

- Benefit From Percutaneous Mitral Balloon Valvuloplasty?. *Circulation*, 105(12), 1465–1471.
6. **Hernandez Rosa, Bañuelos Camino, Alfonso Fernando và cộng sự.** (1999). Long-Term Clinical and Echocardiographic Follow-Up After Percutaneous Mitral Valvuloplasty With the Inoue Balloon. *Circulation*, 99(12), 1580–1586.
 7. **Nguyễn Đức Công** (2008), Đánh giá mức độ hở van hai lá bằng phương pháp PISA trên siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân hở hai lá thực tổn. Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội. 2008.
 8. **Phạm Thị Hồng Thi** (2005). Nghiên cứu các tổn thương tim trong bệnh lý van hai lá mắc phải bằng siêu âm tim qua đường thực quản. luận văn tiến sỹ y học.
 9. **Nguyễn Thanh Sơn** (2005), Vai trò của siêu âm - Doppler tim qua thành ngực trong hở van hai lá mạn tính vừa và nhiều, Luận văn thạc sỹ y học - Đại Học Y Hà Nội., .
 10. **Langerveld J., Valocik G., Plokker H.W.T. và cộng sự.** (2003). Additional value of three-dimensional transesophageal echocardiography for patients with mitral valve stenosis undergoing balloon valvuloplasty. *Journal of the American Society of Echocardiography*, 16(8), 841–849.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TIẾT NIỆU ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC TỪ THÁNG 1/2018 ĐẾN THÁNG 3/2019

Nguyễn Trường Giang¹, Lê Minh Quang¹, Nguyễn Văn Hưng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số đặc điểm về vị trí, típmô bệnh học, độ mô học và mức độ xâm lấn của ung thư biểu mô tiết niệu (UTBMTN) tại toàn bộ hệ tiết niệu. Mỗi liên quan giữa sự phân bố vị trí của khối u với độ mô học, típmô bệnh học và mức độ xâm lấn của khối u trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu 158 trường hợp UTBMTN được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong khoảng thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019. **Kết quả:** Trong 158 trường hợp UTBMTN, tỷ lệ gặp nhiều nhất là bàng quang với 62,7%, thận chiếm 31,6% và niệu quản gặp 5,7%. Sự phân bố của vị trí khối u hệ tiết niệu liên quan có ý nghĩa thống kê với typ mô bệnh học với $p=0,000<0,05$ và mức độ xâm lấn của khối u (pT) với $p=0,013<0,05$ nhưng không có mối liên quan với độ mô học của khối u với $p = 0,11 > 0,05$.

Từ khóa: ung thư biểu mô tiết niệu (UTBMTN), típmô bệnh học, độ mô học.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH UROTHELIAL CARCINOMAS OF URINARY SYSTEM WHO UNDERWENT SURGERY AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL FROM JANUARY 2018 TO MARCH 2019

Objectives: Studying some characteristics of

location, histopathological type, histopathological grade and invasiveness of urothelial carcinoma in the whole urinary system. The relationship between the distribution of tumor location with histopathological grade, histopathological type and the extent of tumor invasion in the study group of patients. **Research object and method:** A cross-sectional, retrospective descriptive study of 158 cases of urothelial carcinoma undergoing total tumor resection at Viet Duc University Hospital between January 2018 and March 2019. **Result:** In 158 cases of urothelial carcinoma, the most common rate was bladder with 62.7%, kidney accounted for 31.6% and ureter met with 5.7%. The distribution of the tumor location of the urinary system was significantly related to the histopathological type with $p=0.000<0.05$ and the degree of tumor invasion (pT) with $p=0.013<0.05$ but there was no relationship with tumor histopathological grade with $p = 0.11 > 0.05$.

Keywords: urothelial carcinoma, histopathological type, histopathological grade.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các loại ung thư hay gặp, ung thư biểu mô tiết niệu đứng hàng thứ 7 cho nam giới và thứ 10 cho cả 2 giới [1]. Tại Việt Nam, theo số liệu ghi nhận trong giai đoạn 2004 - 2008, tại Hà Nội và thành phố Hồ Chí Minh cho thấy ung thư bàng quang xếp hàng thứ 10 trong 10 loại ung thư hay gặp ở nam giới [1]. Theo Nguyễn Phúc Cường và cs [2] cho rằng ung thư bàng quang chiếm tới 81,2% khối u của hệ tiết niệu. Năm 2016 TCYTTG cho rằng 80 đến 90% UTBMTN như tiếp theo là biến thể vảy và các biến thể khác [3]. Tại Mỹ có khoảng với 14.100 trường hợp tử vong mỗi năm, tại Nhật Bản, năm 2010, có 1.558 trường hợp tử vong do UTBMTN ở bể thận, 1.593 trường hợp tử vong do

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Giang

Email: truonggiang16121977@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2023

Ngày duyệt bài: 29.3.2023

UTBMTN ở niệu quản [1]. UTBMTN là loại ung thư hay gặp nhất ở hệ tiết niệu trong đó 80 đến 90% các trường hợp ung thư ở bàng quang và 5 đến 10% ở đường niệu trên trong khi đó ở niệu đạo có thể gặp nhưng hiếm [1]. Ngày nay có nhiều phương pháp đánh giá khác nhau, tuy nhiên phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u là phương pháp điều trị triệt để hơn cả. Với các khối u UTBMTN tại các vị trí của hệ tiết niệu được đánh giá chính xác các đặc điểm mô bệnh học, độ mô học hay giai đoạn khối u giúp các nhà lâm sàng có hướng theo dõi, điều trị hợp lý nhất. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu "Tìm hiểu một số đặc điểm về vị trí, tít mô bệnh học, độ mô học, mức độ xâm lấn UTBMTN và mối liên quan giữa sự phân bố vị trí của khối u với độ mô học, tít mô bệnh học, mức độ xâm lấn của khối u trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu gồm 158 bệnh nhân được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u của hệ tiết niệu, có kết quả mô bệnh học là UTBMTN, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, tiêu bản và khối nén lưu trữ còn giữ nguyên tính chất kháng nguyên.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa giải phẫu bệnh Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2018 đến tháng 3/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu trên các tiêu bản và bloc parafin của các bệnh nhân và hồ sơ bệnh án lưu trữ.

- Các biến số và chỉ số nghiên cứu: thu thập các số liệu về tuổi, giới, vị trí u, tít mô bệnh học, độ mô học và mức độ xâm lấn của khối u.

+ Tuổi chia thành 7 nhóm (≤ 29 ; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79; ≥ 80)

+ Vị trí khối u: thận, niệu quản, bàng quang, niệu đạo

+ Đánh giá tít mô học, độ mô học: Theo phân loại mô học của WHO 2016 [3].

+ Đánh giá giai đoạn khối u: TNM theo AJCC năm 2017 [4].(trích dẫn phần khối u ung thư biểu mô niệu).

- Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0

+ Thống kê mô tả biến định lượng bằng các thông số: trung vị (Median), Mode (giá trị có tần số cao nhất) và biểu diễn bằng bảng. Đối với biến định tính thì mô tả bằng tần số, tỉ lệ phần trăm và được biểu diễn bằng bảng. Thống kê

phân tích và so sánh các tỉ lệ và mối liên quan bằng kiểm định χ^2 . Giá trị p được sử dụng để so sánh và phân tích mối liên quan, nếu $p < 0,05$ là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê hoặc có mối liên quan có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố độ tuổi theo giới tính

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
≤ 29	0	0	0	0	0	0
30-39	2	1,5	1	4,2	3	1,9
40-49	5	3,7	1	4,2	6	6,0
50-59	29	21,6	6	25,0	35	22,2
60-69	49	36,6	5	20,8	54	34,2
70-79	37	27,6	8	33,3	45	28,5
≥ 80	12	9,0	3	12,5	15	9,5
Tổng số	134	100	24	100	158	100
X \pm SD	66,06 \pm 10,60		66,42 \pm 10,55		66,11 \pm 10,87	

$p=0,883 > 0,05$

Nhận xét: Độ tuổi hay gặp nhất ở cả hai giới là trên 50 tuổi. Độ tuổi trung bình của nam và nữ là không có sự khác biệt với giá trị trung bình là $66,11 \pm 10,87$.

3.2. Đặc điểm phân bố vị trí khối u ở hệ tiết niệu

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ của các vị trí của hệ tiết niệu

Vị trí	Thận	Niệu quản	Bàng quang	Niệu đạo	Tổng
n	50	9	99	0	158
%	31,6	5,7	62,7	0	100

Nhận xét: Trong 158 TH thấy tại bàng quang chiếm đa số với 99 TH chiếm 62,7% và ở niệu quản là thấp nhất là 5,7%. Không gặp TH nào ở niệu đạo.

3.3. Đặc điểm phân bố tít mô bệnh học

Bảng 3.3. Phân bố tít mô bệnh học của khối u

Typ mô học	Không xâm nhập		UTBMTN xâm nhập			Tổng
	UTBMTN thế nhú		Thông thường	Biệt hóa vảy	Khác	
	Độ thấp	Độ cao				n(%)
n	17	11	68	32	30	158
%	10,8	7,0	43,0	20,2	19,0	100

Nhận xét: Những trường hợp u tít nhú, không xâm nhập chiếm 17,8% và khối u xâm nhập gặp chủ yếu tít mô bệnh học thông thường và tít biệt hóa vảy.

3.4. Đặc điểm phân bố độ mô học**Bảng 3.4. Phân bố độ mô học của khối u**

Độ mô học	Thấp	Cao	Tổng số
n	17	141	158
%	10,8	89,2	100

Nhận xét: khối u có độ mô học cao chiếm ưu thế với 141 TH (89,2%)

3.5. Môi liên quan giữa vị trí khối u với tít mô bệnh học**Bảng 3.5. Môi liên quan giữa vị trí khối u với tít mô bệnh học**

Vị trí u	Tít MBH	Không xâm nhập UTBMTN thể nhú		UTBMTN thể xâm nhập			Tổng
		Độ thấp	Độ cao	Thông thường	BH vảy	Khác	
		N (%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Thận		4 (8,0)	4 (8,0)	32(64,0)	10(20,0)	0	50(100)
Niệu quản		0	2(22,2)	7(77,8)	0	0	9(100)
Bàng quang		13(13,1)	5(5,1)	29(29,3)	22(22,2)	30(30,3)	99(100)
Tổng số(%)		17(10,8)	11(7,0)	68(43,0)	32(20,2)	30(19,0)	158(100)

 $p=0,000$

Nhận xét: Tại tất cả các vị trí hệ tiết niệu thì UTBMTN thể xâm nhập thường có tỷ lệ cao và độ mô học cao tương đương nhau với $p=0,000<0,05$.

3.6. Môi liên quan giữa vị trí u và độ mô học khối u**Bảng 3.6. Môi liên quan vị trí u và độ mô học**

Vị trí u	Độ mô học	Thấp	Cao	Tổng
		n(%)	n(%)	n(%)
Thận		4(8,0)	46 (92,0)	50(100)
Niệu quản		0	9(100)	9(100)
Bàng quang		13(13,1)	86(82,9)	99(100)
Tổng số(%)		17(10,8)	141(89,2)	158(100)

 $p=0,110$

Nhận xét: Vị trí khối u liên quan không có ý nghĩa thống kê với độ mô học ($p=0,110$)

3.7. Môi liên quan giữa vị trí u với mức độ xâm lấn của khối u**Bảng 3.7. Môi liên quan giữa vị trí u với mức độ xâm lấn của khối u**

Vị trí u	Mức độ xâm lấn	Không xâm nhập cơ		Xâm nhập cơ			Tổng
		pT _a	pT ₁	pT ₂	pT ₃	pT ₄	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Thận		8(16,0)	6(12,0)	2(4,0)	27(54,0)	7(14,0)	50(100)
Niệu quản		2(22,2)	1(11,1)	1(11,1)	5(55,6)	0	9(100)
Bàng quang		18(18,2)	24(24,2)	16(16,2)	23(23,2)	18(18,2)	99(100)
Tổng số(%)		28(17,7)	31(19,6)	19(12,0)	55(34,8)	25(15,8)	158(100)

 $p=0,013$

Nhận xét: Các khối u ở thận và niệu quản có tỷ lệ xâm nhập cơ cao hơn tại bàng quang có ý nghĩa thống kê với $p=0,013<0,05$.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm về độ tuổi và giới tính.**

Đặc điểm phân bố theo nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tập trung vào những nhóm tuổi trên 50 chiếm tới 149 TH (94,3%), trong đó nhóm tuổi 60-69 chiếm tỷ lệ cao nhất với 54 TH (34,2%) và độ tuổi trung bình cho cả hai giới $66,11\pm 10,87$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng độ tuổi tập trung vào thập niên 60 của bệnh nhân. Theo Bertz và cs [5] cho rằng độ tuổi trung bình của cả hai giới

là 71,7 tuổi và dao động từ 37 đến 87 tuổi. Tóm lại, các nghiên cứu đều cho rằng độ tuổi mắc UTBMTN tập trung vào nhóm tuổi trên 50 và thập niên 60 chiếm tỷ lệ cao. Một số nghiên cứu nước ngoài cao hơn có thể lý giải do chế độ ăn uống, đặc biệt các yếu tố nguy cơ cao như uống rượu và hút thuốc lá ở Việt Nam nằm trong nhóm cao trên thế giới. Việt Nam là nước đang phát triển, đây là nơi tập trung các ngành công nghiệp sản xuất, tuy nhiên yếu tố môi trường, trang bị bảo hộ lao động bảo vệ sức khỏe người lao động còn hạn chế nên tỷ lệ mắc bệnh nghề nghiệp thường cao.

Phân bố theo giới trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nam giới mắc chiếm 84,7% và nữ giới 15,3% và tỷ lệ nam/ nữ 5,9/1. Trong

các nhóm khối u ở các vị trí khác nhau như bàng quang, thận hay niệu quản đều có tỷ lệ nam chiếm ưu thế. Kết quả trên phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước như Nguyễn Văn Hưng và cs [6] có tỷ lệ nam/ nữ là 5,8/1 hay Nguyễn Vương và cs [7] là 4,3/1. Một số tác giả nước ngoài có tỷ lệ thấp hơn như Koyuncuer và cs [8] cho biết tỷ lệ nam/nữ là 9,4/1 nhưng Hoke và cs [9] lại cho biết tỷ lệ nam/ nữ là ngang nhau. Mặc dù tỷ lệ nam/ nữ biến động theo từng nghiên cứu khác nhau nhưng phần lớn các nghiên cứu đều cho rằng tỷ lệ mắc bệnh ở nam giới cao hơn nữ giới.

4.2. Đặc điểm phân bố vị trí khối u của hệ tiết niệu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có tới 62,7% tại vị trí bàng quang trong khi đó tại vị trí thận 31,6% hay niệu quản 5,7%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Phúc Cường và cs [2] với 81,2% tại bàng quang hoặc Nguyễn Văn Hưng và cs [6] 91,6%. Một tác giả khác William C.B và cs [6] nghiên cứu 20 năm cho rằng UTBMN tại bàng quang: thận: niệu quản có tỷ lệ 51:4:1. Để lý giải kết quả trên có thể nguyên nhân chính do chỉ định phẫu thuật rộng rãi hoặc điều kiện phẫu thuật còn hạn chế cũng như nhóm nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu vào các mẫu phẫu thuật. Ngày nay, cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật đặc biệt các kỹ thuật thăm dò chức năng nội soi phát hiện ung thư sớm, do vậy các khối u ở bàng quang được phát hiện sớm cũng như phương pháp điều trị cắt khối u đơn giản hơn giảm nguy cơ phẫu thuật cắt bỏ bàng quang triệt căn, trong khi đó các khối u ở thận và niệu quản thường khó phát hiện sớm hơn.

4.3. Đặc điểm về độ mô học, tít mô bệnh học, mức độ xâm lấn của khối u và mối liên quan với vị trí của khối u. Đối với nhóm khối u không xâm nhập, phân loại của WHO 2016 chia các khối u biểu mô thể nhú được phân độ mô học cao và độ mô học thấp [3]:

+ Với những trường hợp UTBMN thể nhú, độ mô học thấp gồm các nhú mảnh chia nhánh trên diện rộng. Ở độ phóng đại thấp, các nhú có cấu trúc khá trật tự nhưng ở độ phóng đại vừa, một số nhú mất cực tính biểu mô cùng với nhân không đều và đa hình ở mức độ nhẹ. Nhân chia có thể có hoặc không, nhưng nhân không điển hình và có thể tìm thấy ở vùng xa màng đáy.

+ Với UTBMN thể nhú, độ mô học cao: Các nhú có thể hòa nhập với nhau nên trông mô u đặc hơn. Các rối loạn về tế bào học như kích thước nhân không đều, nhân đa hình và không đều thường được nhìn thấy rõ ràng ngay ở độ

phóng đại thấp. Hạt nhân nổi trội và cũng không đều, nhiều nhân chia (không điển hình và không đều). Chiều dày của biểu mô u rất khác nhau và một số TH có nhân không biệt hóa rõ ràng. Ngoài ra còn cần một số dấu ấn hoá mô miễn dịch đánh giá bổ xung nhằm có kết luận chính xác hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có TH nào ở niệu quản, ở vị trí thận có 50 TH thì chỉ có 04 TH (8%) có độ mô học thấp và tại bàng quang với 99 TH chỉ có 13 TH (13,1%) còn lại chủ yếu là có độ mô học cao. Một số tác giả như Nguyễn Vương và cs [7] hay Lê Trung Thọ và cs [1] cho rằng tỷ lệ khối u có độ mô học cao và độ mô học thấp là tương đương nhau. Tác giả như Koyuncuer và cs [8] cho biết 68% khối u có độ mô học thấp và 32% có độ mô học cao. Ngược lại, tác giả Wasco và cs [1] cho rằng khối u có độ mô học thấp 16,4% và độ mô học cao là 83,6%. Tóm lại kết quả tỷ lệ độ mô học thay đổi theo các nghiên cứu khác nhau tùy thuộc cỡ mẫu hay đối tượng nghiên cứu.

Đánh giá tít mô học của các khối u xâm nhập, đối với các vị trí ở bàng quang, những khối u xâm nhập chúng tôi nhận thấy các khối u có đặc điểm bao gồm các tít mô bệnh học khác nhau như tít thông thường, tít biệt hoá vảy và một số tít mô khác như biệt hoá ổ, biệt hoá tuyến, kém biệt hoá,... Tuy nhiên với những khối u ngoài bàng quang như ở các vị trí đài bể thận hay niệu quản chỉ có tít mô học thông thường chiếm đa số và tiếp theo là biệt hoá vảy trong khi đó không nhận thấy tít mô học khác. Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa vị trí khối u ở hệ tiết niệu, tại vị trí bàng quang có thể gặp nhiều tít mô học khác nhau trong khi đó tại các vị trí khác ngoài bàng quang chỉ gặp tít mô học thông thường hay biệt hoá vảy với $p=0,000 < 0,05$. Kết quả nghiên cứu phù hợp với tác giả Nguyễn Văn Hưng và cs [6] cho rằng biệt hoá vảy chiếm 13,6% và tít nhú hay tít thông thường cũng như trong những khối u không xâm nhập luôn chiếm ưu thế. Trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 60,8% và các tít còn lại chiếm 39,2% trong đó tít biệt hoá vảy chiếm 20,2% cao hơn tác giả Nguyễn Văn Hưng và cs [6] nhưng tương tự một số tác giả khác như Gary D.S và Sauter. G [6] đều cho rằng khoảng 20%. Ở vị trí ngoài bàng quang, theo Nguyễn Văn Hưng và cs cho rằng chỉ có các tít khác chỉ có biệt hoá vảy trong khi các tít mô học khác không tìm thấy, kết quả này cũng tương tự tác giả khác như Gary D.S và Sauter. G [6] cho rằng chỉ có khoảng 6% là tít mô học khác. Tóm lại, ở

vị trí ngoài bàng quang chủ yếu chỉ có típ mô học thông thường và có một tỷ lệ nhỏ là típ mô học khác, kết quả này hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Trong số 158 trường hợp trong nghiên cứu, giai đoạn khối u chưa xâm nhập cơ gồm 59 TH (37,3%), trong đó tại thận, niệu quản có tỷ lệ thấp với lần lượt có 14 TH (28%) gồm 8 TH ở giai đoạn pTa và 6 TH ở giai đoạn pT1 và tại bàng quang chiếm tỷ lệ cao hơn gồm 42 TH (42,4%). Trong khi đó giai đoạn xâm nhập cơ tăng cao ở nhóm vị trí u tại thận, niệu quản và không tăng hay tăng không đáng kể ở bàng quang với $p=0,013 < 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng và cs [6] với 46 TH thì trong đó có 10 TH (21,7%) ở giai đoạn không xâm nhập cơ. Điều này cũng được lý giải bởi các khối u được phẫu thuật thường ở giai đoạn muộn hơn so với các mẫu nội soi hay khó phát hiện và khi phát hiện được thường ở giai đoạn xâm lấn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 158 trường hợp UTBMTN được phẫu thuật cắt toàn bộ khối u thấy vị trí hay gặp nhất là bàng quang với 62,7%, thận chiếm 31,6%, niệu quản chiếm 5,7% và không gặp trường hợp nào tại niệu đạo. Trong tất cả các vị trí thì các trường hợp u xâm nhập chiếm 82,2%, độ mô học cao chiếm 89,2%, u không xâm nhập chiếm 17,8% và độ mô học thấp chỉ chiếm 10,8%. Tỷ lệ các khối u xâm nhập cơ tại thận chiếm 72,0% và niệu quản chiếm 66,7% là cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tại bàng quang chiếm 57,6% với $p=0,013 < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Xuân.** (2020), "Đặc điểm mô bệnh học và sự bộc lộ các dấu ấn hoá mô miễn dịch CK20, P53, Ki67 trong ung thư biểu mô nhú đường niệu", luận văn thạc sỹ Y học, đại học Y Hà Nội.,vol. pp.
2. **Nguyễn Phúc Cường, Nguyễn Sỹ Lánh, and Nguyễn Phương Hồng** (2002), "Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh của ung thư biểu mô đài bể thận", Báo cáo khoa học tại bệnh viện Việt Đức- Hà Nội,vol. pp.
3. **Moch H, Humphrey PA, Ulbright TM et al.** (2016), "WHO classification of tumours of the urinary system and male genital organs. 4th Edition. World Health Organization", International Agency for Research on Cancer (IARC),vol. 8, pp.
4. **Amin MB and Edge SB** (2017), "AJCC cancer staging manual", American: Springer,vol. pp.
5. **Bertz S, Otto W, Denzinger S et al.** (2014), "Combination of CK20 and Ki-67 immunostaining analysis predicts recurrence, progression, and cancer-specific survival in pT1 urothelial bladder cancer", European urology,vol. 65(1), pp. 218-226.
6. **Nguyễn Văn Hưng and Nguyễn Thị Hồng Điệp** (2010), "Nghiên cứu mô bệnh học, một số triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư biểu mô tiết niệu", Tạp chí Y học thực hành,vol. 4, pp. 714.
7. **Trịnh Tiên Phong and Nguyễn Vương** (2010), "Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu bệnh u biểu mô đường niệu của bàng quang", Luận văn thạc sĩ Y học. Hà Nội,vol. pp.
8. **Koyuncuer A** (2017), "Histopathologic Evolution of Urothelial Carcinoma Recurrence in Transurethral Resection of the Urinary Bladder: 35 Consecutive Cases And Literature Review", Asian Pacific journal of cancer prevention: APJCP,vol. 18(2), pp. 459.
9. **Hoke GP, Stone BA, Klein L et al.** (1999), "The influence of gender on incidence and outcome of patients with bladder cancer in Harlem", journal of the National Medical Association,vol. 91(3), pp. 144.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ VỠ EO TỤY

Thái Nguyên Hưng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1.Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của vỡ eo tụy. 2.Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị vỡ eo tụy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** + Nghiên cứu mô tả hồi cứu. + Tất cả những bệnh nhân (BN), không phân biệt tuổi,giới,được chẩn đoán vỡ eo tụy, được

phẫu thuật và/hoặc điều trị tại BV Việt đức. + Thời gian: Từ năm 2012 đến năm 2017. **Kết quả nghiên cứu:** Có 24 bệnh nhân vỡ eo tụy được đưa vào NC bao gồm: 23 nam (95,8%), nữ 1 (4,2%), tuổi trung bình 30,2 (từ 8 - 68), nguyên nhân vỡ eo tụy do tai nạn giao thông 16 BN (66,7%), tai nạn lao động 1 BN (4,1%), tai nạn sinh hoạt 7 BN (29,2%). Khám lâm sàng: 100% các bệnh nhân đều đau bụng, đau thượng vị 62,5%, đau dưới sườn trái 33,3%, đau dưới sườn phải 16,7%, đau hố chậu phải 4,1%, đau khắp bụng 33,3%, bụng chướng 83,3%. Xét nghiệm bạch cầu (BC) > 10.000/mm³ 79,2%. Có 95,8% amylase máu tăng. Siêu âm phát hiện vỡ tụy 9/24 BN (37,5%), chụp cắt lớp vi tính (CLVT) phát hiện vỡ tụy 100% trong đó vỡ eo tụy đơn thuần là 70,8% còn lại

¹Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2023

Ngày duyệt bài: 28.3.2023