

4,7%; tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân lần lượt là 14% và 6,2%, những khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê.

Hạn chế của các nghiên cứu trên là thiết kế nghiên cứu hồi cứu, phương pháp điều trị được lựa chọn không phải ngẫu nhiên. Mặc dù các tác giả đã sử dụng cách ghép điểm xu hướng nhằm làm giảm sự khác biệt giữa các nhóm, yếu tố nhiễu có thể không được loại trừ hoàn toàn. Ngoài ra cỡ mẫu nhỏ, số lượng biến cố ít dẫn đến khoảng tin cậy rộng và hạn chế ý nghĩa của kết quả nghiên cứu.

Nhìn chung, phẫu thuật là phương pháp hiệu quả để lấy bỏ huyết khối trong buồng tim và nhánh lớn động mạch phổi ở BN có huyết động ổn định. Hạn chế là cần sử dụng tim phổi nhân tạo, yêu cầu kỹ thuật viên có kinh nghiệm, thời gian chuẩn bị và thời gian phẫu thuật kéo dài có thể làm giảm hiệu quả. Tiêu huyết khối có ưu điểm sử dụng nhanh trong trường hợp cấp cứu, hiệu quả làm tiêu cục máu đông ở nhiều vị trí (buồng tim, động mạch phổi, tĩnh mạch sâu); hạn chế là có thể gặp biến chứng chảy máu, nếu thất bại sẽ làm trì hoãn phẫu thuật. Điều trị bằng thuốc chống đông đơn thuần dường như không cho thấy kết quả ưu việt. Tuy nhiên, có thể cân nhắc trong trường hợp BN lớn tuổi, thể trạng kém, nhiều bệnh đồng mắc hoặc nguy cơ chảy máu cao.

## V. KẾT LUẬN

Huyết khối trong buồng tim phải là bệnh lý nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao liên quan đến biến chứng nhồi máu phổi. Các bằng chứng hiện tại chủ yếu dựa vào báo cáo ca bệnh và các nghiên cứu hồi cứu. Điều trị nền tảng là thuốc chống đông máu. Hội chẩn đa chuyên khoa đóng vai

trò quan trọng nhằm cá thể hóa chỉ định tiêu sợi huyết và phẫu thuật lấy huyết khối.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rose PS, Puniabi NM, Pearse DB.** Treatment of right heart thromboemboli. *Chest.* 2002; 121(3):806–14.
2. **Ferrari E, Benhamou M, Berthier F, et al.** Mobile thrombi of the right heart in pulmonary embolism: Delayed disappearance after thrombolytic therapy. *Chest.* 2005;121:1051–3.
3. **Kearon C, Akl EA, Ornelas J, et al.** Antithrombotic therapy for VTE disease: CHEST guideline and expert panel report. *Chest.* 2016;149(2):315–52
4. **Koc M, Kostrubiec M, Elikowski W, et al.** The Right Heart Thrombi European Registry. *Eur Respir J.* 2016;47(3):869–75.
5. **Anderson FA and Spencer FA.** Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation.* 2003. 107: p. I9 -I16.
6. **Keizer MBAJ, den Heijer M, and Blom HJ.** Interaction between hyperhomocysteinemia, mutated methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) and inherited thrombophilic factor in recurrent venous thrombosis. *Thromb Haemost.* 2002. 88: p. 723.
7. **Dille A, Austin H, and Hooper WC.** Prevalence of the prothrombin 20210 G-to-A variant in blacks: Infants, patients with venous thrombosis, patients with myocardial infarction, and control subjects. *J Lab Clin Med.* 1998. 132: p. 452.
8. **Kronik G.** The European cooperative study on the clinical significance of right heart thrombi. *Eur Heart J.* 1989;10(12):1046–59.
9. **Tsana BKT, Platts DG, Javorsky G, Brown MR.** Right ventricular thrombus detection and multimodality imaging using contrast echocardiography and cardiac magnetic resonance imaging. *Heart Lung Circ* 2012;21:185–188.
10. **Barbaqallo M, Naef D, Köpfl P, Hufschmid U, Niemann T, Gebker R, Beer JH, Hireche-Chiakoui H.** Right ventricular thrombus, a challenge in imaging diagnostics: a case series. *Eur Heart J Case Rep.* 2021 Aug 25;5(9).

# ĐÁNH GIÁ AN TOÀN PHẪU THUẬT NỘI SOI CÓ ROBOT HỖ TRỢ CẮT BÀNG QUANG TẬN GỐC TẠO HÌNH BÀNG QUANG TRỰC VỊ

Phạm Hữu Đoàn<sup>1,2</sup>, Vũ Lê Chuyên<sup>3</sup>, Đỗ Vũ Phương<sup>1</sup>,  
Dương Đăng Hiếu<sup>2</sup>, Nguyễn Hoàng Nam<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Bình Dân, TPHCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Tâm Anh, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Đoàn

Email: 20.05.104.01@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình trực vị là một phẫu thuật phức tạp, ảnh hưởng không chỉ đến hệ thống tiết niệu sinh dục mà còn đến hệ thống tiêu hóa. Chúng tôi muốn áp dụng các tiêu chuẩn của thang điểm Clayien – Dindo (CDC) để đánh giá tính an toàn của phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc và tạo hình trực vị bằng hồi tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành theo dõi các người bệnh đã thực hiện phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị bằng phẫu thuật nội

soi có robot hỗ trợ trong khoảng thời gian từ tháng 11/2020 đến tháng 10/2022 tại bệnh viện Bình Dân. Chúng tôi ghi nhận các biến chứng xảy ra trong vòng 90 ngày sau phẫu thuật và phân loại chúng theo hệ thống CDC. **Kết quả:** Trong tổng số 48 người bệnh, chúng tôi ghi nhận tổng cộng 52 biến chứng sau phẫu thuật, xuất hiện ở 23 người bệnh (47,9%). Trong số này, có 9 trường hợp biến chứng nặng (đạt mức  $\geq 3$  theo tiêu chuẩn CDC) xảy ra trên 8 người bệnh (16,6%). Các biến chứng phổ biến bao gồm: 21 trường hợp nhiễm khuẩn đường tiết niệu (43,8%), 5 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (10,4%) và 12 trường hợp liệt ruột kéo dài (25,0%). Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận 3 trường hợp hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo (6,25%), 2 trường hợp rò bàng quang tân tạo (4,17%), và 1 trường hợp tắc ruột non (2,08%). Lượng máu mất trung bình là 335,6ml, thời gian phẫu thuật trung bình là 378 phút, và thời gian nằm viện trung bình là 6,4 ngày. **Kết luận:** Phần lớn các biến chứng sau phẫu thuật đều là biến chứng nhẹ theo CDC. Tuy nhiên, với tất cả các người bệnh đã thực hiện tạo hình bàng quang trực vị bằng ruột, chúng tôi khuyến nghị cần theo dõi sát, phát hiện sớm và xử lý kịp thời các biến chứng.

**Từ khóa:** cắt bàng quang tận gốc có rô bốt hỗ trợ, biến chứng sau mổ, bàng quang tân tạo.

## SUMMARY

### COMPLICATION OF ROBOT-ASSISTED RADICALCYSECTOMY WITH ORTHOTOPIC NEOBLADDER RECONSTRUCTION

**Introduction:** Radical cystectomy with orthotopic neobladder reconstruction is a highly intricate surgical procedure, impacting both the urogenital and gastrointestinal systems. We conducted a prospective assessment of 90-day postoperative mortality and morbidity following robot-assisted radical cystectomy (RARC) using a standardized reporting approach (Clavien–Dindo classification). **Methods:** Our prospective analysis involved patients undergoing robot-assisted radical cystectomy with orthotopic neobladder reconstruction between November 2020 and October 2022 at Binh Dan Hospital. Postoperative complications within the 90-day period were meticulously documented and categorized based on the modified Clavien–Dindo classification. **Results:** Among the 48 patients studied, 52 postoperative complications were detected in 23 patients (47.9%). Of these incidents, 9 (17.3%) were categorized as high grade (Grade III or above) and manifested in 8 patients (16.6%). Common complications included urinary tract infections (43.8%), wound complications (10.4%), and paralytic ileus (25.0%). Furthermore, 3 out of 48 patients (6.25%) undergoing intestinal urinary diversion developed ureteroenteric stricture, 2 cases (4.17%) resulted in intestinal neobladder fistula, and 1 case (2.08%) presented gastrointestinal-bowel obstruction. The mean intraoperative blood loss was 335.6ml, mean operative time was 378 minutes, and mean hospital stay was 6.4 days. **Conclusions:** Most complications after surgery are low grade. However, for all patients who have undergone orthotopic neobladder reconstruction, we recommend closed

monitoring, early detection of complications and timely treatment.

**Keywords:** robot-assisted radical cystectomy, postoperative complication, orthotopic neobladder.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư bàng quang thường là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trong hệ thống đường tiết niệu [1]. Trên toàn cầu, đây là loại ung thư thứ hai phổ biến nhất trong hệ thống đường tiết niệu, với tỷ lệ mới mắc khoảng 10,1 trên 100.000 nam giới và 2,5 trên 100.000 phụ nữ [5]. Ung thư bàng quang là một mối đe dọa của sức khỏe toàn cầu, với hơn 30.000 trường hợp tử vong mỗi năm.

Phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc là một trong những phương pháp điều trị tiêu chuẩn trong ung thư bàng quang xâm lấn cơ. Tuy nhiên, đây là một phẫu thuật phức tạp, thời gian phẫu thuật kéo dài, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Mặc dù mổ mở truyền thống kiểm soát tốt về mặt điều trị ung thư, nhưng cũng gặp nhiều hạn chế như mất máu trong mổ, đau sau mổ, thời gian nằm viện kéo dài... Trong thời gian gần đây, các phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn đã trở nên phổ biến hơn và được thực hiện ngày càng nhiều trên thế giới, mang lại kết quả ngày càng khả quan. Đặc biệt phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc (RARC) đang trở thành một lựa chọn phổ biến, được chứng minh tính khả thi thông qua nhiều nghiên cứu gần đây. Phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc với sự hỗ trợ của robot thường được thực hiện tại các trung tâm y tế lớn trên thế giới, gần đây chiếm 25% số lượng ca mổ cắt bàng quang [6].

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 đến điều trị vì ung thư bàng quang hằng năm khá lớn. Bệnh viện Bình Dân bắt đầu triển khai phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc để điều trị người bệnh ung thư bàng quang từ năm 2017[2]. Những năm gần đây, phương pháp mô tả, phân loại và xử lý tai biến biến chứng trong ngoại khoa nói chung dần dần được thống nhất, trong đó hệ thống phân loại của Clavien-Dindo được sử dụng phổ biến nhất. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tính an toàn quanh phẫu thuật của người bệnh sau phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt

bằng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị trên người bệnh ung thư bàng quang tại bệnh viện Bình Dân.

**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 nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng tại bệnh viện Bình Dân.

Thời gian nghiên cứu từ 11/2020 đến tháng 10/2022.

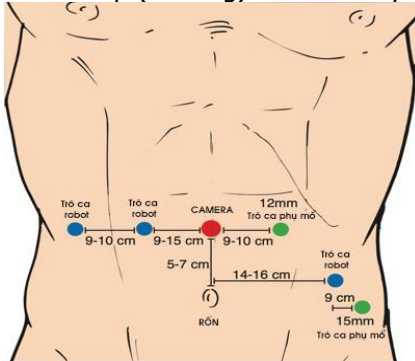
**Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả hàng loạt trường hợp.

**Cách tiến hành nghiên cứu:** Thu thập thông tin hành chánh người bệnh: năm sinh, giới tính, chỉ số khối cơ thể BMI, bệnh lý kèm theo. Đặc điểm tiền phẫu: tiền sử, tổng trạng người bệnh (điểm số ASA), các khảo sát hình ảnh học như chụp cắt lớp điện toán (CT- scan) bụng chậu hoặc chụp cộng hưởng từ (MRI) bụng chậu để đánh giá giai đoạn bướu, kết quả soi bàng quang, giải phẫu bệnh, dung tích hồng cầu (hemoglobin). Các chỉ số trong quá trình phẫu thuật: lượng máu mất, số lượng hạch nạo được, thời gian phẫu thuật. Các đặc điểm hậu phẫu: thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ, tử vong.

Quy trình phẫu thuật nội soi cắt bàng quang tận gốc tạo hình bàng quang trực vị có hỗ trợ rô bốt:

Tiến hành lắp (docking) các cánh tay rô bốt.



**Hình 1: Phân bố vị trí trocar**

Ở nữ: cắt bàng quang, một phần phúc mạc chậu, niệu đạo gần, tử cung, dây chằng rộng, 1/3 trên âm đạo. Ở nam: cắt bàng quang, một phần phúc mạc chậu, tuyến tiền liệt, túi tinh.

Sau phẫu thuật cắt bàng quang: tiến hành nạo hạch chậu tiêu chuẩn, chuyển lưu nước tiểu lựa chọn bàng quang tân tạo trực vị bằng hồi tràng.

Sử dụng bảng phân loại tai biến biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc.

**Bảng 1: Phân độ tai biến-biến chứng theo Clavien-Dindo cho phẫu thuật cắt toàn bộ bàng quang**

Phân độ	Mô tả
I	Biến chứng trong quá trình hậu phẫu không cần phải điều trị thực thụ, chỉ cần điều trị triệu chứng (tổn thương thần kinh sinh dục đui, chậm liền vết thương, liệt ruột cơ năng)
II	Biến chứng trong quá trình hậu phẫu phải điều trị nội khoa hoặc truyền máu (viêm phổi, rò tiết niệu điều trị nội khoa bảo tồn, mất máu phải truyền máu, nuôi dưỡng hoàn toàn đường tĩnh mạch)
III	Biến chứng trong quá trình hậu phẫu phải điều trị ngoại khoa, nội soi hoặc can thiệp mạch: Loại IIIa: Can thiệp không đòi hỏi gây mê toàn thân (tụ dịch/ áp xe, điều trị bằng chọc dẫn lưu qua siêu âm, tổn thương niệu quản đặt stent xuôi dòng) Loại IIIb: Can thiệp phải gây mê toàn thân (hẹp các miệng nối phải mổ lại, tổn thương trực tràng, tắc ruột non phải can thiệp ngoại khoa)
IV	Biến chứng gây nguy hiểm đến tính mạng (bao gồm biến chứng thần kinh), đòi hỏi điều trị tích cực: Loại IVa: Suy một tạng, tính cả suy thận phải lọc máu Loại IVb: Suy đa tạng
V	Tử vong

**Xử lý số liệu.** Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm R.3.6.1

**Y đức.** Nghiên cứu được thông qua của Hội đồng đạo đức bệnh viện Bình Dân.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu này bao gồm 48 người bệnh mắc ung thư bàng quang, trong đó có 43 nam (chiếm 89,6%), với độ tuổi trung bình là 61,2 ± 9,3 tuổi. Tỷ lệ người bệnh có chỉ số ASA 1-2-3 lần lượt là 52% - 41,7% - 6,3%. Trước khi phẫu thuật, mức hemoglobin trung bình là 13,2 ± 1,7. Có 6 người bệnh (12,5%) đã được hóa trị tân hỗ trợ trước mổ. Phần lớn người bệnh trong nghiên cứu này có ung thư ở giai đoạn T3 (chiếm 39,6%, n=19), và 13 trường hợp (27%) được xác định có di căn hạch. Trung bình, lượng máu mất trong quá trình mổ là 335,6 ± 153ml, thời gian phẫu thuật là 378 ± 201. phút, và thời gian nằm viện sau phẫu thuật là 6,4 ± 2,5 ngày (từ 5 đến 20 ngày).

**Bảng 2. Đặc điểm người bệnh trước và trong mổ**

Biến số	Giá trị
<b>Tuổi</b>	61,2 ± 9,3
<b>Giới tính, n (%)</b> : Nam	43 (89,6)
Nữ	5 (10,4)
<b>BMI, n (%)</b> : <18.5	2 (4,2)
18.5–22.9	21 (43,8)
23.0–24.9	20 (41,6)
≥25.0	5 (10,4)
<b>Hemoglobin trước mổ</b>	13,2 ± 1,7
<b>Chỉ số ASA, n (%)</b> : 1	25 (52,0)
2	20 (41,7)
3	3 (6,3)
<b>Giai đoạn bướu, n (%)</b> : T1	2 (4,2)
T2	17 (35,4)
T3	19 (39,6)
T4	10 (20,8)
<b>Di căn hạch, n (%)</b>	13 (27,0)
<b>Lượng máu mất, ml</b>	335,6 ± 153
<b>Thời gian phẫu thuật, phút</b>	378 ± 201
<b>Thời gian nằm viện, ngày</b>	6,4 ± 2,5
<b>Diện cắt dương tính, n (%)</b>	2 (4,2)

Tổng cộng có 52 trường hợp biến chứng sau phẫu thuật được ghi nhận trên 23 người bệnh (chiếm 47,9%). Trong số đó, có 9 trường hợp (30,0%) được phân loại là biến chứng nặng (mức ≥ 3 theo tiêu chuẩn CDC) xảy ra trên 8

người bệnh (16,6%). Nhiễm khuẩn đường tiết niệu, nhiễm trùng vết mổ, và liệt ruột kéo dài là những biến chứng phổ biến nhất, xảy ra lần lượt trên 21 người bệnh (43,8%), 5 người bệnh (10,4%), và 12 người bệnh (25,0%) người bệnh. Đáng chú ý, 9 người bệnh (18,75%) đã phải đối mặt với nhiều hơn một biến chứng.

Trong khoảng thời gian 90 ngày sau phẫu thuật, có tổng cộng 6 trường hợp phải tiến hành phẫu thuật lại do các biến chứng: 3 trường hợp (6,25%) hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo, 2 trường hợp (4,17%) rò bàng quang tân tạo, và 1 trường hợp (2,08%) tắc ruột non. Ngoài ra, có 2 trường hợp được đặt sonde double J do hẹp miệng nối niệu quản - bàng quang tân tạo, và 1 trường hợp suy thận cấp do hẹp niệu quản 2 bên cần thực hiện lọc máu và mở thận ra da.

Nghiên cứu không ghi nhận trường hợp tử vong nào liên quan đến phẫu thuật hoặc trong giai đoạn hậu phẫu. Nghiên cứu của chúng tôi không tìm thấy mối liên hệ giữa các yếu tố như giới tính, tuổi, chỉ số ASA, lượng máu mất, việc sử dụng hoá trị trước hoặc sau phẫu thuật, hoặc việc thực hiện hoá trị nội bàng quang với tần suất xuất hiện biến chứng sau mổ ( $p > 0,05$ ).

**Bảng 3. Bảng tổng hợp tai biến-biến chứng sớm theo Clavien-Dindo (n = 48)**

Phân độ	Tai biến-biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ % trên tổng số biến chứng	Tỷ lệ % trên tổng số người bệnh
<b>Độ I</b>	Nhiễm khuẩn niệu	21	40,4	43,8
	Nhiễm trùng vết mổ	5	9,6	10,4
	Liệt ruột kéo dài	12	23,1	25,0
<b>Độ II</b>	Bán tắc ruột	3	5,8	6,3
	Truyền khối hồng cầu	2	3,8	4,2
<b>Độ IIIa</b>	Hẹp niệu quản, đặt JJ	2	3,8	4,2
<b>Độ IIIb</b>	Hẹp miệng nối niệu quản - BQTT	3	5,8	6,3
	Rò BQTT	2	3,8	4,2
	Tắc ruột non, can thiệp ngoại khoa	1	1,9	2,1
<b>Độ IVa</b>	Suy thận do hẹp niệu quản 2 bên	1	1,9	2,1
	<b>Tổng số</b>	<b>52</b>	<b>100</b>	

#### IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị là một phẫu thuật phức tạp, không chỉ liên quan đến đường tiết niệu sinh dục mà còn liên quan đến cả đường tiêu hoá. Ngoài sự phức tạp này, người bệnh thường là người cao tuổi và có các bệnh lý nền đi kèm. Những nỗ lực chăm sóc sau mổ nhằm giảm thiểu tỷ lệ biến chứng và khôi phục chức năng sinh lý bình thường sau phẫu thuật của người bệnh nói chung và đường tiểu nói riêng.

Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới trước đây đã ghi nhận một phạm vi rộng lớn về tỉ

lệ biến chứng sau phẫu thuật nội soi cắt bàng quang có robot hỗ trợ. Al-Daghmin và đồng nghiệp (2014) báo cáo tỉ lệ biến chứng chung là 77%, trong đó có 58% là biến chứng nhẹ và 19% là biến chứng nặng [3]. Theo Yuh (2014), tỉ lệ biến chứng chung, biến chứng nhẹ và nặng lần lượt là 85%, 45%, 37%. Nazmy và đồng nghiệp (2014) cũng ghi nhận tỉ lệ biến chứng chung, biến chứng nhẹ và biến chứng nặng lần lượt là 77%, 45% và 32% [7]. Trong khi đó, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật cắt bàng quang có robot hỗ trợ thấp hơn đáng kể (47,9%). Tuy nhiên, tỷ

lệ biến chứng nhẹ (Clavien-Dindo độ 1 hoặc 2) và nặng (Clavien-Dindo  $\geq 3$ ) tương đương với các nghiên cứu trước đó, lần lượt là 39,6% và 16,6%

Rò rỉ nước tiểu là một biến chứng phổ biến sau phẫu thuật và yêu cầu sự chú ý đặc biệt trong phẫu thuật để phòng ngừa. Một thử nghiệm ngẫu nhiên có kiểm soát tiến cứu đã chỉ ra rằng việc sử dụng ống catheter khi cắm lại niệu quản vào bàng quang tân tạo có thể giảm tỷ lệ rò rỉ nước tiểu. Hầu hết các trường hợp rò rỉ nước tiểu có thể được điều trị bảo tồn hiệu quả, và trong một số trường hợp cần phải dẫn lưu qua da hoặc mổ thận ra da để chuyển lưu nước tiểu. Tuy nhiên, tỷ lệ rò rỉ nước tiểu trong tạo hình bàng quang trực vị có thể cao hơn các phương pháp chuyển lưu nước tiểu bằng ống hồi tràng do đường khâu dài hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp rò bàng quang tân tạo, cả hai trường hợp đều rò ở miệng nối bàng quang tân tạo và niệu đạo, và cả hai đều đã được phẫu thuật lại và cắt bỏ bàng quang tân tạo, sau đó mổ 2 niệu quản ra da.

Nhiễm trùng là biến chứng sau mổ phổ biến thứ hai. Một đợt ngăn thuốc kháng sinh dự phòng rộng rãi như cephalosporin thế hệ thứ hai bao phủ phổ các vi khuẩn trên da, hô hấp, tiết niệu và đường tiêu hóa được chỉ định thường quy để giảm tỷ lệ nhiễm trùng. Giảm đau đầy đủ, vật lý trị liệu hô hấp và vận động sớm có thể giúp giảm xẹp phổi và viêm phổi sau này.

Nhiễm khuẩn niệu là một biến chứng phổ biến sau phẫu thuật tạo hình bàng quang trực vị bằng ruột do dễ bị vi khuẩn xâm nhập vào các đoạn ruột được sử dụng để tạo hình bàng quang. Đến 78% trường hợp cấy nước tiểu của người bệnh sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc tạo hình trực vị đã cho kết quả dương tính với vi khuẩn. Tuy nhiên, hầu hết các người bệnh không có triệu chứng và không có dấu hiệu đáp ứng viêm. Mặc dù vậy, có 58% người bệnh có vi khuẩn niệu không triệu chứng có nguy cơ tiến triển thành nhiễm trùng tiểu có triệu chứng, và 18% có nguy cơ nhiễm trùng tiểu tái phát trong vòng 5 năm. Trong trường hợp không có triệu chứng nhiễm khuẩn tiết niệu, khuyến nghị không sử dụng kháng sinh để tránh tình trạng kháng thuốc, tuy nhiên, có thể sử dụng kháng sinh dự phòng cho những người có nguy cơ cao tái phát nhiễm khuẩn niệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ biến chứng nhiễm khuẩn niệu chiếm tỷ lệ cao nhất (40,4%) trong tổng số 52 trường hợp biến chứng.

Hai yếu tố chính gây suy giảm chức năng thận sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc tạo

hình trực vị là thận ứ nước do hẹp niệu quản và nhiễm trùng do ngược dòng bàng quang niệu quản. Nhiễm trùng do ngược dòng bàng quang niệu quản có thể gây suy giảm chức năng thận theo thời gian do áp lực cao của nước tiểu bị nhiễm trùng. Tuy nhiên, việc sử dụng kỹ thuật chống trào ngược trong tạo hình bàng quang trực vị bằng hồi tràng vẫn đang được tranh luận. Hầu hết các trường hợp hẹp niệu quản có thể điều trị nội soi bằng nong bóng, đặt stent hoặc phẫu thuật mở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 trường hợp hẹp niệu quản sau phẫu thuật, trong đó 2 trường hợp được điều trị nội soi đặt sonde JJ, 3 trường hợp cần can thiệp lại do không đặt được sonde JJ. Ngoài ra, có 1 trường hợp suy thận nặng trước thận phải lọc máu và mổ thận ra da 2 bên do hẹp niệu quản 2 bên.

Phần lớn các biến chứng ban đầu sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị là do hậu quả trực tiếp của phẫu thuật, bao gồm biến chứng tiêu hóa (29%), nhiễm trùng (25%), và các biến chứng liên quan đến vết thương (15%). Phân tích cho thấy tuổi, lịch sử phẫu thuật bụng hoặc chậu trước đó, chỉ số ASA  $>2$  và lượng máu mất ước tính là các yếu tố dự báo độc lập của các biến chứng nặng.

Nazmy và các cộng sự ghi nhận chỉ số ASA, hematocrit trước mổ có liên quan đến biến chứng sau RARC [7]. Nghiên cứu của Yuh thì chỉ ra tuổi, ASA, hematocrit trước mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ có thể dự đoán được biến chứng sau khi RARC [8]. Đáng chú ý, tác giả Chung (2019) xác nhận việc hoá trị nội bàng quang trước mổ (OR=3,374), hemoglobin trước mổ (OR=0,751), lượng máu mất (OR=3.949) là những tác nhân bất lợi dẫn đến biến chứng sau RARC [4]. Biết được những yếu tố có thể dẫn đến biến chứng sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc có robot hỗ trợ, phẫu thuật viên nên cẩn thận hơn với những người bệnh có tiền sử hoá trị nội bàng quang, việc nâng đỡ tổng trạng, hemoglobin trước mổ, kiểm soát chảy máu trong mổ là vô cùng cần thiết để giảm tỉ lệ biến chứng sau RARC.

Tuy nhiên, nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy yếu tố về giới, chỉ số ASA không có liên quan đến xác suất xảy ra biến chứng sau mổ; việc tạo hình bàng quang trực vị trên người bệnh trên 70 tuổi cho thấy xác suất xuất hiện biến chứng cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi cho rằng cần tiếp tục theo dõi với số người bệnh nhiều hơn để có những số liệu có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu này là một bước tiến quan trọng

trong việc tìm hiểu rõ hơn về các biến chứng sau phẫu thuật cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị. Kết quả của nghiên cứu không chỉ cung cấp những thông tin cần thiết cho việc quản lý và chăm sóc người bệnh mà còn đặt nền móng cho những nghiên cứu và phát triển tiếp theo trong lĩnh vực này, giúp cải thiện chiến lược điều trị và dẫn đến kết quả lâm sàng tốt hơn.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị là một quy trình phức tạp, có tỉ lệ biến chứng cao. Các biến chứng nặng có thể phát sinh không chỉ ở mặt toàn thân (như về thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hoá...) mà còn tại chỗ (như nhiễm khuẩn, rò tiết niệu...), như được ghi nhận trong các nghiên cứu gần đây. Một số yếu tố có thể tăng nguy cơ biến chứng bao gồm chỉ số ASA trước mổ, tuổi cao và kỹ thuật tạo hình bàng quang. Do đó, việc theo dõi sát, phát hiện sớm và điều trị kịp thời các biến chứng sau phẫu thuật nội soi có robot hỗ trợ cắt bàng quang tận gốc và tạo hình bàng quang trực vị là cần thiết.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Lê Chuyên, Đào Quang Oánh (2012) "Đại

cương về ung thư bàng quang". Phẫu thuật cắt bàng quang.

2. Nguyễn Phúc Cẩm Hoàng, Trần Vĩnh Hưng, Đỗ Vũ Phương, Văn Thành Trung (2017) "Phẫu thuật robot cắt bàng quang tận gốc, tạo hình bàng quang bằng hồi tràng nối thẳng: báo cáo một trường hợp đầu tiên", Tạp chí Y Dược học, Số đặc biệt tháng 8 - 2017, 217-233.
3. Al-Daghmin A, Aboumohamed A, Din R, et al. (2014). "Readmission after robot-assisted radical cystectomy: outcomes and predictors at 90-day follow-up". *Urology*, 83(2):350-356.
4. Chung U, Minyong K, et al. (2019) "Predictors of postoperative complications after robot-assisted radical cystectomy with extracorporeal urinary diversion". *Cancer Management and Research*, 11, 5055-5063.
5. Garcia M, Jemal A., Ward E. (2007) "Global Cancer Facts and Figs 2007", American Cancer Society, 24(6), 125-128.
6. Konety B. R, Carroll P. R. (2013) "Urothelial Carcinoma: Cancers of the Bladder, Ureter, & Renal Pelvis", Smith & Tanagho's General Urology, McAninch J. W., 18 th ed, The McGraw-Hill Companies, 310-325.
7. Nazmy M, Yuh B, Kawachi M, et al. (2014) "Early and late complications of robot-assisted radical cystectomy: a standardized analysis by urinary diversion type". *J Urol*. 191(3).
8. Yuh B, Torrey RR, Ruel NH, et al. (2014) "Intermediate-term oncologic outcomes of robot-assisted radical cystectomy for urothelial carcinoma." *J Endourol*. 28(8):939-945.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ TÌNH HÌNH MẮC MỘT SỐ BỆNH LIÊN QUAN DINH DƯỠNG CỦA TRẺ DƯỚI 5 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI VIỆN DINH DƯỠNG NĂM 2023

Phan Bích Nga<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hằng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Lương Hạnh<sup>1</sup>, Lê Việt Anh<sup>2</sup>, Trương Phan Hồng Hà<sup>2</sup>, Trần Minh Quân<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, tình hình mắc một số bệnh liên quan đến dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 đến khám tại Khoa khám tư vấn dinh dưỡng trẻ em – Viện Dinh Dưỡng (KKTVDĐTE-VDD) năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 960 trẻ 0-59 tháng tuổi đến khám tại KKTVDĐTE-VDD năm 2023 và bà mẹ của trẻ. **Kết quả:** (1) Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng (SDD) các thể nhẹ cân, thấp còi và gầy còm của trẻ em dưới 5 tuổi đến khám tại KKTVDĐTE-VDD năm 2023 lần lượt là 29,8%,

30,0 % và 14,3%. Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì là 1,8%. (2) Tình trạng bệnh lý liên quan đến dinh dưỡng của trẻ đến khám tập trung vào các tình trạng như Hội chứng biếng ăn, chẩn đoán nguy cơ SDD, SDD, táo bón và còi xương. Trẻ SDD thấp còi có xu hướng bị thiếu máu cao gấp 1,87 lần và xu hướng bị thiếu sắt cao gấp 1,6 lần so với trẻ không SDD. (3) Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức và thực hành đạt về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ đều đạt trên 80% ở đa số các nội dung. Tuy nhiên, vẫn còn một số nội dung có tỷ lệ đạt dưới 50%, đặc biệt là tỷ lệ thực hành đạt về thời điểm cho trẻ bú mẹ sau sinh chỉ là 24,4%. (4) Tỷ lệ trẻ có năng lượng khẩu phần ăn đáp ứng đủ so với NCKN chỉ chiếm 53,2%. Trẻ tiêu thụ đa dạng các loại thực phẩm với tần suất thường xuyên, trừ nhóm dầu ăn/mỡ lợn có tỷ lệ trẻ không hoặc tiêu thụ ít hơn 1 lần/tháng đối với mỡ lợn lên tới 52,3% và 21,6% đối với dầu ăn. **Kết luận:** Trẻ đến khám tại KKTVDĐTE-VDD có tỷ lệ SDD các thể ở mức cao; kiến thức và thực hành đạt về nuôi dưỡng và chăm sóc trẻ của bà mẹ còn một số nội

<sup>1</sup>Viện Dinh Dưỡng

<sup>2</sup>Viện Y học Ứng dụng Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phan Bích Nga

Email: phanbichnga.ninvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2024

Ngày duyệt bài: 14.5.2024