mạc hoàng điểm trên OCT mỏng hơn ở mắt có tổn thương võng mạc hoàng điểm so với mắt không có tổn thương. Mức độ cận thị, chiều dài trục nhãn cầu, tuổi và thời gian mắc cận thị là những yếu tố nguy cơ chính gây tổn thương võng mạc hoàng điểm trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, et al.** Global Prevalence of Myopia and High Myopia and Temporal Trends from 2000 through 2050. Ophthalmology. 2016;123(5):1036-1042.
2. **Ng DS, Cheung CYL, Luk FO, Lai TYY et al.** Advances of optical coherence tomography in myopia and pathologic myopia, Eye (Lond). (2016) Jul;30(7):901-16.
3. **Chen S, Wang B, Dong N, Ren X, Zhang T, Xiao L.** Macular measurements using spectral-domain optical coherence tomography in Chinese myopic children. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2014;55(11):7410-7416.
4. **Koh VT, Nah GK, Chang L, et al**. Pathologic changes in highly myopic eyes of young males in Singapore. Ann Acad Med Singapore. 2013;42(5):216-224.
5. **Xiao O, Guo X, Wang D, et al.** Distribution and Severity of Myopic Maculopathy Among Highly Myopic Eyes. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2018;59(12):4880-4885.
6. **Fang Y, Yokoi T, Nagaoka N, et al.** Progression of Myopic Maculopathy during 18-Year Follow-up. Ophthalmology. 2018;125(6):863-877.
7. **Yan YN, Wang YX, Yang Y, et al**. Ten-Year Progression of Myopic Maculopathy: The Beijing Eye Study 2001-2011. Ophthalmology. 2018;125(8):1253-1263.
8. **Cheng SC, Lam CS, Yap MK.** Prevalence of myopia-related retinal changes among 12–18 year old Hong Kong Chinese high myopes. Ophthalmic Physiol Opt. 2013;33(6):652-660.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT BRICKER ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BÀNG QUANG TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Văn Bình*, Đỗ Anh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bricker điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng tiến hành trên các bệnh nhân ung thư biểu mô bàng quang đã được phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ và chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker tại Bệnh viện K, thời gian từ tháng 1/2018 đến 03/2020. **Kết quả:** 31 bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trung bình là 192,25 ± 33,75; Biến chứng hay gặp nhất sau phẫu thuật là nhiễm trùng vết mổ 12,8%; bán tắc ruột 6,4% ngoài ra các biến chứng khác như chảy máu sau mổ, tắc ruột, rò nước tiểu, rò tiêu hóa, bục vết mổ, áp xe cũng gặp với tỉ lệ thấp 3,2%. Thời gian nằm viện trung bình 18,00 ± 8,91ngày. Giải phẫu bệnh diện cắt sau mổ đều âm tính. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ theo phương pháp Bricker an toàn về ngoại khoa và đảm bảo nguyên tắc ung thư điều trị triệt căn cho bệnh nhân ung thư bàng quang xâm lấn cơ.

Từ khóa: Ung thư bàng quang.

SUMMARY

APPLICATION OF BRICKER SURGERY IN THE TREATMENT OF BLADDER CANCER AT K HOSPITAL

Purpose: Evaluating the initial outcome of Bricker surgery in the treatment of bladder cancer at K Hospital. **Object and method:** An uncontrolled clinical intervention study was conducted on bladder cancer who had received total resection and urinary flow circulation by Bricker technique at K hospital, from January 2018 to March 2020. **Results:** 31 patients, average surgery time was 192.25±33.75. The most common complication after surgery is wound infection 12.8%; 6,4% semi-intestinal obstruction. Besides, other complications such as postoperative bleeding, intestinal obstruction, urine leakage, gastrointestinal fistula, incision puncture, abscess also met with a low rate of 3.2%. The average hospital stay time was 18.00 ± 8.91. All of the patients had negative surgical margin. **Conclusion:** Radical cystectomy with Bricker-type urinary diversion is a feasible surgery that guarantees radical treatment for patients with muscle-invasive bladder cancer

Keywords: Bladder cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong hệ tiết niệu, bàng quang là cơ quan có chức năng chứa và điều hòa bài xuất nước tiểu và có ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống. Theo số liệu thống kê của Bray F. (Globocan 2018), tại Việt Nam, ung thư bàng quang (UTBQ) đứng hàng thứ hai trong số các ung thư hệ tiết niệu. Mỗi năm có 1.502 ca mới mắc và 883 ca tử vong do UTBQ [1],[2].

Với UTBQ xâm lấn, phẫu thuật cắt bàng quang kèm nạo vét hạch vùng là phương pháp

**Bệnh viện K*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình
Email: binhva@yahoo.fr
Ngày nhận bài: 19.2.2021
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2021
Ngày duyệt bài: 7.4.2021

điều trị triệt căn. Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ, tạo hình bàng quang là lựa chọn tối ưu giúp cho bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn. Tạo hình bàng quang bằng ruột được phổ biến rộng rãi với nhiều kỹ thuật và vật liệu khác nhau như hồi tràng, hồi manh tràng, đại tràng. Phương pháp cắt toàn bộ bàng quang và tạo hình bàng quang lý tưởng phải đảm bảo các yêu cầu: bảo vệ hệ tiết niệu trên, bảo tồn chức năng giữ nước tiểu và đi tiểu chủ động, đảm bảo chức năng cương dương ở nam giới, khoái cảm tình dục ở nữ giới, giảm tối đa rối loạn nước điện giải và cuối cùng là giảm tỉ lệ biến chứng. Có nhiều phương pháp tạo hình bàng quang được áp dụng như: Bricker, Camey, S-pouch, Hautmann, Hemi-Koch… Trong đó, phương pháp Bricker được tác giả đưa ra năm 1950 là phương pháp tương đối đơn giản, không cần bảo tồn chức năng giữ nước tiểu và đi tiểu chủ động, đã được nhiều phẫu thuật viên áp dụng tại nhiều cơ sở ngoại khoa trên thế giới cũng như ở Việt Nam [4],[5],[8]. Khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện K đã tiến hành điều trị UTBQ xâm lấn bằng phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ tạo túi chứa nước tiểu theo phương pháp Bricker từ 01/2018. Để đánh giá về kỹ thuật này chúng tôi tiến hành *"Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Bricker điều trị ung thư bàng quang tại Bệnh viện K"* nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bricker điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng tiến hành trên các bệnh nhân ung thư biểu mô bàng quang đã được phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ vàchuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker tại Bệnh viện K, thời gian từ tháng 1/2018 đến 03/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi từ 18 đến 75. Ung thư biểu mô bàng quang: giai đoạn cT2,T3,T4a.
- Được phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ triệt căn và chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker. Có đủ hồ sơ lưu trữ sau phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư biểu mô bàng quang giai đoạn T4b.
- Khối u khác tại bàng quang: sarcoma, ung thư di căn bàng quang….
- Các bệnh nhân đã có di căn xa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

31 bệnh nhân ung thư bàng quang

Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật

TG PT	Trung bình TB ± SD (phút)	Min	Max
Thì nạo vét hạch	45,00 ± 12,38	30	75
Thì cắt bàng quang toàn bộ	62,74 ± 13,21	45	90
Thì tạo túi chứa nước tiểu	59,51 ± 11,50	40	90
Tổng TG	**192,25 ± 33,75**	**140**	**270**

Bảng 3.2. Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không có tai biến	31	100
Tổn thương mạch máu	1	3,2
Tổn thương ruột non	0	0
Tổn thương trực tràng	1	3,2
Tử vong	0	0

Bảng 3.3. Chỉ định truyền máu trong và sau phẫu thuật

Tình trạng mất máu			
Chỉ định truyền máu trong PT	Có	0	0
	Không	31	100
Chỉ định truyền máu sau PT	Có	7	22,6
	Không	24	77,4

Bảng 3.4. Thời gian hậu phẫu

Thời gian (ngày)	min	max	TB±SD
Có nhu động ruột trở lại	4,0	9,0	5,55 ± 1,31
Rút dẫn lưu Douglas	4,0	11,0	6,32 ± 1,47
Rút dẫn lưu cạnh bàng quang	6,0	15,0	8,87 ± 1,89
Rút dẫn lưu bàng quang	6,0	16,0	9,87 ± 2,92
Rút dẫn lưu niệu quản	4,0	14,0	8,77 ± 2,16

Bảng 3.5. Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ	n	%
Không biến chứng	20	64,5
Có biến chứng	11	35,5
Chảy máu sau mổ	1	3,2
Tắc ruột	1	3,2
Bán tắc ruột	2	6,4
Nhiễm trùng vết mổ	4	12,8
Rò nước tiểu	1	3,2
Rò tiêu hóa	1	3,2
Bục vết mổ	1	3,2
Áp xe tồn dư	1	3,2

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện sau mổ

Thời gian hậu phẫu (ngày)		n	%
Thời gian hậu phẫu TB ± SD (min-max)		18,00±8,91 (9 – 49)	
Thời gian hậu phẫu	<14 ngày	13	41,9
	14-21 ngày	12	38,7
	>21 ngày	6	19,4

Bảng 3.7. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ

Kết quả GPB		n	%
Diện cắt	Âm tính	31	100
	Dương tính	0	0
Số lượng hạch nạo vét TB ± SD (min-max)		12,26 ± 3,11 (7 – 21)	
Tình trạng hạch di căn	Có di căn hạch	0	0
	Không di căn hạch	31	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ định phẫu thuật. Chỉ định cắt bàng quang toàn bộ và tạo túi nước tiểu theo phương pháp Bricker được đặt ra khi u bàng quang đã xâm lấn qua lớp cơ (từ T2 trở lên), u ở vùng tam giác Trigon hoặc UTBQ xâm lấn vào niệu đạo màng, một số ung thư giai đoạn T4, ung thư xâm lấn vào thành bụng, thành chậu hông, không có khả năng bảo tồn có đáp ứng với hóa trị bổ trợ trước [1],[2],[5],[7]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tất cả trường hợp đều phù hợp với các tiêu chuẩn chọn và đều được phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang - tạo túi chứa nước tiểu và chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker. Về mặt lâm sàng và cận lâm sàng, đa số các bệnh nhân đều có biểu hiện của đái máu hoặc đái khó, đái buốt, trên cắt lớp vi tính và phẫu thuật nội soi chẩn đoán có hình ảnh UTBQ xâm lấn ra lớp cơ hoặc ra thanh mạc bàng quang. Các bệnh nhân này được chẩn đoán giai đoạn II và III trên lâm sàng,nên có chỉ định cắt toàn bộ bàng quang và chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker. Phẫu thuật Bricker có ít biến chứng rối loạn nước điện giải, ít bị nhiễm trùng ngược dòng hơn khi cắm niệu quản vào đại tràng sigma hay phải đưa sonde vào bể chứa để tháo nước tiểu ra. Việc chămsóc sau mổ tuy là một vấn đề khó khăn nhưng so với đưa niệu quản ra da việcvệ sinh miệng nối hồi tràng thành bụng và dán 1 túi nước tiểu dễ dàng hơn đưa niệu quản ra da 2 bên. Chất lượng cuộc sống cũng tốt hơn so với đưa niệu quản ra da 2 bên [4],[6],[8].

4.2. Thời gian phẫu thuật. Phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ là một phẫu thuật lớn, thời gian phẫuthuật kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bìnhtheo phương pháp Bricker là 192,25 ± 33,75 phút, cao hơn của tác giả Phạm Văn Yến là: 185,00 ± 21,38phút. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 02 bệnh nhân u tái phát sau phẫu thuật cắt bàng quang bán phần, 02 bệnh nhân khối u T4a xâm lấn tiền liệt tuyến nên quá trình bóc tách diện bàng quang khỏi thành trước trực tràng khó khăn hơn do dính vì vậy thời gian phẫu thuật của nhóm bệnh nhân này thường kéo dài hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫuthuật trung bình ở các thì: Thì nạo vét hạch (I):45,00 ± 12,38 phút, thì cắt bàng quang toàn bộ là: 62,74 ± 13,21 phút, thì tạo túi chứa nước tiểu là: 59,51 ± 11,50 phút. Do thời gian phẫu thuật kéo dài nên cũng như một số tác giả khác như Scott E. Eggener (2001), chúng tôi cũng nhất trí nên gây mê nội khí quảntrong cắt toàn bộ bàng quang [5],[6].

4.3. Tai biến trong phẫu thuật. Do tiến bộ của gây mê hồi sức và đội ngũ phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm nên các tai biến trong phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ chuyển lưu dòng tiểu theo phương pháp Bricker được kiểm soát tốt. Tỉ lệ tai biến thấp 6,5% và không có trường hợp nào tử vong. Trong nghiên cứu, có 1 bệnh nhân tổn thương động mạch chậu ngoài trong thì vét hạch do có tiền sử mổ cắt bàng quang bán phần cũ, vết rách thành bên động mạch đã được khâu lại ổn định, 01 bệnh nhân rách thành trước trực tràng trong thì cắt bàng quang-tiền liệt tuyến, vết rách nhỏ đã được khâu phục hồi 2 lớp và đặt sonde trực tràng, sau mổ bệnh nhân ổn định.

Các nghiên cứu trước đây thường có tình trạng mất máu cấp cần truyền máu do máu có thể mất từ diện bóc tách (do u xâm lấn, u tái phát, dính nhiều), từ mạch máu quanh bàng quang (ĐM bàng quang trên, dưới, TM sâu dương vật…) hoặc từ đám rối xương cùng tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi lượng máu mất được kiểm soát và không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Sau mổ vì một số nguyên nhân có 22,6% BN phải truyền máu bổ sung[1],[5],[6].

4.4. Đánh giá sau phẫu thuật

Diện cắt: Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đánh giá diện cắt và 100% bệnh nhân được đảm bảo diện cắt không còn tế bào ung thư.

Tình trạng di căn hạch: trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được chẩn đoán cN0 trước điều trị qua cắt lớp vi tính trước phẫu thuật. Khảo sát tình trạng di căn hạch sau mổ với số lượng hạch trung bình nạo vét là 12 hạch cũng cho kết quả pN0 hoàn toàn phù hợp với chẩn đoán trước mổ.

Kết quả sớm: 100% bệnh nhân đều ổn định ra viện, không có trường hợp nào nặng xin về. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 18,00 ± 8,91ngày, thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 12 ngày, dài nhất là 35 ngày. Có 41,9% trường hợp có thời gian nằm viện sau mổ dưới 14 ngày và 38,7% trường hợp có thời gian nằm viện sau mổ từ 14 - 21 ngày.

Đa số các bệnh nhân có kết quả rất tốt sau mổ: 14 trường hợp không có biến chứng sau mổ, 11 trường hợp có biến chứng sau mổ bao gồm 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ được thay băng chăm sóc vết mổ hàng ngày sử dụng kháng sinh, 2 trường hợp bán tắc ruột được điều trị nội khoa ổn định, 1 trường hợp chảy máu sau mổ đã được xử lý bơm rửa túi chứa nước tiểu, cầm máu nội khoa và truyền máu kiểm soát ổn định, 1 trường hợp áp xe tồn dư sau mổ trường hợp này được tách vết mổ và chọc hút dưới siêu âm kết hợp kháng sinh truyền. 1 trường hợp tắc ruột vào ngày thứ 5 sau mổ do dính ruột đã được phẫu thuật gỡ dính, 1 trường hợp rò tiêu hóa đã được phẫu thuật khâu đóng lại lỗ rò, 1 trường hợp bục vết mổ gặp trên bệnh nhân lớn tuổi, thể trạng gầy yếu có BMI < 18. Các bệnh nhân này sau khi được xử lý các biến chứng đã cho kết quả ổn định. Hậu phẫu ngày thứ 3 sau phẫu thuật, 1 bệnh nhân có biến chứng rò nước tiểu tại vị trí cắm niệu quản – ruột non đã được phẫu thuật khâu lại chỗ rò. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung sau mổ (35,5%) cao hơn tác giả Phạm Văn Yến là 25,6%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (12,8%) cao hơn của tác giả Vũ Lê Chuyên là 10,4% [8]. Chúng tôi cũng gặp các biến chứng như rò nước tiểu, bục vết mổ… với tỉ lệ thấp hơn của tác giả Vũ Lê Chuyên [5] khi theo dõi 49 BN bị UTBQ được mổ cắt bàng quang và tạo túi chứa nước tiểu theo phương pháp Bricker từ 1986 - 1990: biến chứng rò nước tiểu 38%, bục vết mổ 10,2%. Tử vong trong và sau phẫu thuật: hiện nay hiếm gặp nhưng ngày trước (vào thập niên 1950 - 1960) tỷ lệ này là 10%. Trên thế giới giai đoạn đầu phát triển phẫu thuật cắt bàng quang toàn bộ, tỷ lệ tử vong khoảng 5% (vào thập niên 70) và các biến chứng của phẫu thuật cũng cao khoảng 35%, nhưng sau đó nhờ những tiến bộ về kỹ thuật, trang thiết bị, gây mê hồi sức nên tỷ lệ tử vong đã giảm nhiều còn khoảng 2% và tỷ lệ biến chứng khoảng 10%. Theo Scott E Eggener (2001), tỷ lệ tử vong do cắt bàng quang toàn bộ từ 1 - 3% và biến chứng chung từ 23 - 35%. Chúng tôi có tỉ lệ biến chứng chung cao hơn nhưng đều được xử lý triệt để và không có bệnh nhân nào tử vong. Thời gian có nhu động ruột trở lại sau mổ 5,55 ± 1,31; thời gian rút dẫn lưu Douglas 6,32 ± 1,47; Thời gian rút dẫn lưu cạnh bàng quang 8,87 ± 1,89; Thời gian rút dẫn lưu bàng quang 9,87 ± 2,92; thời gian rút dẫn lưu niệu quản: 8,77 ± 2,16. Thời gian này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước như của Hoàng Minh Đức (2012)[3], Stroumbakis (1997) [4], [6].

V. KẾT LUẬN

Qua 31 bệnh nhân ung thư bàng quang được phẫu thuật cắt bàng quang theo phương pháp Bricker: thời gian phẫu thuật trung bình là 192,25 ± 33,75 phút,thời gian nằm viện sau mổ trung bình 18,00 ± 8,91ngày, tai biến trong mổ 6,4%, tỉ lệ biến chứng chung 35,5% nhưng đều được xử lý triệt để chỉ có 3 trường hợp phải mổ lại 9,6%, không có bệnh nhân nào tử vong; 100% bệnh nhân diện cắt không còn tế bào ung thư, số lượng hạch trung bình nạo vét là 12 hạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bostrom.PJ (2008)** "Risk factors for mortality and morbidity related to radical cystectomy". BJU international: pp. 191 - 196.
2. **Bray.F (2018)** "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries". ACS Journals: pp. 55-65.
3. **Hà Văn Quyết (2006)** " Bệnh học Ngoại tập II". Nhà xuất bản Y học : pp. 180 - 184.
4. **Hoàng Minh Đức (2012)** " Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang và dẫn lưu nước tiểu theo phương pháp Bricker trong điều trị ung thư bàng quang tại bệnh viện Việt Đức". Luận án Bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội: pp. 10-50.
5. **Stein.JP (2004)** "The orthotopic T pouch ileal neobladder: Experience with 209 patients". Journal of urology: pp. 584 - 587.
6. **Stroumbakis N. and W., Herr H.(1997)** "Radical cystectomy in the octogenarian". J Urol: pp. 2113-2117.
7. **Trần Chí Thanh (2016)** "Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp Abol-Enein trong điều trị ung thư bàng quang". Luận án tiến sĩ y học: pp. 19-150.
8. **Vũ Lê Chuyên (2012)** "Phẫu thuật cắt bàng quang". Nhà xuất bản Y học: pp. 29-51.