

quả trung bình là 18,0%. 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt trọn khối u, không có trường hợp nào phẫu thuật để lại diện cắt u dương tính hay còn sót u trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác như. Trong nghiên cứu của Hà Văn Hưng, 100% BN được cắt gọn u và hạch. Trong nghiên cứu của Alessandro, tỷ lệ BN được phẫu thuật cắt gọn u với diện cắt âm tính là 87,5%, kết quả này của tác giả Ellis là 90,1%.<sup>8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Ung thư niêm mạc má thường gặp sau tuổi trung niên, các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu.

Di căn hạch cổ sau phẫu thuật chiếm 31,4%. Giai đoạn u nguyên phát và độ mô học là hai yếu tố liên quan đến di căn hạch cổ.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Paul W. Flint MD, FACS et al** (2021). Malignant Neoplasms of the Oral Cavity. Cummings Otolaryngology: Head and Neck Surgery. 7th ed.
2. **Ganpathi Iyer S, Pradhan SA, Pai PS, Patil S.**

- Surgical treatment outcomes of localized squamous carcinoma of buccal mucosa. Head Neck. 2004;26(10):897-902. doi:10.1002/hed.20096
3. **Sagheb K, Blatt S, Kraft IS, et al.** Outcome and cervical metastatic spread of squamous cell cancer of the buccal mucosa, a retrospective analysis of the past 25 years. J Oral Pathol Med. 2017;46(6):460-464. doi:10.1111/jop.12537
4. **Lee K, Veness M, Pearl-Larson T, Morgan G.** Role of combined modality treatment of buccal mucosa squamous cell carcinoma. Aust Dent J. 2005;50(2):108-113. doi:10.1111/j.1834-7819.2005.tb00349.x
5. **Patrícia Carlos Caldeira, Andrea María López Soto, Maria Cássia Ferreira de Aguiar et al** (2020). Tumor depth of invasion and prognosis of early-stage oral squamous cell carcinoma: A meta-analysis. Oral diseases, 26 (7), 1357-1365.
6. **Sim Y C, Hwang JH và Ahn KM** (2019). Overall and disease-specific survival outcomes following primary surgery for oral squamous cell carcinoma: analysis of consecutive 67 patients. Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons, 45 (2), 83-90.
7. **Jing J, Li L, He W, Sun G.** Prognostic Predictors of Squamous Cell Carcinoma of the Buccal Mucosa With Negative Surgical Margins. J Oral Maxillofac Surg. 2006;64(6):896-901. doi:10.1016/j.joms.2006.02.007.
8. **D'Alessandro A F, Pinto F R, Lin C S et al** (2015). Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis☆☆. Brazilian journal of otorhinolaryngology, 81, 248-254.

# PHẪU THUẬT NỘI SOI NGOÀI PHỨC MẠC CẮT TOÀN BỘ TUYẾN TIỀN LIỆT ĐỐI VỚI UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT KHU TRÚ: KINH NGHIỆM BAN ĐẦU TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Đình Liên<sup>1,2</sup>, Mai Văn Lực<sup>2</sup>, Tô Minh Hùng<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục đích:** Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư tuyến tiền liệt khu trú tại bệnh viện E từ tháng 6/2021 đến tháng 6/2022. **Đối tượng và phương pháp:** - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. - Đối tượng nghiên cứu: 10 bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn khu trú được phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. - Chỉ tiêu nghiên cứu gồm: tuổi, trọng lượng tuyến tiền liệt, nồng độ PSA toàn phần trước và sau

mổ, thời gian mổ, lượng mất máu trong mổ, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng trong và sau mổ. Chức năng tiểu tiện sau mổ 3 tháng. **Kết quả:** Tuổi trung bình 63,4±3,9 tuổi (57-67 tuổi); Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình 43±9 g (28-60g) theo siêu âm, 38±8 g (25-52g) theo MRI; nồng độ PSA toàn phần trung bình trước mổ 55,21 ng/mL (14,14-217,6 ng/mL); nồng độ PSA toàn phần trung bình sau mổ 1-3 ngày 22,71 ng/mL (1,04 – 144,5 ng/mL); thời gian mổ trung bình 317±65 phút (210-420 phút); mất máu trung bình 126 ml; thời gian nằm viện sau mổ 18 ngày (7-42 ngày); không có biến chứng trong mổ; 01 ca thủng phúc mạc được chuyển phương pháp qua đường qua phúc mạc, có 03/10 ca có tình trạng rò miệng nối sau mổ, đều được xử lý nội soi tối thiểu đạt kết quả tốt; có 01 ca có di căn hạch được điều trị hoá chất bổ trợ tiếp; 100% các ca bệnh có chức năng tiểu tiện tốt sau mổ 3 tháng. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư tuyến tiền liệt khu trú là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Rò miệng nối bàng

<sup>1</sup>Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Lào Cai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Liên

Email: intermedecinlien@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

quang - niệu đạo sau mổ cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là biến chứng có thể gặp phải, tuy nhiên có thể xử lý bằng nội soi - đặt catheter niệu quản.

**Từ khoá:** ung thư tuyến tiền liệt, nội soi ổ bụng; cắt tuyến tiền liệt triệt căn

## SUMMARY

### LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRA-PERITONEAL SURGERY WITH TOTAL PROSTATECTOMY FOR LOCALIZED PROSTATE CANCER: INITIAL EXPERIENCE AT E HOSPITAL

**Objective:** Evaluation of early results of extraperitoneal laparoscopic prostatectomy for localized prostate cancer at E Hospital from June 2021 to June 2022. **Patients and Methods:** - Research Methods: Descriptive study of a case series. - Research subjects: 10 patients with localized prostate cancer underwent laparoscopic extraperitoneal resection of the entire prostate. - Research objectives include: age, prostate weight, total PSA before and after surgery, surgery time, intraoperative blood loss, postoperative hospital stay, intraoperative and postoperative complications. Urinary function 3 months after surgery. **Results:** Average age is 63.4±3.9 years old (57-67 years old); Average prostate weight 43±9 g (28-60g) according to ultrasound, 38±8 g (25-52g) according to MRI; mean total PSA concentration before surgery 55.21 ng/mL (14.14-217.6 ng/mL); mean total PSA concentration 1-3 days after surgery 22.71 ng/mL (1.04 - 144.5 ng/mL); average operation time 317±65minutes (210-420 minutes); average blood loss 126ml; hospital stay after surgery 18 days (7-42 days); no complications during surgery; 01 case of peritoneal perforation was converted to transperitoneal total prostatectomy, 03/10 cases had postoperative anastomosis, all were treated endoscopically with minimally good results; 01 case with lymph node metastasis received adjuvant chemotherapy; 100% of cases have good urinary function 3 months after surgery. **Conclusions:** The method of laparoscopic extraperitoneal resection of the entire prostate due to localized prostate cancer is a safe and effective treatment method. Bladder-urethral junction fistula after total prostatectomy is a complication that can be encountered, but can be managed by endoscopic - ureteral catheterization.

**Keywords:** prostate cancer, laparoscopy, radical prostatectomy

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt là căn bệnh ung thư ở nam giới được chẩn đoán phổ biến hàng thứ hai trên thế giới, sau ung thư phổi; ước tính có khoảng 1,4 triệu ca ung thư tuyến tiền liệt được chẩn đoán mới và 375.000 ca tử vong trên toàn thế giới năm 2020 [4].

Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt toàn bộ bao gồm tuyến tiền liệt và hai túi tinh là phương pháp điều trị triệt căn trong ung thư biểu mô tuyến tiền liệt khu trú, đặc biệt đối với nhóm

nguy cơ thấp và nguy cơ trung bình. Năm 2009, tác giả Karim Toujier và cộng sự đã báo cáo một phân tích hồi cứu dữ liệu được thu thập từ năm 1998 đến năm 2007 với 1564 bệnh nhân bị ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt với những kết quả rất khả quan [6].

Hiện nay, trên thế giới có nhiều phương pháp phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bao gồm: Mổ mở, mổ nội soi ổ bụng qua phúc mạc, mổ nội soi ngoài phúc mạc và mổ nội soi với hệ thống Robot Da Vinci [1,5,7,8]. Và tại Việt Nam đã có nhiều trung tâm y tế triển khai các kỹ thuật nội soi phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt [2,3]. Mỗi phương pháp mổ đều có ưu điểm và nhược điểm nhất định [1,8].

Tại Bệnh viện E, số bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến tiền liệt có xu hướng gia tăng. Do đó chúng tôi đã ứng dụng phẫu thuật nội soi qua đường hoàn toàn trước phúc mạc để cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, bước đầu ghi nhận một số kết quả khả quan. Vì vậy, đề tài được thực hiện với mục đích: Đánh giá kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đường hoàn toàn trước phúc mạc do ung thư biểu mô tuyến khu trú tại Khoa Phẫu thuật Thận tiết niệu & nam học, Bệnh viện E từ tháng 06/2021 – tháng 06/2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả chùm case bệnh từ tháng 06/2021 – tháng 06/2022, tại khoa Phẫu thuật Thận tiết niệu & nam học, Bệnh viện E.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô tuyến khu trú bằng sinh thiết tuyến tiền liệt qua trực tràng, không mắc bệnh phối hợp, có tiền lượng sống trên 5 năm và độ tuổi khi phẫu thuật ≤ 70 tuổi.

### Quá trình phẫu thuật.

**Vô cảm:** Gây mê nội khí quản

**Thì đặt trocar:** sử dụng đường vào 5 trocar: 02 trocar x10mm và 03 trocar x5mm. Với trocar I (10mm) đặt ở ngay mép rốn bằng phương pháp mở tới lá sau của cân cơ thẳng bụng, bơm hơi CO<sub>2</sub> tạo khoang trước phúc mạc. Vén tách tạo khoang tới khoang trước phúc mạc ở 2 bên hố chậu. Đặt tiếp 2 trocar (5mm) ở 2 bên hố chậu trái, phải. Đặt trocar II (10mm) cách khớp mu 5cm trên đường trắng bên (phải); 1 trocar 5mm ở đường trắng bên (trái).

**Thì bên:** Giải phóng khoang trước và hai bên tuyến tiền liệt và vùng cổ bàng quang ra khỏi thành chậu hông; mở rộng khoang Retius và khoang Bogros. Mở cân chậu bên hai bên, tách vỏ

tuyến tiền liệt hai bên ra khỏi cơ nâng hậu môn hai bên từ cổ bàng quang đến đỉnh tuyến tiền liệt, bảo tồn thần kinh cương dương vật.

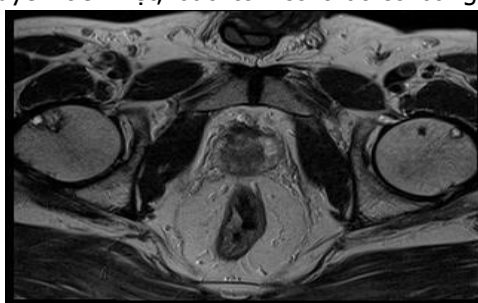
**Thì nạo vét hạch chậu bịt 2 bên** theo các giới hạn: Vết các hạch từ phía trên chỗ chia đôi của động mạch chậu gốc bên 1,5-2cm; chuỗi hạch theo động mạch chậu ngoài đến sát cung đùi; vết các nhóm hạch chậu trong khu vực lỗ bịt, giới hạn phía trước tới cung đùi, phía sau là tĩnh mạch chậu gốc, phía dưới tới niệu quản. Quá trình nạo vét hạch bảo tồn thần kinh bịt.

**Thì trước:** Khâu, cắt tĩnh mạch mu sâu. Sử dụng Hemoclok và chỉ VLOC 2.0 khâu buộc tĩnh mạch mu sâu dương vật.

**Thì sau:** Cắt rời cổ bàng quang ra khỏi đáy tuyến tiền liệt, bảo tồn cơ thắt cổ bàng quang.

Bộc lộ túi tinh, cắt ống dẫn tinh hai bên. Mở cân Denonvillier, giải phóng mặt sau tuyến tiền liệt ra khỏi mặt trước trực tràng. Cặp Helmolok, cắt các mạch máu chi phối tuyến tiền liệt sát vỏ tử đáy đến đỉnh. Cắt rời đỉnh tuyến tiền liệt ra khỏi niệu đạo màng.

**Thì nối cổ bàng quang - niệu đạo:** Khâu nối niệu đạo màng với cổ bàng quang: Sử dụng chỉ VLOC 3.0 khâu mũi vắt, dùng benique 18Fr làm giá đỡ niệu đạo - miệng nối. Khâu tăng cường các mũi chỉ rời, đính bàng quang vào gần mặt sau niệu đạo để hạn chế căng miệng nối → Thay sonde Foley 22Fr, bơm kiểm tra độ kín miệng nối bằng nước muối sinh lý 0,9%. Đặt dẫn lưu cạnh miệng nối bàng quang - niệu đạo. Xả hơi, lấy bệnh phẩm và đóng các lỗ trocar.



Hình MRI trước mổ



Vị trí đặt Trocar



Bệnh phẩm

**Bệnh nhân Đặng Minh Th – 67 tuổi ( Mã BA 2112369)**

Điều trị sau mổ: Rút dẫn lưu cạnh miệng nối từ 48 - 72 h khi không còn dịch.

Rút thông đái sau 14 - 21 ngày, sau khi rút dẫn lưu 2-3 ngày.

Khám lại sau mổ 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau mổ.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Tuổi, nồng độ PSA toàn phần trước và sau mổ, trọng lượng tuyến tiền liệt theo siêu âm và MRI, thời gian mổ, mất máu trong mổ, tai biến trong mổ và sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ, chức năng tiểu tiện sau mổ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

STT	Tuổi	PSA toàn phần trước mổ (ng/ml)	PSA toàn phần sau mổ 1-3 ngày (ng/ml)	Trọng lượng TTL theo siêu âm/MRI (gram)	Lượng máu mất trong mổ (ml)	Thời gian mổ (phút)	Thời gian nằm viện sau mổ	Tiểu khó sau mổ	Tiểu rì sau mổ
1	58	20	1.04	44/39	120	315	7	Không	Không
2	65	26.35	2.4	40/40	90	245	7	Không	Không
3	57	100	12.82	28/25	150	345	42	Không	Không
4	67	56.88	8.60	40/35	100	210	13	Không	Không
5	67	18.73	14.29	60/44	150	300	14	Không	Không
6	64	14.14	14	52/52	140	290	14	Không	Không
7	59	30	3	46/35	160	410	20	Không	Không
8	67	34.91	24.94	32/28	150	420	29	Không	Không
9	65	217.6	144.5	49/39	100	330	17	Không	Không
10	65	33.45	1.46	40/36	100	300	13	Không	Không

Đặc điểm nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu:

- Tuổi trung bình: 63,4±3,9 tuổi (57-67 tuổi).  
Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình 43±9 g theo siêu âm, 38±8 g theo MRI

- Nồng độ PSA toàn phần trung bình trước mổ 55,21ng/mL. Trị số PSA toàn phần trung bình sau mổ 1-3 ngày 22,71 ng/mL.

- Thời gian mổ trung bình 317±65 phút.

Lượng máu mất trong mổ  $126 \pm 27$  ml. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 18 ngày (7-42 ngày). Nghiên cứu có 1 trường hợp được chuyển sang phẫu thuật nội soi đường qua phúc mạc do tạo khoang bị thủng phúc mạc (ca số 8).

- Có 3 ca rò nước tiểu ở miệng nối, với 2 ca rò  $\geq 500$ ml/24h. Theo dõi trong thời gian ngắn (3-6 tháng), kết quả ghi nhận những hiệu quả khả quan. Trong ngắn hạn, ngay sau mổ, tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật đều cho thấy chỉ số xét nghiệm kháng nguyên PSA giảm rõ rệt, giảm theo ngày; 100% các bệnh nhân đều có chức năng tiểu tiện tốt, kiểm soát nước tiểu tốt.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận một biến chứng trong quá trình mổ nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt, đó là tình trạng rò miệng nối niệu đạo – cổ bàng quang, khiến cho thời gian nằm viện của bệnh nhân tăng lên. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 03 trường hợp xảy ra tình trạng rò miệng nối niệu đạo - cổ bàng quang. Có thể nhận thấy, đây là những ca đầu tiên chúng tôi thực hiện nên tỷ lệ rò miệng nối còn tương đối cao so với nghiên cứu Elmor TR chỉ có 10 ca rò nước tiểu ( $n = 620$ ) hoặc của Trần Chí Thanh [2,5]. Tuy nhiên, chúng tôi đã cải tiến áp dụng kinh nghiệm xử trí rò miệng nối của tác giả Elmor TR và cộng sự cho ca rò nước tiểu với số lượng ít [5]. Đồng thời chúng tôi thực hiện điều trị biệt lập miệng nối bằng cách can thiệp nội soi đặt catheter niệu quản 2 bên – đưa hai đầu catheter niệu quản ra ngoài da qua đường dẫn lưu bàng quang dưới hướng dẫn siêu âm. Các trường hợp này đều hết rò miệng nối ngay sau thủ thuật. Khi phân tích, nhìn nhận để nâng cao hiệu quả phẫu thuật, tránh rò miệng nối niệu đạo – bàng quang. Chúng tôi nhận thấy một số điểm quan trọng khi thực hiện phẫu thuật và chăm sóc sau mổ để hạn chế tình trạng rò miệng nối: Cần hạn chế độ căng của miệng nối niệu đạo – cổ bàng quang bằng cách khâu treo – kéo vùng bàng quang vào gần niệu đạo bằng các mũi chỉ đơn, khâu vùng mặt sau cổ bàng quang vào mặt sau niệu đạo, trước khi nối niệu đạo – cổ bàng quang bằng các mũi chỉ khâu vắt. Trong suốt quá trình chăm sóc sau mổ, phải rất lưu ý tình trạng sonde niệu đạo – sonde niệu đạo phải luôn luôn được cố định tốt để bóng sond niệu đạo luôn ép vào cổ bàng quang – giữ miệng nối không bị bung và nhanh liền. Một số trường hợp chúng tôi dẫn lưu bàng quang chủ động để giảm áp lực trong bàng quang, giảm nguy cơ nước tiểu rò ra ngoài miệng nối. Đồng thời, khi có rò

miệng nối, phẫu thuật viên nên xử lý ở thời điểm sau mổ khoảng 01 tuần. Với quan điểm nếu can thiệp sớm hơn thì nguy cơ gây tổn thương miệng nối bằng cắt biệt lập miệng nối qua đặt catheter niệu quản ra da.

- Về việc lựa chọn đường mổ: Chúng tôi lựa chọn đường mổ cắt tuyến tiền liệt triệt căn đường ngoài phúc mạc bởi chúng tôi có nhiều kinh nghiệm trong tạo khoang trước phúc mạc khi đã thuần thục phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đường hoàn toàn trước phúc mạc tại bệnh viện E. Cũng theo y văn hiện nay, quan điểm lựa chọn đường mổ nội soi để thực hiện phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn tập trung chủ yếu vào đường cong học tập, môi trường đào tạo vẫn còn nhiều tranh cãi. Trong đó, phương pháp tiếp cận qua phúc mạc được hầu hết các bác sĩ phẫu thuật ưa thích do không gian làm việc rộng hơn, các điểm mốc quen thuộc của khung chậu và các bộ phận liên quan tới tuyến tiền liệt. Ngược lại, có nhiều phẫu thuật viên ưa thích cách tiếp cận ngoài phúc mạc do không tiếp xúc với các cơ quan trong ổ bụng, hạn chế nguy cơ tắc ruột... Năm 2018, tác giả Kun Wang và cộng sự đã thực hiện một phân tích tổng hợp dựa trên 13 nghiên cứu gồm 1674 bệnh nhân được phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn. Cho thấy rằng nhóm phẫu thuật qua phúc mạc (TLRB) không có sự khác biệt đáng kể trong hầu hết các chỉ số quan trọng (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, các biến chứng trong mổ) so với nhóm phẫu thuật qua đường ngoài phúc mạc (ELRB). Nghiên cứu của Kun Wang và cộng sự cũng chỉ ra rằng các biến chứng sau mổ bao gồm tiểu không kiểm soát, bí tiểu, chảy máu niệu đạo, rò rỉ nước tiểu, dương cương... xảy ra ở nhóm TLRB cao hơn so với nhóm ELRB [7].

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là  $317 \pm 65$  phút (210-420 phút), tương đương với thời gian phẫu thuật của Trần Chí Thanh và cộng sự (322,5 phút) và kéo dài hơn nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên và cộng sự (212 phút); Nguyễn Tiến Đệ và cộng sự (187,1 phút) [2,3]. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với các tác giả trong nước cũng như các tác giả nước ngoài vì đây là những ca đầu tiên chúng tôi thực hiện, kinh nghiệm thực tế còn hạn chế, cũng như toàn bộ các ca đều nạo vét hạch rộng rãi gây kéo dài thời gian phẫu thuật [3,6,8]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận khi thuận lợi thì thời gian phẫu thuật chỉ tới 210 phút (ca thứ 4).

Tất cả các ca phẫu thuật không có biến

chúng lớn như: Tổn thương mạch lớn gây mất máu, tổn thương thần kinh, tổn thương ống tiêu hóa... do chúng tôi đã đảm bảo được các bước trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt<sup>[7]</sup>. Chứng tỏ phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt đường trước phúc mạc là an toàn. Đồng thời nghiên cứu cũng không xuất hiện trường hợp nào bị hẹp niệu đạo sau mổ như báo cáo của các tác giả trong nước, có thể do số lượng nghiên cứu còn ít<sup>[3]</sup>.

Thời gian nằm viện sau mổ của nghiên cứu trung bình kéo dài tới 18 ngày (7-42 ngày). Nguyên nhân điều trị kéo dài do: Thời điểm nghiên cứu đúng thời điểm dịch Covid-19 đang diễn ra cho nên bệnh nhân sau mổ bị cách ly giữa bệnh viện với địa phương, bệnh nhân không di chuyển, không ra viện được; bệnh nhân có tình trạng rò miệng nổi gây kéo dài thời gian nằm viện...

Quá trình phẫu thuật chúng tôi đảm bảo việc bảo tồn tốt vùng cơ thắt ở thì cắt niệu đạo tuyến tiền liệt, đồng thời phối hợp hướng dẫn bệnh nhân tập cơ sàn chậu từ sớm, sau mổ. Cho nên các bệnh nhân sau mổ đều đi tiểu tốt và không có trường hợp nào bị biến chứng tiểu không tự chủ và hẹp miệng nổi sau mổ, kể cả các ca có rò nước tiểu.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do ung thư ở giai đoạn khu trú là một phẫu thuật an toàn, hiệu quả.

Rò miệng nổi trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ tuyến tiền liệt là biến chứng có thể gặp phải. Tuy nhiên các trường hợp này có thể xử lý tốt bằng cách can thiệp nội soi; đặt catheter niệu

quản hai bên, đưa hai đầu ra ngoài sau 1 tuần phẫu thuật nếu lượng dịch rò  $\geq 500$ ml.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trường Thành, Trương Hoàng Minh, Trần Thanh Phong, Đỗ Anh Đức, Nguyễn Văn Trí Dũng** (2017). Đánh giá kết quả cắt toàn bộ tuyến tiền liệt triệt căn trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt khu trú. Tạp chí Y Dược học, Số đặc biệt 8/2017: 129 - 132.
2. **Trần Chí Thanh, Thiệu Sỹ Sắc, Võ Văn Minh, Lê Hữu Thanh** (2021). Phẫu thuật nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt do adenocarcinoma khu trú: Kinh nghiệm ban đầu qua 5 trường hợp. Kỷ yếu Hội thảo học tiết niệu Việt Nam 2021. 142-148
3. **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.
4. **Culp, M.B., et al.** Recent Global Patterns in Prostate Cancer Incidence and Mortality Rates. Eur Urol, 2020. 77: 38.
5. **Elmor TR, Rubinstein M, Lima G, Cruz AC, Pereira CF, Rubinstein I.** Minimally invasive treatment of vesicourethral leak after laparoscopic radical prostatectomy. Rev Col Bras Cir. 2016;43(3):185-188.
6. **Karim Toujier, Fernando P. Scin, Angel M Cronin** (2009). Oncology outcome after laparoscopic radical prostatectomy: 10 years experience. Eur Urol, May, 55(5): 1014 - 1019.
7. **Kun Wang, Qianfeng Zhuang, Rengfang Xu and al.** (2018). Transperitoneal versus extraperitoneal approach in laparoscopic radical prostatectomy: a meta analysis. Medecine, 97, Vol 29: 1-7
8. **Mark William Louie Johnsun, Marcus M. Handmer, Ross John Spero Calopedis** (2016). The Australian laparoscopic non robotic radical prostatectomy experience - analysis of 2943 cases (USANZ supplement). BJU Int, 118, Supplement 3: 43 - 48.

## ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ TUẦN HOÀN BÀNG HỆ THEO GIỚI Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP

**Đặng Phúc Đức\***

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** 1) Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng theo giới ở bệnh nhân nhồi máu não (NMN) cấp. 2) Đánh giá mức độ tuần hoàn bàng hệ trên CTA 3 pha theo giới. **Đối tượng và phương pháp:** Tiến hành ở

*\*Bệnh viện Quân y 103*

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Phúc Đức

Email: dangphucduc103@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2023

Ngày duyệt bài: 27.3.2023

118 bệnh nhân NMN (67 nam và 51 nữ) được chụp CTA 3 pha trong 7 ngày đầu từ khi khởi phát triệu chứng, điều trị nội trú tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 11 năm 2021 đến tháng 7 năm 2022. Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng vào viện và ra viện; đánh giá mức độ THBH trên phim chụp CTA 3 pha, 64 dãy theo thang điểm Calgary; xác định mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và mức độ THBH với giới tính. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ=1,31; nữ giới có tuổi bị bệnh cao hơn nam giới ( $p>0,05$ ), hay gặp rung nhĩ ( $p<0,05$ ), ĐTDĐ ( $p>0,05$ ), rối loạn lipid máu ( $p>0,05$ ), ít gặp THA ( $p>0,05$ ) và hút thuốc lá ( $p<0,05$ ); rối loạn ý thức hay gặp hơn ở nữ; điểm