóc tách khối u. Đến giai đoạn mở tim lấy khối u tĩnh mạch chủ trên và tim phải, chúng tôi đặt canula tĩnh mạch thân cánh tay đầu trái trên chỗ tắc, canula động - tĩnh mạch đùi phải, khởi động tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ. Hỗ trợ THNCT có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc cắt bỏ khối u, thao tác trên khối u thực hiện được tốt hơn mà không gây nguy cơ hậu quả huyết động và hô hấp.[11] Chúng tôi không sử dụng THNCT ngay từ đầu vì tình trạng rối loạn đông máu do heparin có thể gây chảy máu trong quá trình thám sát bóc u. Sử dụng THNCT khi tỉnh rất hiếm và chỉ dành cho những NB có nguy cơ rất cao về hô hấp, rối loạn huyết động nặng khi gây mê.[12] THNCT khi tỉnh gây đau và lo lắng cho NB, có thể dẫn đến thay đổi huyết động nhiều trên cơ địa đã có suy giảm huyết động. Tuy nhiên, THNCT phải luôn sẵn sàng khởi động nhanh bất cứ thời điểm nào khi cần.

Mặc dù, phẫu thuật thuận lợi nhưng NB vẫn phải chịu rất nhiều các nguy cơ như thay đổi về cấu trúc giải phẫu của hô hấp, tuần hoàn. Hô sức sau phẫu thuật cũng rất quan trọng do các nguy cơ của truyền máu khối lượng lớn, rối loạn đông máu, đặc biệt là nguy cơ tái phát của u. Tại đơn vị Hồi tỉnh,

bất kỳ dấu hiệu nào cho thấy chảy máu, suy hô hấp điều cần được đánh giá ngay lập tức nhằm can thiệp kịp thời để tránh hậu quả nghiêm trọng. NB này không có tổn thương đường thở đáng kể, tuy nhiên cần theo dõi các biến chứng cấp như chảy máu nhiều cần can thiệp lại, suy tim cấp. Sau phẫu thuật, các ống dẫn lưu vùng ngực ra dịch đỏ nhiều khoảng 200ml trong 1 giờ. Thời điểm này, NB cần được theo dõi sát và phân biệt chảy máu do biến chứng phẫu thuật cần mở ngực lại hay do rối loạn đông máu. Dựa trên kết quả xét nghiệm, chúng tôi bù thêm các chế phẩm máu thì tốc độ ra dịch của các ống dẫn lưu giảm dần. NB được chụp X-Quang ngực thẳng đánh giá tổn thương và rút ống nội khí quản sau phẫu thuật 18 giờ và chuyển về khoa phòng điều trị tiếp tục sau 48 giờ. Sau 6 tháng phẫu thuật, NB đã cải thiện hoàn toàn về triệu chứng chèn ép của khối u và tiếp tục hóa trị liệu theo phác đồ dựa trên kết quả giải phẫu bệnh.

IV. KẾT LUẬN

U tuyến ức xâm lấn TMC trên và tim phải hiếm gặp. Người bệnh có thể có các nguy cơ như tắc nghẽn đường thở hoàn toàn, rối loạn huyết động nặng, thậm chí ngưng tim khi khởi mê. Tuần hoàn ngoài cơ thể không chỉ cung cấp đủ oxy và tưới máu trong giai đoạn nguy hiểm mà còn tạo điều kiện thuận lợi cho phẫu thuật cắt khối u một cách an toàn và hiệu quả.

Sự chuẩn bị về trang thiết bị, kế hoạch tiến hành gây mê hồi sức - phẫu thuật cụ thể. Sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa gây mê hồi sức, phẫu thuật viên và tuần hoàn ngoài cơ thể là điều kiện tiên quyết để giảm thiểu biến chứng và cải thiện tiên lượng cho NB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gothard, J.W.**, Anesthetic considerations for patients with anterior mediastinal masses. *Anesthesiology clinics*, 2008. 26(2): p. 305-314.
2. **Hsu, A.**, Critical airway obstruction by mediastinal masses in the intensive care unit. *Anaesthesia and Intensive Care*, 2013. 41(4): p. 543-548.
3. **Slinger, P. and C. Karsli**, Management of the patient with a large anterior mediastinal mass: recurring myths. *Current Opinion in Anesthesiology*, 2007. 20(1): p. 1-3.
4. **Erdös, G. and I. Tzanova**, Perioperative anaesthetic management of mediastinal mass in adults. *European Journal of Anaesthesiology| EJA*, 2009. 26(8): p. 627-632.
5. **Takeda, S.**, Surgical rescue for life-threatening hypoxemia caused by a mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg*, 1999. 68: p. 1324-1326.
6. **Tempe, D.K., et al.**, Mediastinal mass resection: Femorofemoral cardiopulmonary bypass before induction of anesthesia in the management of airway obstruction. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 2001. 15(2): p. 233-236.
7. **Schulz, C.A., J.D. Mohs, and A.M. Reuter**, A Case Report and Review on the Anesthetic Considerations of Anterior Mediastinal Masses. *Aesculapius Journal (Health Sciences & Medicine)*, 2024. 5(1): p. 1.
8. **Sendasgupta, C., et al.**, Femoro-femoral cardiopulmonary bypass for the resection of an anterior mediastinal mass. *Indian J Anaesth*, 2010. 54(6): p. 565-8.
9. **Gia, K.N. and H.D. Thi**, KINH NGHIỆM PHẪU THUẬT CÁC KHỐI U TRUNG THẤT LỚN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI. *Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam*, 2019. 27: p. 19-23.
10. **Tan, J.C., et al.**, Anesthetic management of patients undergoing mediastinal mass operation. *Front Surg*, 2022. 9: p. 1033349.
11. **Rouabeh, W., et al.**, Cardiopulmonary bypass for anesthetic management anterior medistinal teratoma: Case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2024. 119: p. 109575.
12. **Tran, C., et al.**, Initiation of Cardiopulmonary Bypass in a High-Risk Patient Under Regional Anesthesia: A Case Report. *A A Pract*, 2020. 14(8): p. e01246.

TỐI ƯU HÓA ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ

Phùng Thanh Vũ¹, Nguyễn Ngọc Thái¹, Trần Tấn Sang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tán sỏi ngoài cơ thể (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL) là phương pháp phổ biến điều trị sỏi đường tiết niệu không xâm lấn. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị ESWL phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm đặc điểm sỏi, tổng trạng bệnh nhân, và kỹ thuật thực hiện. Bài tổng quan này tổng hợp lại các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị sỏi thận qua phương pháp ESWL từ đó đề xuất chiến lược tối ưu giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi và giảm tai biến biến chứng.

Phương pháp: Tổng hợp và phân tích các nghiên cứu gần đây về kỹ thuật ESWL, bao gồm vai trò của kích thước, vị trí, và mật độ sỏi (Hounsfield Unit), khoảng cách da đến sỏi (Skin-to-Stone Distance - SSD), và các thông số kỹ thuật như năng lượng sóng, tần số, và số lượng sóng. Đồng thời, bài viết thảo luận các biện pháp hỗ trợ như đặt stent niệu quản, sử dụng thuốc giãn cơ trơn, và kiểm soát yếu tố nguy cơ.

Kết quả: ESWL đạt hiệu quả cao với sỏi có kích thước <20 mm, độ cứng vừa phải (<1000 HU), và khoảng cách da-sỏi <10 cm. Các kỹ thuật nhằm tối ưu hóa hiệu quả tán sỏi bao gồm kỹ thuật tăng dần năng lượng (ramping), tần số sóng thấp (60-90 sóng/phút), và định vị chính xác vị trí sỏi bằng siêu âm hoặc X-quang. Các điều trị tổng xuất sỏi như Tamsulosin giúp giảm thời

gian tổng xuất sỏi, giảm các biến chứng như cơn đau quặn thận.

Kết luận: Tối ưu hóa điều trị ESWL không chỉ dựa trên lựa chọn bệnh nhân phù hợp mà còn yêu cầu áp dụng đúng kỹ thuật và điều trị hỗ trợ sau tán sỏi. Các tiến bộ trong công nghệ định vị và kiểm soát sóng xung hứa hẹn sẽ nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân sỏi đường tiết niệu.

Từ khóa: Sỏi thận; Tán sỏi ngoài cơ thể

SUMMARY

OPTIMIZATION OF EXTRACORPOREAL SHOCK WAVE LITHOTRIPSY

Objective: Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy (ESWL) is a widely used non-invasive method for the treatment of kidney and ureteral stones. However, the effectiveness of ESWL depends on multiple factors, including stone characteristics, patient profiles, and procedural techniques. This review aims to systematize these influencing factors and propose strategies to optimize ESWL treatment to enhance stone fragmentation efficacy and minimize complications.

Methods: Recent studies on ESWL techniques were analyzed, focusing on the role of stone size, location, and density (Hounsfield Units - HU), skin-to-stone distance (SSD), and technical parameters such as energy levels, shock frequency, and number of shocks. The review also discusses supportive measures, including ureteral stent placement, the use of smooth muscle relaxants, and the management of risk factors.

¹Khoa Niệu C Bệnh viện Bình Dân

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thanh Vũ

SĐT: 0918436470

Email: drphungthanhvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2025

Ngày duyệt bài: 20/02/2025:

Results: ESWL achieves high efficacy for stones smaller than 20 mm, with moderate density (<1000 HU) and a skin-to-stone distance of less than 10 cm. Optimization strategies include energy ramping techniques, lower shock frequency (60-90 shocks/min), and precise targeting using ultrasound or fluoroscopy. Medical expulsive therapy such as Tamsulosin have been shown to reduce the time required for stone passage and decrease complications such as renal colic episodes.

Conclusion: Optimizing ESWL treatment requires not only proper patient selection but also the accurate application of techniques and effective management of risk factors. Advances in targeting technologies and shockwave control promise to improve treatment outcomes and enhance the quality of life for patients with urolithiasis.

Keywords: Urolithiasis, Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy

I. GIỚI THIỆU

Sỏi thận là một trong những bệnh lý phổ biến của hệ tiết niệu, với tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng trên toàn thế giới. Sỏi tiết niệu không chỉ gây đau đớn cho bệnh nhân mà còn có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng như bế tắc đường tiết niệu, nhiễm khuẩn đường tiết niệu, và suy thận nếu không được điều trị kịp thời. Trong các phương pháp điều trị hiện nay, tán sỏi ngoài cơ thể (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL) đã được công nhận là một kỹ thuật không xâm lấn an toàn và hiệu quả trong việc tán sỏi thành các mảnh nhỏ qua sự hội tụ của các sóng xung kích ngoài cơ thể, giúp sỏi được đào thải tự nhiên qua nước tiểu.¹

Kể từ khi được giới thiệu vào những năm 1980, ESWL đã trở thành lựa chọn hàng đầu

cho các bệnh nhân có sỏi nhỏ hoặc ở vị trí thuận lợi. Tuy nhiên, hiệu quả của ESWL có sự khác biệt lớn giữa các bệnh nhân và trung tâm điều trị. Những yếu tố như kích thước và mật độ sỏi, vị trí sỏi, khoảng cách da đến sỏi (skin-to-stone distance), cũng như thông số kỹ thuật của máy tán sỏi đều ảnh hưởng đáng kể đến kết quả điều trị. Ngoài ra, sự phát triển của các phương pháp can thiệp khác như nội soi ngược dòng (RIRS) và tán sỏi qua da (PCNL) đã đặt ra thách thức cho ESWL trong việc duy trì vị thế của mình.²

Trong bối cảnh đó, việc tối ưu hóa ESWL thông qua cải tiến kỹ thuật, lựa chọn bệnh nhân phù hợp, và theo dõi sau điều trị là cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị, tăng tỉ lệ sạch sỏi đồng thời giảm thiểu tai biến, biến chứng. Bài tổng quan này nhằm hệ thống hóa các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của ESWL và đề xuất các chiến lược tối ưu hóa, giúp định hướng việc áp dụng kỹ thuật này một cách hiệu quả hơn trong lâm sàng.

II. ĐẠI CƯƠNG VỀ ESWL

Tán sỏi ngoài cơ thể (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy - ESWL) là kỹ thuật tán sỏi không xâm lấn được sử dụng phổ biến trong điều trị sỏi thận và niệu quản.¹ ESWL lần đầu tiên được giới thiệu năm 1980 và đã nhanh chóng trở thành một trong những phương pháp điều trị sỏi đường tiết niệu nhờ vào tính an toàn, hiệu quả và thời gian phục hồi ngắn. Nguyên lý của ESWL dựa trên việc tạo ra sóng xung kích từ nguồn năng lượng bên ngoài cơ thể. Sóng này truyền qua môi trường chất lỏng và tập trung chính xác vào viên sỏi nhờ các hệ thống định vị như X-quang hoặc siêu âm. Tác động của sóng xung kích phá vỡ sỏi thông qua các cơ chế chính như lực nén (compressive force), hiện tượng cavitation (tạo bong bóng khí nổ), và ứng

suất cắt (shear stress), từ đó làm sỏi vỡ thành các mảnh nhỏ có thể được đào thải tự nhiên qua đường tiết niệu.³

Hiện nay, có ba loại máy ESWL phổ biến: điện thủy lực (electrohydraulic), điện từ lực (electromagnetic), và áp điện (piezoelectric). Máy điện thủy lực sử dụng phóng điện qua môi trường nước để tạo sóng

xung kích, có hiệu quả phá vỡ sỏi cao nhưng khó kiểm soát. Máy điện từ lực sử dụng từ trường để tạo sóng, ít gây đau hơn nhưng có nguy cơ xuất huyết cao hơn. Trong khi đó, máy áp điện dựa trên hiệu ứng áp điện, cho độ chính xác cao, ít tổn thương mô mềm nhưng hiệu quả phân mảnh sỏi thường thấp hơn.³



Hình 1: Máy tán sỏi thủy điện lực tại cơ sở nghiên cứu

ESWL đạt hiệu quả cao nhất đối với các trường hợp sỏi thận và niệu quản đoạn trên có kích thước nhỏ hơn 20 mm, đặc biệt khi không có tắc nghẽn đường bài xuất và sỏi có mật độ vừa phải. Tuy nhiên, hiệu quả của ESWL có thể giảm trong các trường hợp sỏi có kích thước lớn (>20 mm), sỏi cứng (như cystine hoặc calcium oxalate monohydrate), hoặc sỏi nằm ở các vị trí khó đào thải như sỏi đài dưới. Một số biến chứng có thể gặp bao gồm tiểu máu, tụ máu quanh thận, và hiện tượng Steinstrasse do các mảnh sỏi gây tắc nghẽn niệu quản. Mặc dù vậy, nhờ tính chất không xâm lấn, ESWL vẫn giữ vai trò quan trọng trong điều trị sỏi tiết niệu. Hiện nay, các chiến lược tối ưu hóa ESWL, bao gồm chỉ định và lựa chọn bệnh nhân thích hợp,

điều chỉnh các thông số kỹ thuật trong quá trình tán sỏi và điều trị bổ sung sau tán sỏi vẫn đang được nghiên cứu, nhằm nâng cao hiệu quả điều trị và giảm thiểu các biến chứng.¹

Cơ sở nghiên cứu chúng tôi đã triển khai tán sỏi ngoài cơ thể hơn 20 năm với nhiều nghiên cứu có kết quả đáng triển vọng như nghiên cứu về ESWL sỏi niệu quản đoạn trên của tác giả Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng với tỉ lệ sạch sỏi đạt 80%, tác giả Nguyễn Việt Cường với tỉ lệ sạch sỏi 85,4%.^{4,5} Với nhiều kinh nghiệm đã triển khai cùng với các cập nhật mới, chúng tôi tiến hành tổng hợp các yếu tố cũng như các phương pháp giúp tối ưu hóa hiệu quả của ESWL.

III. CHỈ ĐỊNH VÀ LỰA CHỌN BỆNH NHÂN

Hiệu quả của tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) phụ thuộc rất lớn vào việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp. Các yếu tố lâm sàng của người bệnh và đặc điểm sỏi là các điểm quan trọng để bác sĩ lâm sàng quyết định lựa chọn phương pháp này. Trong đó, gánh nặng sỏi và vị trí sỏi là 2 yếu tố quan trọng nhất khi tư vấn bệnh nhân về khả năng thành công khi áp dụng ESWL. ESWL được xem là lựa chọn hàng đầu cho các trường hợp sỏi thận và niệu quản đoạn trên, đặc biệt với các sỏi có kích thước nhỏ hơn 20 mm. Sỏi thận dạng san hô hoặc sỏi có kích thước lớn hơn 20 mm không được khuyến cáo áp dụng ESWL để điều trị, tuy nhiên đối với các trường hợp bệnh nhân không thích hợp để gây mê toàn thân do các bệnh lý nội khoa thì ESWL là một sự lựa chọn tốt với ưu điểm chỉ cần an thần hay gây tê tại chỗ.⁶ Đối với các sỏi lớn hơn 15 mm, một số tác giả khuyến cáo đặt thông niệu quản nhằm hạn chế tắc nghẽn đường tiết niệu do các mảnh sỏi sau khi tán có thể lớn hơn so với các sỏi có kích thước bé hơn.¹ Vị trí sỏi cũng là một yếu tố tiên lượng khả năng thành công của ESWL, sỏi đài dưới cũng có thể tán vỡ như các vị trí khác tuy nhiên các mảnh vỡ sau khi tán lại khó đào thải do vị trí tự nhiên của đài dưới đồng thời phụ thuộc vào chiều rộng, chiều dài và góc của cổ đài dưới so với bể thận.⁷ Tác giả Albala thực hiện nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên giữa 2 nhóm tán sỏi qua da (PCNL) và ESWL đối với sỏi đài dưới kích thước 14 mm ghi nhận tỉ lệ sạch sỏi của nhóm ESWL thấp hơn so với nhóm PCNL (37% so với 95%).⁸ Sỏi có mật độ trung bình trên CT (khoảng 500–1000 Hounsfield Unit) cho tỷ lệ phân mảnh cao nhất, trong khi sỏi có mật độ quá thấp hoặc quá cao (như cystine hoặc calcium oxalate monohydrate)

thường phải được tán nhiều lần hoặc phối hợp thêm các phương pháp khác.^{9,10} Sỏi có mật độ nhỏ hơn 970 HU sẽ có khả năng thành công cao hơn so với nhóm còn lại (98% so với 38%).¹⁰

Ngoài đặc điểm sỏi, các yếu tố giải phẫu học và tình trạng sức khỏe của bệnh nhân cũng cần được xem xét kỹ lưỡng. Khoảng cách da đến sỏi (skin-to-stone distance, SSD) là một yếu tố quan trọng, với khoảng cách >10 cm làm giảm hiệu quả của sóng xung.¹¹ Các bệnh lý nền như tăng huyết áp, rối loạn đông máu, hoặc nhiễm trùng cấp tính là chống chỉ định tương đối hoặc tuyệt đối. Ngoài ra, bệnh nhân béo phì hoặc có biến dạng giải phẫu (như thận móng ngựa) có thể gặp khó khăn trong việc định vị sỏi và tập trung sóng xung kích.¹¹

Việc đánh giá cẩn thận trước điều trị qua chụp cắt lớp vi tính giúp xác định kích thước, mật độ, và vị trí sỏi. Đồng thời, tiền sử y khoa và khả năng hợp tác của bệnh nhân cũng cần được xem xét để đảm bảo rằng ESWL là phương pháp phù hợp nhất. Lựa chọn đúng bệnh nhân không chỉ tối ưu hóa hiệu quả điều trị mà còn giảm nguy cơ biến chứng, từ đó cải thiện đáng kể kết quả lâm sàng.

IV. CÁC BƯỚC TRONG QUÁ TRÌNH THỰC HIỆN TÁN SỎI

Quá trình thực hiện tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) bao gồm các bước quan trọng: khâu định vị sỏi và các cấu trúc giải phẫu, điều chỉnh các thông số kỹ thuật và theo dõi trong quá trình tán sỏi. Bước đầu tiên và quan trọng nhất là định vị viên sỏi chính xác bằng hệ thống X-quang, siêu âm hoặc kết hợp cả hai. Việc định vị chính xác giúp đảm bảo sóng xung kích tập trung đúng vị trí, giảm thất thoát năng lượng và hạn chế tổn thương

các nhu mô thận lân cận. Với các trường hợp sỏi nhỏ hoặc không cản quang, việc đặt stent niệu quản hoặc tiêm chất cản quang có thể hỗ trợ trong quá trình định vị. Bệnh nhân cần được giữ đúng tư thế và nằm yên trong suốt quá trình tán sỏi. Khi cần thiết, thuốc giảm đau hoặc an thần có thể được sử dụng để giảm khó chịu và cải thiện khả năng hợp tác.

Sau khi định vị được sỏi, việc điều chỉnh các thông số kỹ thuật của máy tán sỏi đóng vai trò then chốt trong tối ưu hóa hiệu quả. Tần số phát sóng thấp hơn, từ 60 đến 90 sóng mỗi phút, đã được chứng minh là cải thiện hiệu quả phân mảnh sỏi và giảm các tác dụng

phụ, do có 2 tác dụng chính làm tăng thời gian áp lực âm của sóng xung kích và giảm nguy cơ tổn thương thận.¹² Một số nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng, với tần số 60 sóng/phút, hiệu quả điều trị tăng đến 16% đối với sỏi nhỏ và gấp hai lần đối với sỏi lớn hơn (diện tích >100 mm²) so với tần số 120 sóng/phút.^{13,14} Số lượng sóng trong mỗi lần điều trị thường dao động từ 2000 đến 3000, nhưng cần được kiểm soát chặt chẽ, tránh việc điều trị quá mức để hạn chế các biến chứng như tụ máu quanh thận hoặc tổn thương các mô lân cận.



Hình 2: Bảng điều khiển máy tán sỏi

Kỹ thuật tăng dần năng lượng (ramping – up), bắt đầu từ mức thấp và tăng dần, giúp mô mềm quanh thận thích nghi với các sóng xung kích. Từ đó giúp bệnh nhân được giảm đau tốt hơn, giúp bệnh nhân hạn chế vận động, tránh việc mất kết nối giữa cơ thể và đầu phát xung qua đó góp phần làm tăng tỉ lệ sạch sỏi.¹⁵ Các tác giả so sánh kỹ thuật ramping – up với việc giữ nguyên mức năng lượng tán sỏi thấy rằng kỹ thuật này không những giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi mà còn làm giảm tổn thương nhu mô thận, và giảm nguy cơ xuất huyết dưới bao thận.^{16,17} Năng lượng sóng xung kích sẽ được thiết lập ở mức thấp và sau 250-500 sóng, sẽ được điều chỉnh tối ưu nhằm đạt được hiệu quả tán sỏi.

Theo dõi liên tục trong quá trình tán sỏi là yếu tố rất quan trọng, hệ thống hình ảnh được sử dụng để đảm bảo sóng xung kích tập trung chính xác vào viên sỏi, đặc biệt quan trọng đối với các sỏi có xu hướng di chuyển do cử động hô hấp. Sau khi kết thúc liệu trình, cần thực hiện chụp X-quang hoặc siêu âm để đánh giá mức độ phân mảnh của sỏi, từ đó quyết định các bước tiếp theo như theo dõi thêm hay thực hiện liệu trình bổ sung. Tóm lại, quy trình ESWL không chỉ đòi hỏi sự chính xác cao trong kỹ thuật mà còn cần sự giám sát liên tục để đạt được hiệu quả tối ưu và giảm thiểu rủi ro.



Hình 3: Bệnh nhân V.M.H, với sỏi kích thước 1,8 cm, độ HU 900, trước và sau ESWL.

Điều trị hỗ trợ sau tán sỏi

Điều trị hỗ trợ sau tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) đóng vai trò quan trọng trong việc cải thiện hiệu quả phân mảnh và giảm thiểu các biến chứng. Một trong những mục tiêu chính của giai đoạn này là thúc đẩy quá trình đào thải các mảnh sỏi qua đường tiết niệu và giảm cảm giác khó chịu cho bệnh nhân. Sau khi được điều trị với ESWL, một số bệnh nhân sẽ khởi phát tiểu máu hoặc đau vùng hông lưng, các triệu chứng này thường tự cải thiện sau vài ngày. Tuy nhiên, để kiểm soát cơn đau, các thuốc giảm đau như paracetamol hoặc NSAIDs (ibuprofen, diclofenac) thường được chỉ định. Đối với những bệnh nhân đau dữ dội hoặc không đáp ứng với thuốc uống, thuốc giảm đau dạng tiêm có thể được cân nhắc hoặc phải nhập viện để theo dõi khi có các dấu hiệu nguy hiểm.¹⁸

Hầu hết các thử nghiệm lâm sàng và phân tích gộp cho thấy việc điều trị tổng xuất sỏi (MET) sau ESWL giúp tăng tỉ lệ sạch sỏi và giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau.¹⁹ Tác giả Chen và cộng sự qua phân tích hệ thống của 21 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy Tamsulosin sau ESWL giúp làm ngắn thời gian tổng xuất sỏi, giảm số đợt co thắt niệu quản, tăng khả năng di chuyển của các mảnh sỏi và giảm nhu cầu sử dụng giảm đau.²⁰ Ngoài ra, việc sử dụng potassium citrate cũng mang lại lợi ích trong các trường

hợp có nguy cơ tái phát cao, đặc biệt đối với sỏi uric acid hoặc calcium oxalate. Potassium citrate giúp kiềm hóa nước tiểu, giảm bão hòa các thành phần tạo sỏi, từ đó ngăn ngừa sự hình thành nhân sỏi mới.²¹ Các thuốc lợi tiểu như hydrochlorothiazide, furosemide có thể được sử dụng để tăng dòng chảy nước tiểu, hỗ trợ đào thải mảnh sỏi hiệu quả hơn.²²

Việc theo dõi sau điều trị là một phần không thể thiếu để đảm bảo hiệu quả của ESWL. Bệnh nhân cần được hướng dẫn uống nhiều nước, tăng cường vận động nhẹ nhàng và thực hiện các xét nghiệm hình ảnh định kỳ như siêu âm hoặc chụp X-quang để đánh giá tình trạng sạch sỏi. Đối với các bệnh nhân có nguy cơ tái phát cao, các biện pháp thay đổi lối sống, điều chỉnh chế độ ăn uống, và tuân thủ liệu pháp dự phòng bằng thuốc là những bước quan trọng để duy trì kết quả điều trị lâu dài.

V. KẾT LUẬN

Tán sỏi ngoài cơ thể (ESWL) là một phương pháp không xâm lấn an toàn và hiệu quả trong điều trị sỏi thận và niệu quản. Tuy vậy, hiệu quả của phương pháp này vẫn có thể bị giới hạn bởi các yếu tố như sỏi cứng, kích thước lớn hoặc sỏi nằm tại vị trí khó khăn, hay thể trạng béo phì. Vì vậy để tối ưu hóa hiệu quả điều trị, việc lựa chọn bệnh nhân phù hợp, điều chỉnh kỹ thuật thực hiện

và áp dụng các biện pháp hỗ trợ sau điều trị là các yếu tố then chốt. Kỹ thuật tăng dần năng lượng, tần số phát sóng thấp và hệ thống định vị chính xác đã được chứng minh cải thiện tỉ lệ sạch sỏi và giảm tỉ lệ tái biến. Đồng thời, các biện pháp điều trị sau ESWL như tamsulosin, potassium citrate đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao khả năng đào thải mảnh sỏi và ngăn ngừa tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Manzoor H, Leslie SW, Saikali SW.** Extracorporeal Shockwave Lithotripsy. StatPearls. StatPearls Publishing; 2024.
2. **Chaussy CG, Tiselius H-G.** How can and should we optimize extracorporeal shockwave lithotripsy? Urolithiasis. 2018/02/01 2018;46(1):3-17. doi:10.1007/s00240-017-1020-z
3. **Brian R. Matlaga, Amy E. Krambeck.** Surgical Management for Upper Urinary Tract Calculi. Campbell - Walsh - Wein Urology. 2020:chap 94.
4. **Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Vũ Lê Chuyên, Phan Thanh Hải, et al.** Extracorporeal shock wave lithotripsy (eswl) for upper ureteral stones: experience of 110 cases at binh dan hospital (from november 2000 to october 2001). Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2004;8(1):26.
5. **Nguyễn Việt Cường.** Kết quả điều trị sỏi thận bằng phosfor pháp tán sỏi ngoài cơ thể trên máy hk-eswl-v tại bệnh viện Bình Dân. Tạp chí Y Dược Quân sự. 2009;34(4):92-96.
6. **Wiesenthal JD, Ghiculete D, RJ DAH, Pace KT.** A comparison of treatment modalities for renal calculi between 100 and 300 mm2: are shockwave lithotripsy, ureteroscopy, and percutaneous nephrolithotomy equivalent? Journal of endourology. Mar 2011;25(3):481-5. doi:10.1089/end.2010.0208
7. **Reynolds LF, Krocak T, Pace KT.** Indications and contraindications for shock wave lithotripsy and how to improve outcomes. Asian journal of urology. Oct 2018;5(4): 256-263. doi:10.1016/j.ajur.2018.08.006
8. **Albala DM, Assimos DG, Clayman RV, et al.** Lower pole I: a prospective randomized trial of extracorporeal shock wave lithotripsy and percutaneous nephrostolithotomy for lower pole nephrolithiasis-initial results. The Journal of urology. Dec 2001;166(6):2072-80. doi:10.1016/s0022-5347(05)65508-5
9. **Gupta NP, Ansari MS, Kesarvani P, Kapoor A, Mukhopadhyay S.** Role of computed tomography with no contrast medium enhancement in predicting the outcome of extracorporeal shock wave lithotripsy for urinary calculi. BJU international. Jun 2005;95(9):1285-8. doi:10.1111/j.1464-410X.2005.05520.x
10. **Ouzaid I, Al-qahtani S, Dominique S, et al.** A 970 Hounsfield units (HU) threshold of kidney stone density on non-contrast computed tomography (NCCT) improves patients' selection for extracorporeal shockwave lithotripsy (ESWL): evidence from a prospective study. BJU international. Dec 2012;110(11 Pt B):E438-42. doi:10.1111/j.1464-410X.2012.10964.x
11. **Tunc L, Tokgoz H, Tan MO, Kupeli B, Karaoglan U, Bozkirli I.** Stones in anomalous kidneys: results of treatment by shock wave lithotripsy in 150 patients. International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association. Oct 2004;11(10):831-6. doi:10.1111/j.1442-2042.2004.00916.x

12. **Pishchalnikov YA, McAteer JA, Williams JC, Jr., Pishchalnikova IV, Vonderhaar RJ.** Why stones break better at slow shockwave rates than at fast rates: in vitro study with a research electrohydraulic lithotripter. *Journal of endourology*. Aug 2006;20(8): 537-41. doi:10.1089/end.2006.20.537
13. **Pace KT, Ghiculete D, Harju M, Honey RJ.** Shock wave lithotripsy at 60 or 120 shocks per minute: a randomized, double-blind trial. *The Journal of urology*. Aug 2005;174(2): 595-9. doi:10.1097/01.ju.0000165156.90011.95
14. **Madbouly K, El-Tiraifi AM, Seida M, El-Faqih SR, Atassi R, Talic RF.** Slow versus fast shock wave lithotripsy rate for urolithiasis: a prospective randomized study. *The Journal of urology*. Jan 2005; 173(1):127-30. doi:10.1097/01.ju.0000147820.36996.86
15. **Mobley TB, Myers DA, Grine WB, Jenkins JM, Jordan WR.** Low energy lithotripsy with the Lithostar: treatment results with 19,962 renal and ureteral calculi. *The Journal of urology*. Jun 1993; 149(6):1419-24. doi:10.1016/s0022-5347(17)36404-2
16. **Lambert EH, Walsh R, Moreno MW, Gupta M.** Effect of escalating versus fixed voltage treatment on stone comminution and renal injury during extracorporeal shock wave lithotripsy: a prospective randomized trial. *The Journal of urology*. Feb 2010;183(2): 580-4. doi:10.1016/j.juro.2009.10.025
17. **McAteer JA, Evan AP, Williams JC, Jr., Lingeman JE.** Treatment protocols to reduce renal injury during shock wave lithotripsy. *Current opinion in urology*. Mar 2009;19(2): 192-5. doi:10.1097/mou.0b013e32831e16e3
18. **Chaussy CG, Tiselius HG.** How can and should we optimize extracorporeal shockwave lithotripsy? *Urolithiasis*. Feb 2018;46(1): 3-17. doi:10.1007/s00240-017-1020-z
19. **Oestreich MC, Vernooij RW, Sathianathan NJ, et al.** Alpha-blockers after shock wave lithotripsy for renal or ureteral stones in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*. Nov 12 2020;11(11): Cd013393. doi:10.1002/14651858.CD013393.pub2
20. **Chen K, Mi H, Xu G, et al.** The Efficacy and Safety of Tamsulosin Combined with Extracorporeal Shockwave Lithotripsy for Urolithiasis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of endourology*. Oct 2015;29(10): 1166-76. doi:10.1089/end.2015.0098
21. **Soygür T, Akbay A, Küpeli S.** Effect of potassium citrate therapy on stone recurrence and residual fragments after shockwave lithotripsy in lower caliceal calcium oxalate urolithiasis: a randomized controlled trial. *Journal of endourology*. Apr 2002;16(3):149-52. doi:10.1089/089277902753716098
22. **Sohu S, Soomro MH, Mangrio RH, et al.** Efficacy of extracorporeal shockwave lithotripsy with furosemide and hydration in renal stone management: A randomised controlled trial. *Arab journal of urology*. 2019;17(4): 279-284. doi:10.1080/2090598x.2019.1645262