

số yếu tố liên quan trên bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện trường đại học Y dược Cần Thơ trên đối tượng nhiễm *Toxocara spp.* có chỉ số bạch cầu ái toan tăng gấp 4,79 lần so với bệnh nhân không nhiễm *Toxocara spp.* [5].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm *Toxocara spp.* trên 280 đối tượng nghiên cứu chiếm 55%. Trong đó nữ giới chiếm 63,9% cao hơn nam giới chiếm tỷ lệ 36,1%, dân tộc kinh chiếm 75,7% dân tộc Khmer chiếm 10,4%, dân tộc Hoa chiếm 1,4% còn các dân tộc khác chiếm 12,5%, khu vực nông thôn chiếm tỷ lệ 68,9% cao hơn so với khu vực thành thị là 31,1%. Có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê của tỷ lệ nhiễm *Toxocara spp.* với chỉ số bạch cầu và bạch cầu ái toan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chính phủ** (2018), Cơ chế, chính sách khuyến khích doanh nghiệp đầu tư vào nông nghiệp, nông thôn.
2. **Đỗ Thị Phương Linh, Lương Trường Sơn, Đặng Thị Nga, Phạm Thị Thu Giang** (2013), "Đánh giá một số chỉ số sinh hóa, huyết học trên những bệnh nhân nhiễm ấu trùng *Toxocara spp.*", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 17, Phụ bản của Số 1, tr. 105-110.
3. **Lê Vĩnh Phúc** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng thiabendazole trên người mắc bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo tại trung tâm Medic thành phố Hồ Chí Minh", tr. 63.
4. **Nguyễn Thị Thanh Quân** (2020), "Nghiên cứu tình hình và yếu tố liên quan nhiễm *Toxocara spp.*, *Strongyloides stercoralis*, *Echinococcus* ở bệnh nhân nổi mề đay tại phòng khám Da liễu Bệnh viện chuyên khoa Tâm thần và Da liễu tỉnh Hậu Giang", Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
5. **Sơn Thị Tiên** (2022), "nghiên cứu tình hình nhiễm giun sán, đặc điểm huyết đồ 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 2021-2022", Trường Đại học Y dược Cần Thơ.
6. **Bùi Văn Tuấn, Nguyễn Văn Chương** (2012), "Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ và yếu tố nguy cơ nhiễm ấu trùng giun *Toxocara spp.* ở một số điểm tại Bình Định và Gia Lai", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16(3):91-96.
7. **Rostami A, Riahi S. M, Holland C. V, et al** (2019), "Seroprevalence estimates for Toxocariasis in people worldwide: A systematic review and meta-analysis", PLoS Negl Trop Dis, 13(12).
8. **Toan Nguyen, Cheong F. W, Liew J. W. K, et al** (2016). "Seroprevalence of Fascioliasis, Toxocariasis, Strongyloidiasis and Cysticercosis in blood samples diagnosed in Medic Medical Center Laboratory, Ho Chi Minh City, Vietnam in 2012", Parasites Vectors, 9(1):486.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT U ĐƯỜNG BÀI XUẤT TIẾT NIỆU TRÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ GIANG TỪ 2015 ĐẾN 2020

Mã Hồng Cầu¹, Vũ Ngọc Quyết¹, Lê Nguyên Vũ^{2,3}

TÓM TẮT

U đường bài xuất tiết niệu trên là một bệnh lý ác tính, hiếm gặp, chỉ chiếm từ 5-10% ung thư biểu mô của toàn bộ đường tiết niệu (đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo). Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang bệnh lý này khá hiếm gặp, tuy nhiên chẩn đoán và điều trị còn chưa nhất quán, thống nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u đường bài xuất tiết niệu trên tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hà Giang trong thời gian từ 2015 đến 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu toàn bộ bệnh nhân được chẩn đoán là u đường bài xuất tiết niệu trên, được mổ

cắt thận niệu quản toàn bộ bằng phương pháp mổ mở trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2015 đến 31/12/2020 tại khoa Ngoại Tổng Hợp và Khoa Ung Bướu Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hà Giang. **Kết quả nghiên cứu:** U đường bài xuất tiết niệu trên tiết niệu trên gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 40-60, tuổi trung bình: $50,47 \pm 15,29$ tuổi; triệu chứng lâm sàng chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám bệnh chủ yếu là đau thắt lưng (94,4%), đái máu (80,6%). Phần lớn các tổn thương dưới dạng tổ chức đặc giảm âm và hỗn hợp âm chiếm tỉ lệ lần lượt là 55,6% và 41,7%. Kích thước dọc trung bình của khối u trên siêu âm là $34,7 \pm 13,4$ mm. 94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Thời gian trung bình của phẫu thuật là $104,1 \pm 27,6$ phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 180 phút. Chỉ có 1 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật chiếm 2,8%. Trong số 36 BN sau mổ còn 34 BN liên lạc được, số bệnh nhân đã chết là 3/36 trường hợp (chiếm 8,3%). Số bệnh nhân còn sống là 33 BN, chiếm 91,7%. Có 2/26 bệnh nhân có tái phát tại bàng quang. Đã được xử trí cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản trái ra da. Không phát hiện bệnh nhân nào có dấu hiệu di căn khối u. **Kết luận:** U

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Giang

²Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

³Trường đại học Y - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mã Hồng Cầu

Email: bscauhg@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 10.8.2023

đường bài xuất tiết niệu trên đã được điều trị an toàn và hiệu quả tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Giang.

SUMMARY

EVALUATION OF SURGICAL TREATMENT OUTCOMES FOR UPPER TRACT UROTHELIAL CARCINOMA AT HA GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL FROM 2015 TO 2020

Upper tract urothelial carcinoma is a rare and malignant disease, accounting for only 5-10% of all urothelial tumors in the entire urinary tract (renal pelvis, ureter, bladder, and urethra). Although upper tract urothelial carcinoma is relatively rare at Ha Giang Provincial General Hospital, there is still a lack of consensus in diagnosis and treatment. Therefore, we conducted a study with the objective of evaluating the outcomes of surgical treatment for Upper tract urothelial carcinoma at Ha Giang Provincial General Hospital from 2015 to 2020. **Subjects and methods:** This was a cross-sectional descriptive study of all patients diagnosed with Upper tract urothelial carcinoma who underwent radical nephroureterectomy by open surgery at the Department of General Surgery and Oncology, Ha Giang Provincial General Hospital, from January 1, 2015 to December 31, 2020. **Results:** upper tract urothelial carcinoma mainly occurred in patients aged 40-60 years, with a mean age of 50.47 ± 15.29 years. The main clinical symptoms that led patients to seek medical attention were back pain (94.4%) and hematuria (80.6%). Most of the tumors were either papillary or mixed papillary and flat, accounting for 55.6% and 41.7%, respectively. The mean longitudinal size of the tumor on ultrasound was 34.7 ± 13.4 mm. 94.4% of patients underwent RNU, while 2 patients underwent simple nephrectomy and 1 patient underwent simple ureterectomy. The mean surgical time was 104.1 ± 27.6 minutes, with the shortest being 60 minutes and the longest being 180 minutes. Only one patient developed a surgical site infection, accounting for 2.8%. Of the 36 patients who underwent surgery, 34 were followed up, with 3 deaths (8.3%) and 33 surviving (91.7%). Two of 26 patients experienced recurrence in the bladder, and were subsequently treated with radical cystectomy and ureteral reimplantation. No patients showed signs of metastasis. **Conclusion:** Surgical treatment was effective for upper tract urothelial carcinoma at Ha Giang Provincial General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U đường bài xuất tiết niệu trên là một bệnh lý ác tính, hiếm gặp, chỉ chiếm từ 5-10% ung thư biểu mô của toàn bộ đường tiết niệu (đài thận, bể thận, niệu quản, bàng quang và niệu đạo), với tần xuất mắc khoảng 1-2 trường hợp/100.000 người.

Tại BVĐK Tỉnh Hà Giang bệnh lý này khá hiếm, tuy nhiên chẩn đoán và điều trị còn chưa nhất quán, thống nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến

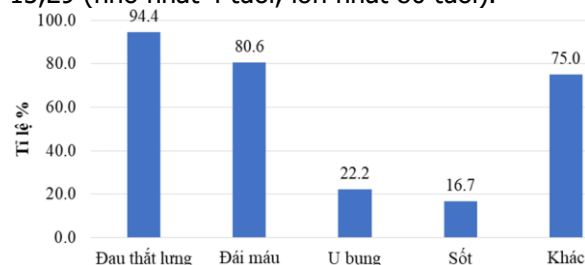
hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u đường bài xuất tiết niệu trên tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hà Giang trong thời gian từ 2015 đến 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là u đường bài xuất tiết niệu trên, được mổ cắt thận niệu quản toàn bộ bằng phương pháp mổ mở trong thời gian nghiên cứu từ 01/01/2015 đến 31/12/2020 tại 2 khoa Ngoại Tổng Hợp và Khoa Ung Bướu Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hà Giang.

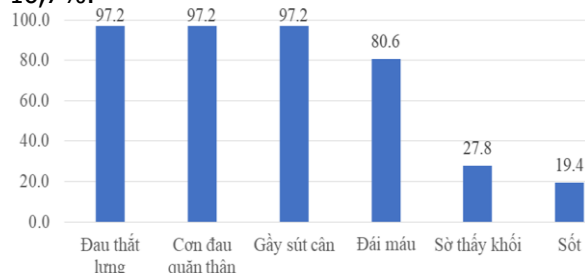
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thu thập được 36 bệnh nhân UTĐBX tiết niệu bao gồm nam: 11 BN (30,6%), nữ 25 BN (69,4%) với tuổi trung bình là $50,47 \pm 15,29$ (nhỏ nhất 4 tuổi, lớn nhất 80 tuổi).



Biểu đồ 1. Lý do vào viện

Lý do vào viện thường gặp là đau vùng thắt lưng (94,4%), đái máu (80,6%). Tỷ lệ bệnh nhân có khối u bụng và sốt vào viện chiếm 22,2% và 16,7%.



Biểu đồ 2. Các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng lâm sàng phổ biến là đau thắt lưng, cơn đau quặn thận và gãy sút cân cùng chiếm 97,2%, đái máu chiếm 80,6%, các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ nhỏ: sờ thấy khối (27,8%) và sốt (19,4%).

Bảng 1. Dấu hiệu siêu âm của khối UTĐBX tiết niệu trên

| Dấu hiệu SA của khối u đường tiết niệu trên | n | % |
|---|----|------|
| Tổn thương dưới dạng tổ chức đặc tăng âm | 1 | 2,8 |
| Tổn thương dưới dạng tổ chức | 20 | 55,6 |

| | | |
|--|--------------|------|
| đặc giảm âm | | |
| Tổn thương dưới dạng tổ chức đặc hỗn hợp | 15 | 41,7 |
| Kích thước dọc | 34,7±13,4 mm | |
| Kích thước ngang | 52,1±16,4 mm | |
| Vị trí ung thư | | |
| Bể thận | 17 | 47,2 |
| Niệu quản | 9 | 25,0 |
| Bể thận và niệu quản | 10 | 27,8 |
| Các tổn thương khác | | |
| Sỏi đường tiết niệu trên | 5 | 13,9 |
| Giãn đường tiết niệu ở trên tổn thương | 13 | 36,1 |
| Hạch bạch huyết vùng to | 1 | 2,8 |
| Tổn thương thứ phát | 1 | 2,8 |

Tất cả 36 bệnh nhân đều được siêu âm hệ tiết niệu, trong đó, phần lớn các tổn thương dưới dạng tổ chức đặc giảm âm và hỗn hợp âm chiếm tỉ lệ lần lượt là 55,6% và 41,7%. Tỉ lệ tổn thương dưới dạng tổ chức đặc tăng âm chiếm 2,8%. Không có bệnh nhân nào phát hiện tổn thương dưới dạng tổ chức đặc đồng âm.

Ngoài bệnh chính là ung thư đường bài xuất, có 5 BN (chiếm 13,9%) còn được phát hiện sỏi tiết niệu trên siêu âm và 13 BN (chiếm 36,1%) giãn đường tiết niệu ở trên tổn thương. Siêu âm phát hiện 1 BN (chiếm 2,8%) có một số hạch to nghi ngờ dọc đường đi của đường bài xuất.

Bảng 2. Độ mô học của khối ung thư

| Độ mô học của khối ung thư | n | % |
|----------------------------|-----------|--------------|
| G1 | 5 | 13,9 |
| G2 | 25 | 69,4 |
| G3 | 6 | 16,7 |
| Tổng | 36 | 100,0 |

Hầu hết các bệnh nhân (25 bệnh nhân, chiếm 69,4%) có khối UTĐBX với tế bào ung thư xâm nhập ở độ mô học G2, có 6 bệnh nhân (chiếm 16,7%) có tế bào ung thư ở độ mô học G3. Còn lại có 5 bệnh nhân (13,9%) có có tế bào ung thư ở độ mô học G1.

Bảng 3. Xử trí các tổn thương

| Phẫu thuật | n | % |
|----------------------------|----|------|
| Cắt thận niệu quản toàn bộ | 34 | 94,4 |
| Cắt thận đơn thuần | 2 | 5,6 |
| Cắt đoạn niệu quản | 1 | 2,8 |
| Nạo vét hạch | 6 | 16,7 |

94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, Có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Tỉ lệ bệnh nhân được nạo vét hạch chiếm 16,7%.

Thời gian trung bình của phẫu thuật: 104,1 ±27,6 phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 180 phút. Thời gian trung bình điều trị ổn định sau mổ là 8,0 ± 1,8 ngày, ngắn nhất là 5 ngày,

dài nhất là 13 ngày.

Bảng 4. Kết quả về sống thêm và nguyên nhân tử vong

| Sống thêm | | n | % |
|---------------------|-----------------------------------|----|------|
| Còn sống | | 33 | 91,7 |
| Đã chết | | 3 | 8,3 |
| Nguyên nhân tử vong | Do bệnh | 2 | 5,6% |
| | Do tuổi già hoặc nguyên nhân khác | 1 | 2,7% |

Trong số 36 BN sau mổ còn liên lạc được, số bệnh nhân đã chết là 3/36 trường hợp (chiếm 8,3%), có 2/3 bệnh nhân tử vong do bệnh. Số bệnh nhân còn sống là 33 BN, chiếm 91,7%. Có 2/26 bệnh nhân có tái phát tại bàng quang. Đã được xử trí cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản trái ra da. Không phát hiện bệnh nhân nào có dấu hiệu di căn khối u.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm tuổi gặp UTĐBX tiết niệu trên nhiều nhất là từ 40 đến 60 tuổi, chiếm 52,78%. Nhóm tuổi dưới 40 mắc bệnh vào khoảng 22,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cao hơn các nghiên cứu khác. UTĐBX đường tiết niệu trên gặp ở nam giới nhiều hơn ở nữ giới. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy nam/nữ giới khoảng 1/1,23 lần. Còn trong một số nghiên cứu khác, nam giới nhiều hơn nữ giới từ 3 đến 4 lần. Tuy nhiên, hiện nay số UTĐBX đường tiết niệu trên ghi nhận ở nữ giới ngày càng tăng, một phần được giải thích là do xu hướng hút thuốc lá ở nữ giới đang gia tăng.

Đau thắt lưng và đái máu là triệu chứng thường gặp nhất của ung thư đường bài xuất tiết niệu trên, chiếm tỷ lệ lần lượt là 94,4% và 80,6% trong nghiên cứu của chúng tôi. Nguyên nhân ung thư gây chèn ép gây giãn đường bài xuất phía trên hoặc u căng to đè ép vào bể thận, bao thận, hoặc bệnh nhân có sỏi thận-niệu quản kết hợp. Đái máu là triệu chứng khiến bệnh nhân phải đi khám sớm, là triệu chứng thường gặp nhất trong chẩn đoán bệnh UTĐBX tiết niệu trên (chiếm từ 70-80% các trường hợp). Đái máu có thể diễn tiến với tính chất khởi phát tự nhiên, từng đợt, đái máu vi thể hoặc đại thể, nhưng thường là đái máu toàn bãi. Bệnh nhân thường đau âm ỉ vùng thắt lưng do khối ung thư làm tắc dẫn đường niệu ở ngang mức với tổn thương, gây giãn dẫn đường bài xuất phía trên. Khối ung thư lan rộng, thâm nhập tại chỗ thường gây ra đau vùng thắt lưng không điển hình: BN có cảm giác nặng nề, tức tức vùng thắt lưng hoặc vùng mạng sườn. Khi khối ung thư tiến triển di

căn, triệu chứng đau thay đổi tùy thuộc vào cơ quan bị di căn tới (là gan, phổi hay là xương...). Kết quả này cao hơn so với một số nghiên cứu khác, như trong nghiên cứu của Rouprêt M. cho biết đau vùng thắt lưng gặp từ 20 đến 40% tùy theo từng thống kê. Tỷ lệ BN đau vùng thắt lưng cao được giải thích một phần do tỷ lệ UTĐBX đường tiết niệu trên kết hợp với sỏi đường tiết niệu trong nghiên cứu này là cao (19,4%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết các bệnh nhân đều có các dấu hiệu bất thường trên siêu âm, mà có nghi ngờ ung thư đường bài xuất. Trong 36 bệnh nhân nghiên cứu, siêu âm ghi nhận được 42 trường hợp có khối trong lòng đường bài xuất, với kích thước trung bình là $34,7 \pm 13,4$ mm (kích thước dọc). Siêu âm có thể phát hiện được các trường hợp UTĐBX. Tuy nhiên, theo Scolieri MJ, Wong JJ, cho rằng siêu âm chỉ phát hiện được 25% các trường hợp do khó khăn là ở giai đoạn sớm thận chưa ứ nước nên khó phát hiện. Nguyên nhân có thể giải thích được là ở Việt Nam do bệnh nhân đến muộn, u có kích thước tương đối lớn, bí tắc lâu ngày là điều kiện thuận lợi cho siêu âm chẩn đoán. Ngoài bệnh chính là ung thư đường bài xuất, có 5 BN (chiếm 13,9%) còn được phát hiện sỏi tiết niệu trên siêu âm và 13 BN (chiếm 36,1%) giãn đường tiết niệu ở trên tổn thương. Siêu âm phát hiện 1 BN (chiếm 2,8%) có một số hạch to nghi ngờ dọc đường đi của đường bài xuất.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Theo khuyến cáo của Hội tiết niệu châu Âu, các bệnh nhân được chẩn đoán u đường bài xuất tiết niệu trên cần được cắt thận niệu quản toàn bộ để làm giảm nguy cơ tái phát trên đường tiết niệu cũng như tái phát tại chỗ và kéo dài thời gian sống thêm sau mổ. Trong nghiên cứu này của chúng tôi 94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân được nạo vét hạch chiếm 16,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân được nạo vét hạch chiếm 16,7%. Các cơ quan bị khối ung thư thâm nhập cũng được phẫu tích và cắt bỏ, như cắt bàng quang toàn bộ (2 trường hợp), cắt bàng quang bán phần (1 trường hợp), cắt tuyến thượng thận (1 trường hợp), cắt tử cung (1 trường hợp) và lấy huyết khối tĩnh mạch thận (4 trường hợp). Mô liên kết ở xung quanh niệu quản và ở xung quanh thận cũng như các cơ thắt lưng chậu, bị khối ung thư thâm nhập, cũng

được cắt bỏ. Có 6/36 (16,7%) bệnh nhân được nạo vét hạch tiêu chuẩn trong ung thư, bao gồm hạch rốn thận, dọc niệu quản và hạch chậu. Nạo vét hạch kết hợp với cắt thận niệu quản toàn bộ không có bằng chứng về lợi ích điều trị, nó chỉ có ý nghĩa tiên lượng (vì cho phép phân loại tổn thương một cách tốt nhất), nhưng phạm vi nạo vét hạch vẫn chưa xác định một cách chắc chắn. Nạo vét hạch trong các giai đoạn N1, N2, N3 cho phép làm giảm khối lượng của tổ chức ung thư và phát hiện sự di căn ở mức độ vi thể, để có kế hoạch điều trị hỗ trợ cho BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào được điều trị ngoại khoa bảo tồn do BN đến bệnh viện muộn, được chẩn đoán khi kích thước khối ung thư đã lớn trên 1cm.

Tái phát ở bàng quang sau mổ là một yếu tố tiên lượng xấu. Ngay cả khi được cắt bỏ khối ung thư tái phát hoặc cắt bỏ bàng quang toàn bộ, 75% số bệnh nhân sẽ có tái phát mới về sau, với bệnh cảnh nhiều khối ung thư tiến triển và độ mô học của khối ung thư cao hơn trước. Hậu quả là hơn 1/3 số bệnh nhân đó sẽ tử vong sau phẫu thuật và tỷ lệ tử vong đối với các BN có tái phát ở đường tiết niệu nói chung, cũng như có tái phát ở BQ nói riêng lên đến 44%.

Nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện bệnh nhân nào có dấu hiệu di căn khối u. Tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với một số nghiên cứu khác trên thế giới, như trong nghiên cứu của Mazeman E, năm 1972, trên 839 BN bị ung thư biểu mô nguyên phát đường tiết niệu trên, được phẫu thuật, tỷ lệ di căn xa là 17%. Tỷ lệ di căn xa trong nghiên cứu này thấp một phần được cho là do: trong 91,7% BN còn sống. Có 13,9% số BN xác nhận đã khám lại tại các bệnh viện khác. Trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu, có tới 2 bệnh nhân (5,6%) không liên lạc lại được để đánh giá sau mổ, do vậy không được chụp cắt lớp vi tính hệ tiết niệu 64 dãy để phát hiện di căn xa, nên trong một số trường hợp, có thể đã bị di căn hạch và di căn tạng mà vẫn chưa được chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 36 trường hợp ung thư đường bài xuất tiết niệu trên được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Hà Giang từ 2015 đến 2020 cho thấy UTĐBX tiết niệu trên gặp chủ yếu ở nhóm tuổi từ 40-60, tuổi trung bình: $50,47 \pm 15,29$ tuổi; triệu chứng lâm sàng chủ yếu khiến bệnh nhân đi khám bệnh chủ yếu là đau thắt lưng (94,4%), đái máu (80,6%). Phần lớn các tổn thương dưới dạng tổ chức đặc giảm âm và hỗn hợp âm chiếm tỷ lệ lần lượt là

55,6% và 41,7%. Kích thước dọc trung bình của khối u trên siêu âm là $34,7 \pm 13,4$ mm. 94,4% BN được cắt thận niệu quản toàn bộ, có 2 BN được cắt thận đơn thuần, 1 BN được cắt đoạn niệu quản đơn thuần. Thời gian trung bình của phẫu thuật là $104,1 \pm 27,6$ phút, ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 180 phút. Chỉ có 1 bệnh nhân bị nhiễm khuẩn vết mổ sau phẫu thuật chiếm 2,8%. Trong số 36 BN sau mổ còn 34 BN liên lạc được, số bệnh nhân đã chết là 3/36 trường hợp (chiếm 8,3%). Số bệnh nhân còn sống là 33 BN, chiếm 91,7%. Có 2/26 bệnh nhân có tái phát tại bàng quang. Đã được xử trí cắt toàn bộ bàng quang đưa niệu quản trái ra da. Không phát hiện bệnh nhân nào có dấu hiệu di căn khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Triều (2007). Bệnh học tiết niệu, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Chiche R, Boccon - Gibod L, Dalian D, et al (1982). Upper tract urothelial tumors: diagnostic efficiency of radiology and urinary cytology. J Urol, 8(3), 145.
3. Lê Ngọc Từ, Nguyễn Thế Trường, Nguyễn Hữu Triều (2001). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và điều trị phẫu thuật ung thư bể thận, Tóm tắt báo cáo Hội nghị khoa học của nghiên cứu sinh, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Mazeman E. (1972), "Les tumeurs de la voie excrétrice urinaire supérieure: Calices, bassinet, uretère", Rapport de I'A.F.U., 66^e session, Masson, Paris.
5. Nguyễn Phương Hồng, Nguyễn Quang, Nguyễn Phúc Cường và Nguyễn Sỹ Lành (2003). Chẩn đoán và xử trí UTBM đường tiết niệu trên (nhân 25 trường hợp), Ngoại khoa, 53, 4, 18-24.
6. Nguyễn Phương Hồng (2016). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô nguyên phát đường tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Văn Long (2018). Đánh giá kết quả phẫu thuật ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
8. Nguyễn Duy Trí Dũng. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị ung thư đường bài xuất tiết niệu trên tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội; 2020.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THEO PHÂN LOẠI CAD - RADS

Trần Minh Hoàng¹, Trương Thị Phương Thảo¹, Nguyễn Bá Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch vành trên bệnh nhân đái tháo đường bằng cắt lớp vi tính theo phân loại CAD-RADS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 67 bệnh nhân đái tháo đường được chụp cắt lớp vi tính mạch vành tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc bệnh mạch vành là 71,6%. Trong đó bệnh nhân tổn thương hẹp nhiều nhánh động mạch vành chiếm ưu thế hơn so với tổn thương hẹp một nhánh động mạch vành; hẹp động mạch liên thất trước (LAD) phổ biến nhất; mức độ hẹp < 50% (CAD - RADS < 3) có tỷ lệ tương đương mức độ hẹp ≥ 50% (CAD - RADS ≥ 3). Màng xơ vữa vôi hoá chiếm đa số (58,3%). Nhóm mắc đái tháo đường ≥ 10 năm có mức độ hẹp theo phân loại CAD - RADS nặng hơn, cũng như tỷ lệ tổn thương

hiều nhánh và điểm vôi hoá mạch vành cao hơn so với nhóm mắc đái tháo đường < 10 năm. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy vai trò quan trọng của thời gian mắc bệnh đái tháo đường đối với việc phát hiện mức độ hẹp và nguy cơ mắc bệnh mạch vành, đồng thời gợi ý tiềm năng của việc đánh giá bệnh mạch vành bằng chụp cắt lớp vi tính trên những bệnh nhân mắc đái tháo đường lâu năm.

Từ khóa: CAD - RADS, Đái tháo đường, Cắt lớp vi tính động mạch vành.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS BY COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIABETES PATIENTS ACCORDING TO CAD - RADS CLASSIFICATION

Objectives: To study the characteristics of coronary artery lesions in diabetes patients by computerized tomography according to CAD-RADS classification. **Subjects and methods:** A retrospective, descriptive cross-sectional study performed on 67 diabetic patients undergoing coronary computed tomography angiography at the University Medicine Center in Ho Chi Minh City from January, 2017 to December, 2021. **Result:** The rate of coronary heart disease is 71.6%. In which, patients

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Hoàng

Email: drtranminhhoang@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 9.8.2023